



**ATOUTS ET FREINS DU GRAND BEAUVAISIS
POUR LE DEVELOPPEMENT D'UNE POLITIQUE
DE MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES
ET D'AIDES APPORTEES A LEURS AIDANTS FAMILIAUX**

Etienne BONICI

DESSMS 2014-2015

SOMMAIRE

Table des matières

Liste des sigles utilisés.....	3
INTRODUCTION	4
I. La grande diversité des relations intrafamiliales nécessite, de la part des pouvoirs publics, d'aider simultanément l'aidant et l'aidé	8
1. Regards sur l'imprécision du statut d'aidant familial.....	8
A. Qu'est-ce qu'un aidant familial ?	8
B. La qualification des aidants familiaux n'est pas socialement et idéologiquement neutre ...	11
C. La difficulté pour les aidants familiaux d'appréhender leurs besoins.....	15
2. L' « Aidance » : un concept qui prend en compte les interdépendances entre aidants et aidés dans la relation d'aide	17
A. Définition d'une nouvelle notion qui émerge progressivement : l' « aidance ».....	17
B. Les cinq phases chronologiques qui caractérisent la notion d' « aidance »	18
C. La relation d' « aidance » englobe les notions de fardeau et de charge ressentie.....	20
II. Analyser l'environnement et le comportement des aidants familiaux et des personnes âgées résidants au sein du Grand Beauvaisis : une étape nécessaire à l'identification de leurs difficultés et besoins.....	22
1. Analyse environnementale et comportementale des habitants du Grand Beauvaisis	22
A. Le Grand Beauvaisis : un territoire rural, isolé et faiblement doté en équipements, services et transports.....	22
B. Les données démographiques du Grand Beauvaisis : un territoire assez jeune mais qui devra affronter un rapide vieillissement de sa population d'ici 2040	24
C. Epidémiologie au sein du Grand Beauvaisis : une forte mortalité prématurée et une inquiétante prévalence de nombreuses maladies	29
D. La Picardie rurale : des liens familiaux renforcés et des freins à l'ouverture sur l'extérieur...29	

E. L'Oise est le département français où les ménages recourent le moins aux services à la personne.....	31
2. Nature et Structure de l'offre sanitaire et médico-sociale existante à l'attention des personnes âgées résidentes au sein du Grand Beauvaisis.....	31
A. A l'image de la Picardie, le Grand Beauvaisis possède une part importante de bénéficiaires de l'APA à domicile.....	32
B. Le Grand Beauvaisis est un territoire bien couvert par les services à domicile (SAD), mais faiblement doté en SSIAD au regard du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile.....	32
C. Le Grand Beauvaisis : un territoire très bien doté en termes de places en EHPAD et en foyer-logements, mais insuffisamment pourvu en places d'accueil séquentiel.....	33
D. Une très faible présence du personnel médical et paramédical sur le territoire	35
3. Les services mis en place dans le Grand Beauvaisis en vue de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et d'aider leurs aidants.....	36
A. Le dispositif « Fil à soi », dans le cadre du projet « EHPAD hors les murs » :	36
B. Les autres initiatives existantes sur le territoire	37
III. La nécessité de comprendre les difficultés des personnes âgées et de leurs aidants au sein du Grand Beauvaisis afin d'en identifier les besoins et d'en adapter l'offre de services territoriaux.....	40
1. Les difficultés et besoins des personnes âgées et de leurs aidants au sein du Grand Beauvaisis.....	40
A. Les résultats de l'enquête destinée à identifier les difficultés et besoins des personnes âgées et de leurs aidants au sein du Grand Beauvaisis	40
B. Comment interpréter les réponses apportées par les aidants familiaux au sein de ce questionnaire ?.....	44
2. Préconisations à mettre en œuvre sur le territoire du Grand Beauvaisis afin d'améliorer le maintien à domicile des personnes âgées et de proposer une aide adaptée à leurs aidants.....	45
A. Favoriser la reconnaissance des aidants.....	45
B. Favoriser l'accès aux dispositifs d'accompagnement et de répit.....	48
C. Développer les services de maintien à domicile	52
CONCLUSION.....	57
BIBLIOGRAPHIE.....	59
Annexe.....	62

Liste des sigles utilisés

ADMR : Association d'Aide en Milieu Rural

ANESM : Agence Nationale d'Evaluation des Services Médico-Sociaux

AMP : Aide Médico-Psychologique

APA : Aide Personnalisé à l'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

CH20 : Communauté Hospitalière de l'Oise Ouest

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNSA : Caisse Nationale de Santé et d'Autonomie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale

DMSU : Dossier Médico-Social Unique

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMG : Equipe Mobile de Gériatrie

EPCI : Etablissement Public de Coopération Intercommunale

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GIR : Groupe Iso Ressources

HAD : Hospitalisation A Domicile

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

RSA : Revenu de Solidarité Active

SAD : Service A Domicile

SAP : Service d'Aide à la Personne

SPASSAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins Sécurisés A Domicile

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UCC : Unité Cognitivo-Comportementale

USLD : Unité de Soins Longue Durée

INTRODUCTION

En France, en 2014, 8,3 millions de personnes sont considérées comme aidants familiaux d'un ou de plusieurs de leurs proches (parent, conjoint, enfant, frère, sœur...) souffrant de handicap ou étant en situation de perte d'autonomie.

Parmi elles, 4,5 millions de personnes aident à domicile un proche de 60 ans ou plus en raison de problèmes de santé. A l'intérieur de ce groupe de 4,5 millions d'aidants de personnes âgées, 4 millions aident leur proche pour les actes de la vie quotidienne, les autres se cantonnant à une aide morale, matérielle ou financière.

Nous désignerons ici par le terme d'aidant familial une personne qui aide durablement et de quelque manière une personne de sa famille longuement affaiblie par une altération de ses capacités physiques, psychiques ou cognitives.

En France, depuis une dizaine d'années, les aidants familiaux prennent une place de plus en plus importante au sein du débat public, pour plusieurs motifs :

En premier lieu, pour un motif démographique. Deux phénomènes apparaissent au sein de notre société :

- le vieillissement de la population, avec l'augmentation constante du nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, qui, vivant plus longtemps, sont de plus en plus confrontées à une forte prégnance des maladies touchant le sujet âgé, le rendant toujours plus dépendant.

- l'arrivée progressive et massive des « baby-boomers » à l'âge de la retraite.

Ce double phénomène explique la présence d'un nombre croissant d'aidants et de personnes aidées de plus en plus dépendantes, donc requérant une aide toujours plus importante. Ce phénomène n'est pas prêt de ralentir si l'on considère que les aidants d'aujourd'hui seront les aidés de demain.

En second lieu, pour des motifs liés à l'évolution des relations familiales. Le phénomène croissant d'éloignement géographique des enfants, combiné à la recrudescence des familles monoparentales et recomposées, a rendu plus compliquée et moins naturelle l'aide octroyée par les enfants envers leurs parents.

Enfin, concernant la prise en charge des personnes âgées, notamment face aux prévisions de dépenses colossales que l'Etat français devraient engager si le pays demeurait sur le modèle social actuel (infrastructures, services, personnels, etc.) et auxquelles il ne pourra faire face, les familles « se sont trouvées relégitimées dans leur action protectrice à destination de leurs membres, notamment avec les deux arguments de la solidarité intergénérationnelle de proximité et de la revendication de son existence dans la sphère privée »¹.

En effet, la France ne pourra pas continuer à institutionnaliser un nombre toujours croissant de personnes âgées, non seulement pour des raisons économiques, mais également du fait des exigences croissantes des personnes âgées qui désirent vivre leur fin de vie à domicile.

¹ Alain Blanc, Les aidants familiaux, Presses universitaires de Grenoble, 2010

Toutefois, cette reconnaissance publique du rôle de l'aidant familial a des conséquences, notamment de par le fait que l'aidant familial ne se considère pas forcément comme un aidant. En effet, cette reconnaissance remet en question l'impression de solidarité naturelle au sein de la famille, à l'instar de la générosité de l'enfant ou du conjoint. Ainsi, pour Alain Blanc, « la financiarisation publique de solidarités privées appartenant à la sphère de la société civile ne va pas de soi ».

Ensuite, se pose la question de la qualification de l'aidant, qui doit affronter sur le long terme des pathologies importantes et susceptibles d'évoluer.

Enfin, si cette aide est souvent vécue par l'aidant comme un rôle social gratifiant, parfois source de satisfaction, elle a de nombreuses conséquences sur sa vie personnelle, plus ou moins néfastes selon le poids de la charge. Un cinquième des aidants ressent une charge importante, traduite par de la fatigue morale ou physique.

De plus, cette charge est accentuée par l'absence de réseau de soutien actif, à fortiori lorsque l'aidant s'investit dans une aide diversifiée. Souvent, l'aidant familial renonce à des soins afin de privilégier la santé de la personne qu'il aide, le plus couramment faute de temps ou par manque d'argent.

Par ailleurs, l'aidant doit adapter sa vie professionnelle aux exigences du soutien dont il doit faire preuve à l'égard de la personne qu'il aide. Du coup, sa vie quotidienne (professionnelle, personnelle, sociale et domestique) devient difficile à organiser. Or, cette conciliation entre vie personnelle et rôle d'aidant est primordiale. A défaut, l'aidant peut-être contraint à placer sa carrière "entre parenthèses" ou, au minimum, à réduire son temps de travail, au risque d'une précarisation sociale.

L'aide apportée est socialement et économiquement déterminante. Toutefois, comme le rappelle Alain Blanc, tant les apports que les difficultés liés à celle-ci n'ont été, en France, que tardivement reconnus. « L'on doit en grande partie cette reconnaissance du rôle et du statut d'aidant familial à la croissance des regroupements d'aidants au sein d'associations. Cette organisation associative a participé à la prise de conscience collective, elle-même à l'origine de l'impulsion de politiques publiques visant à soutenir les aidants »².

Ainsi, l'avènement d'un droit au répit au sein même du projet de loi 2014 d'adaptation de la société au vieillissement est une nouvelle preuve de cette impulsion relativement récente en France, alors même qu'au niveau européen, cette prise de conscience était officiellement apparue lors du Conseil de l'Europe du 18 septembre 1998, dont la recommandation n° R (98) 9, chapitre 4.1, stipulait :

« L'aide aux personnes dépendantes relève de la responsabilité de la société. C'est dans ce sens qu'elle doit être reconnue par les pouvoirs publics auxquels incombe également de prendre les mesures nécessaires pour améliorer la qualité de vie des aidants. A cet égard, ils devraient :

- reconnaître l'importance et la valeur sociale du rôle des aidants en tant que partenaires indispensables du système de soins et d'aide à la personne dépendante ;

² Ibidem

- promouvoir leur satisfaction personnelle par rapport à leur travail auprès des personnes dépendantes et la pleine acceptation du rôle de chacun, y compris le respect de l'indépendance des deux parties ;
- favoriser la participation des aidants à la coordination avec l'équipe multidisciplinaire, de manière à constituer le réseau propre à chaque personne dépendante ;
- sensibiliser les proches de l'aidant à la coresponsabilité dans l'aide à la personne dépendante, sans discrimination en fonction du sexe (cette responsabilité incombant traditionnellement aux femmes) et en portant une attention particulière aux jeunes aidants ;
- permettre aux aidants de bénéficier de mesures de répit. ».

Il est vrai que, depuis ces recommandations, de nombreux travaux de recherches ont été menés et publiés en France et en Europe, de nombreuses associations d'aidants se sont constituées, de nombreuses initiatives destinées à améliorer la qualité de vie des aidants ont vu le jour et un nombre croissant de services ayant pour vocation de les soulager sont apparus.

Aussi, la question qui nous intéresse est : Au sein du Grand Beauvaisis, comment les établissements membres du GCS CH20 peuvent améliorer leur offre de services favorisant le maintien à domicile des personnes âgées et le soutien de leurs aidants ?

Le présent document vise à étudier les difficultés et les besoins des aidants familiaux de personnes âgées habitant sur le territoire du Grand Beauvaisis, couvrant le quart nord-ouest du département de l'Oise, en Picardie. Il vise également à définir un plan d'action destiné à améliorer la prise en charge des personnes âgées en vue de leur maintien à domicile.

A cette fin, ce mémoire vise d'abord à étudier en détail l'environnement dans lequel évoluent ces personnes âgées et leurs aidants. De même, étudier l'offre de services existants sur le territoire afin d'aider les premiers à vivre le plus longtemps possible à domicile, et les seconds dans l'accompagnement de leurs proches âgés.

A l'issue de cette analyse, l'objectif est de formuler un certain nombre de préconisations à destination des ESMS du territoire du Grand Beauvaisis, sur lequel est né en 2010 un Groupement de Coopération Sanitaire nommé « CH2O » (Communauté Hospitalière de l'Oise Ouest). Ce dernier regroupe un hôpital pivot, le CH de Beauvais, les CH de Clermont-de-l'Oise (à l'est) et de Chaumont-en-Vexin (à l'ouest), et deux hôpitaux locaux : celui de Grandvilliers et celui de Crèvecœur-le-Grand, en direction commune avec le CH de Beauvais. C'est au sein de ces deux derniers établissements que j'ai réalisé mon stage de professionnalisation, entre novembre 2014 et juin 2015.

Ce GCS a déjà mis en place un certain nombre d'actions aux services des aidants familiaux, et c'est au nom de la CH2O qu'il a été choisi en Avril 2014 par l'ARS de Picardie pour instaurer une Plateforme d'accompagnement et de répit pour les aidants du territoire. Celle-ci commencera à se mettre en place au dernier trimestre 2015, les recrutements d'une AMP et d'un psychologue étant en cours.

J'entends ainsi apporter aux établissements membres du GCS CH2O des recommandations destinées à optimiser le déploiement de la future Plateforme de répit en adaptant l'offre de services aux réels besoins des aidants familiaux de personnes âgées. Cette adaptation devra intégrer les services déjà existants mais aussi prendre en compte les caractéristiques démographiques, géographiques, épidémiologiques, sociales et culturelles, mais également les habitudes comportementales, des habitants du Grand Beauvaisis.

Le travail réalisé pour ce mémoire s'est déroulé en plusieurs étapes.

J'ai d'abord réalisé un questionnaire que j'ai envoyé à 190 aidants de personnes âgées vivant à domicile et suivies (ou prises en charge récemment) par un des services de l'hôpital local de Crèvecœur-le-Grand (SSIAD, ESA ou SSR). Celui-ci traitait corrélativement les difficultés rencontrées par l'aidant et celles rencontrées par l'aidé. Le but était ainsi d'identifier les difficultés précises d'un aidant familial au regard des difficultés particulières de la personne aidée, afin d'en déduire les besoins de chacun pour un type de situation d'aide précise. Quarante-cinq questionnaires m'ont été retournés.

En complément, j'ai pu, à plusieurs reprises, m'entretenir avec une quinzaine d'aidants lors de deux réunions d'expression des aidants organisées par mes soins, et à l'occasion de certains modules de formations aux aidants délivrés par l'hôpital local. Ces échanges avaient pour but, de manière collective, de permettre aux aidants d'exprimer leurs avis quant à la pertinence des dispositifs institutionnels existants, au regard de ce qu'ils considéraient avoir comme besoins. J'ai choisi de privilégier ce type de discussions collectives aux entretiens individuels afin de permettre aux aidants de confronter leurs témoignages et leurs avis de manière interactive. Il s'agissait aussi de créer des liens entre eux, afin de les inciter à se rencontrer de nouveau en s'inscrivant aux cafés des aidants et aux modules de formations aux aidants.

Ainsi, après nous être intéressés à certains concepts relatifs à la notion d'aide (I), nous étudierons les caractéristiques environnementales, démographiques, sociales, économiques, épidémiologiques et culturelles des habitants du Grand Beauvaisis, ainsi que l'ensemble des services sanitaires et médico-sociaux existants (II). Enfin, dans une troisième partie, nous étudierons les difficultés et besoins des personnes âgées et des aidants sur le territoire, avant de formuler des préconisations à destination des établissements membres du GCS CH2O afin d'améliorer l'offre de services visant le maintien à domicile des personnes âgées et le soutien à leurs aidants familiaux (III).



I. La grande diversité des relations intrafamiliales nécessite, de la part des pouvoirs publics, d'aider simultanément l'aidant et l'aidé

L'aide aux aidants est une notion émergente et politiquement construite par un Etat-Providence désireux d'apporter les moyens nécessaires aux familles pour l'aider à prendre en charge l'arrivée massive de la dépendance des personnes âgées. Toutefois, ces dernières ne sont égales ni devant la nature des relations au sein de leur famille, ni devant le degré de motivation et d'engagement de leurs proches dans cette relation d'aide. C'est pourquoi la société peine à définir juridiquement ce qu'est aidant familial (1).

Afin de dépasser ces inégalités, il est important que les pouvoirs publics soutiennent simultanément l'aidant et l'aidé, notamment en adaptant l'aide à leur environnement et à leurs interactions relationnelles, qui sont au cœur de l'émergente notion d' « aide » (2).

1. Regards sur l'imprécision du statut d'aidant familial

Le statut d'aidant familial demeure flou dans notre société. Ainsi, la manière de qualifier cet aidant et de déterminer s'il a besoin d'aide ou non ne sont pas idéologiquement neutres.

A. Qu'est-ce qu'un aidant familial ?

En France, on appelle **aidant familial** une personne qui s'occupe au quotidien d'un proche dépendant, handicapé ou malade, de façon régulière, et quel que soit son âge. Le terme d'aidant « caractérise une personne aidante, mais qui se différencie des professionnels de l'aide et du soin. La valorisation des aidants s'inscrit dans les problématiques du care »³.

La « maison des aidants » définit par « aidant naturel ou informel » la personne « qui vient en aide seule ou en complément d'un professionnel, à une personne de son entourage, dépendante pour les actes de la vie quotidienne, que ce soit à titre permanent ou séquentiel. Cet accompagnement peut se décliner sous la forme de nursing, d'accompagnement à la vie sociale et aux repas, de surveillance, de communication »⁴.

Le Collectif inter-associatif d'aide aux aidants familiaux (définit un aidant comme « la personne qui vient en aide à titre non professionnel, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités quotidiennes. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes »⁵.

³Serge Guérin, « Essai sur les aidants », in *Réciproques* n° 1, p. 37

⁴ La maison des aidants ([http : // . lamaisondesaidants . com](http://lamaisondesaidants.com))

⁵Manifeste pour la reconnaissance de droits aux 8,3 millions d'aidants non professionnels

Il est important, à ce stade, de préciser qu'actuellement l'aidant familial est majoritairement une aidante, âgée entre 45 et 64 ans, "qui travaille à l'ombre de toute forme de reconnaissance et dont il est ardu d'évaluer justement la contribution" (M-A Forest). Elle est le plus souvent l'épouse, la bru ou la fille de la personne dont elle s'occupe.

De même, le rapport d'information de l'Assemblée nationale de 2011 sur « le genre et la dépendance » souligne qu'il s'agit en majorité de femmes. Aujourd'hui, près de cinq millions de non-professionnels accompagnent au quotidien les personnes âgées dépendantes. La majorité de ces aidants est âgée de 45 à 64 ans, et la moitié environ possède des enfants à charge.

Si l'on prend en compte toutes les formes d'aides (financières, l'aide au déplacement, à l'hygiène, etc.), les femmes représentent 54 % de cet ensemble. De plus, plus l'aide implique une consécration importante en terme de temps personnel, plus elle repose sur les femmes.

Selon la rapporteuse Marianne Dubois, « Quand la perte d'autonomie d'un ascendant s'aggrave ou devient physique, le pourcentage de ces femmes passe à 74 % des aidants ».

Un nombre croissant de « parents piégés »⁶ contraints à devenir aidant. Comment devient-on aidant ?

De nombreuses enquêtes montrent qu'environ 12 % des personnes dépendantes, vivant à leur domicile ou en institution, ne reçoivent l'aide ou le soutien d'aucun proche. D'après l'enquête MEDIPS⁷ de 2006, environ un quart des personnes dépendantes n'ont autour d'elles qu'un seul parent susceptible de les aider. « Il s'agit des personnes mariées sans enfants, d'une part, des veufs ou des veuves qui ont un enfant unique d'autre part, auxquelles on peut ajouter les personnes sans conjoint ni enfant vivant, moins nombreuses, qui sont aidées par une petite-fille ou une nièce »⁸.

Dans l'ensemble de ces cas, ce parent se trouve seul confronté aux obligations morales et familiales liées à l'apparition de la dépendance chez leur proche. Ce parent unique n'a alors pas d'autre choix que celui de s'ériger en « bon parent », risquant ainsi de s'épuiser à la tâche, d'un côté, ou d'assumer la honte liée à l'abandon d'une personne âgée dépendante en la plaçant en maison de retraite. C'est la raison pour laquelle la sociologue Florence Weber les nomme « parents piégés ». Elle raconte : « Ainsi, une épouse qui a placé son mari souffrant de la maladie d'Alzheimer dans une institution raconte son désarroi de ne plus pouvoir se comporter comme une épouse, mais de ne pas non plus pouvoir être considérée comme une veuve ».

Le résultat principal de l'enquête MEDIPS relative à ces « parents piégés » concerne le genre. Par exemple, l'époux d'une dame âgée et dépendante est amené à assumer (ou à déléguer à un professionnel) les tâches domestiques habituellement accomplies par son épouse en plus des tâches auxquelles il se consacrait traditionnellement. La réciproque vaut également pour l'épouse. On pourrait citer le même exemple à propos d'un fils (ou d'une fille) unique à l'égard de sa mère.

⁶Weber Florence, « Les rapports familiaux reconfigurés par la dépendance », *Regards croisés sur l'économie* 1/2010

⁷Gramain, Soutrenon, et Weber, « enquête MEDIPS », 2006.

⁸Weber Florence, « Les rapports familiaux reconfigurés par la dépendance », *Regards croisés sur l'économie* 1/2010

Pour Florence Weber, « la souffrance propre à ce changement de rôle est sans doute accentuée pour les femmes, dans la mesure où les tâches masculines, largement invisibles, sont rarement professionnalisées : gérer les papiers, conduire, entretenir la maison, assumer le rôle de référent familial vis-à-vis des institutions médicales peuvent être des rôles difficiles à acquérir au grand âge »⁹.

Dans la plupart des autres cas, la personne dépendante possède autour d'elle plusieurs parents vivants et proches géographiquement. Les résultats issus de l'enquête mettent en exergue l'existence d'un « ordre de mobilisation » de ces parents. Hormis les cas de décès ou d'incapacité majeure, c'est le conjoint (ou la conjointe) qui est placé quasi-systématiquement en première ligne concernant l'aide.

Lorsqu'il s'agit du conjoint, il est difficile de parler d'aide financière dans la mesure où les comptes du ménage sont en général fusionnés.

En revanche, il s'agit toujours d'une aide en termes de temps, que la cohabitation usuelle entre conjoints rend impossible à mesurer. Il s'agit aussi des lourdes tâches d'organisation de l'aide. Selon Florence Weber, « Être en première ligne ne signifie pas forcément être seul à aider mais assumer la responsabilité et la coordination du maintien à domicile ou l'entretien des relations avec la personne placée en institution. Lorsque le conjoint est absent, c'est alors aux enfants que revient la responsabilité morale de l'aide. Lorsqu'il n'y a ni conjoint ni enfant – comme on l'a déjà vu dans le cas des « parents piégés » – c'est un parent éloigné qui prend cette responsabilité, le plus souvent une femme ».

Cet ordre de mobilisation induit donc une aide aux multiples facettes, provenant de personnes qui ne cohabitent pas. Une telle aide est courante lorsque la personne dépendante est un veuf (ou une veuve) ayant plusieurs enfants, qu'elle vive ou non seule à domicile. Ce phénomène a été mis en exergue dans les années 1990 [Favrot-Laurens, 1996] sous le nom de « cohabitation à distance ».

L'aide familiale multiple apparaît donc comme un rapport à la fois de classe et de genre. D'ailleurs, comme on l'a vu précédemment, les aidants familiaux sont majoritairement des femmes, plus de 60 % en 2006 selon Petite et Weber. D'après Florence Weber, ce résultat classique n'est pas uniquement le fait des « parents piégés » ou de l'ordre de mobilisation, mais « provient plutôt de la division du travail entre fils et filles dans le cas de fratries mixtes, ainsi que de l'existence de belles-filles, plus impliquées dans l'aide en temps, que les gendres plus souvent enclins, pour leur part, à participer aux frais ».

a) La distinction entre les parents officiels et les autres aidants non professionnels mobilisés : les concepts de « maisonnée » et de « crise de dépendance »¹⁰ :

La grande variété des configurations familiales rend complexe la conception de l'aide familiale multiple. Deux concepts sont néanmoins utiles pour une analyse dynamique des situations :

Le concept de « maisonnée », qui désigne l'ensemble toujours provisoire des personnes mobilisées dans une prise en charge quotidienne.

⁹Weber Florence, « Les rapports familiaux reconfigurés par la dépendance », *Regards croisés sur l'économie* 1/2010

¹⁰ www.cairn.info/revue-regards-croises-sur-l-economie-2010

Le concept de « crise de dépendance », qui désigne les moments lors desquels se redéfinit la maisonnée, parfois à l'occasion d'un changement de prise en charge (passage du domicile à l'institution).

Les premières enquêtes ethnographiques ont mis en évidence l'existence d'un double processus d'assignation au rôle d'aidant, d'un côté, et d'exclusion de certains parents, de l'autre, hors de la maisonnée, après avoir été disqualifiés par certains proches comme aidants (accusations de maltraitance, financière ou sanitaire).

Ces deux concepts permettent de distinguer l'ensemble des parents officiels et l'ensemble des aidants mobilisés. En effet, certains parents, bien que proches, ne font pas partie de la maisonnée de prise en charge de la personne âgée, soit parce qu'ils tentent d'échapper à leurs responsabilités morales, ou bien parce qu'ils en sont exclus par d'autres. A l'inverse, certains aidants actifs ne sont pas des parents officiels.

À partir de l'analyse approfondie de nombreux cas, on peut émettre l'hypothèse que les comportements des fratries diffèrent principalement en fonction de deux caractéristiques : leur degré d'hétérogénéité sociale et leur mixité :

« Les fratries non mixtes (seulement des garçons ou seulement des filles) semblent se distinguer par un haut degré de conflictualité, particulièrement lorsqu'elles présentent une faible hétérogénéité sociale. Chacun de leurs membres est en effet doté des mêmes ressources (compétence, disponibilité, ressources financières) et cette égalité objective exacerbe les différences dues à l'histoire familiale (aîné, cadet, mariage en bru, mariage en gendre), très investies affectivement.

Dans les fratries mixtes, la division du travail traditionnelle entre les sexes peut favoriser des formes de coopération basées sur la complémentarité des ressources individuelles. C'est aussi le cas des fratries socialement hétérogènes, à condition que cette hétérogénéité respecte les clivages de genre »¹¹.

La nature du rôle d'aidant non professionnel est donc le fait d'une conjonction de rapports à la fois de sexe, de genre, de classe et de structure familiale.

B. La qualification des aidants familiaux n'est pas socialement et idéologiquement neutre

Après avoir analysé différentes origines de l'aidant non professionnel, on peut s'interroger sur la définition de l'aide, et sur la dénomination la plus correcte possible qu'il convient d'octroyer à cet aidant :

Aidant familial ? informel ? désintéressé ? naturel ? non-professionnel ? accompagnant ? soignant informel ?

a) Les difficultés sociétales à s'accorder sur une terminologie afin de qualifier l'aidant témoignent des fluctuations de la société concernant le rôle qu'elle désire lui accorder dans la prise en charge des personnes âgées

¹¹ Ibidem

Comme le mentionne M-I Forest, le terme qualificatif choisi "n'est pas idéologiquement neutre". Ainsi, avant de poursuivre la rédaction de ce mémoire, il est avant tout nécessaire d'analyser la pertinence de chaque terme afin de pouvoir effectuer un choix terminologique, et de pouvoir justifier ce choix.

Selon J-P Lavoie et N.Guberman¹², « il n'y a pas de définitions précises de ce que veut dire aider ou s'occuper de quelqu'un, mais on pourrait dire que le travail d'aide et de soins (caring) renvoie à l'effort mental, émotionnel et physique requis pour s'occuper de, répondre aux besoins de, ou soutenir et soigner une personne ayant des incapacités, des pertes ou des maladies ».

Ainsi, lorsqu'on définit l'aide comme étant une entité non mesurable et invisible, on met en exergue le fait qu'au-delà des gestes employés pour l'aide, "il y a le lien, un don de soi, un grand dévouement, une forme d'accompagnement qui ne fait pas appel qu'au faire, qu'aux actes, qu'au comment. Un don de soi qui soit interprété à la façon de Marcel Mauss :

donner sans attendre en retour (l'oblativité), un don non générateur de dette, une conception du don où il est impossible de l'inscrire à l'intérieur d'une éthique de réciprocité"¹³.

Dans notre cas, l'action qui consiste, pour une personne, à soutenir un proche âgé mentalement, émotionnellement et physiquement (on pourrait rajouter "financièrement"), semble bien relever de la définition de l'aide proposé par Lavoie et Guberman. Il semble donc approprié de parler d'aidant.

En revanche, on peut se poser la question de savoir si l'aide fournie envers un proche âgé est un « don de soi » totalement altruiste et désintéressé au sens de Mauss, ou si l'aidant n'attend pas en retour une certaine reconnaissance, voire plus encore. Dans ce cas, aider serait pour lui l'occasion d'endosser un rôle gratifiant lui permettant d'accomplir une mission noble, voire de se réaliser socialement.

A moins qu'au contraire, aider un proche dans le besoin ne soit vécu par l'aidant uniquement comme une manière de justement donner de la reconnaissance à la personne qu'il aide, une façon de lui "renvoyer l'ascenseur" pour une aide dont il a lui-même préalablement bénéficié. On se rapproche alors du concept d' « aidant naturel ».

b) Parler d'"aidant naturel" repose sur une ambiguïté qui sous-entend qu'il est naturel d'être aidant familial. Est-ce le cas?

L'association française des aidants, qui s'est formée suite à la canicule de 2003, voit d'un mauvais œil l'utilisation du terme d'aidant naturel, de par le fait « qu'il introduit l'idée que l'accompagnement va de soi et alors que c'est un rôle qui, comme tout autre, est construit par la société »¹⁴.

En effet, on peut considérer que l'émergence de la reconnaissance institutionnelle du statut d'aidant familial va de paire avec un certain recul de l'Etat-Providence dans la prise en charge

¹² J.-P Lavoie et N. Guberman, Vieillir au pluriel. Perspectives sociales, PUQ, 2010.

¹³ M-I Forest, Etre proche aidant aujourd'hui, 3è rencontres scientifiques de la CNSA pour l'autonomie, 2014.

¹⁴ Laporthe, 2005

des personnes âgées, notamment pour des raisons économiques, celui-ci « s'appuyant » de plus en plus sur l'entourage de ces personnes pour pallier à ce recul.

D'autre part, la frontière est floue entre le devoir et la libre volonté d'aider un proche en situation de besoins, de même qu'entre le caractère naturel ou non de l'aide. Voici quelques réflexions à cet égard:

"L'engagement d'un proche aidant est volontaire et résulte d'un choix libre et éclairé. Toute personne a la possibilité de réévaluer en tout temps la nature et l'ampleur de son engagement. Bien que l'engagement du proche aidant doive être volontaire, dans les faits il ne résulte pas nécessairement d'un choix libre et éclairé"¹⁵.

"Le proche aidant ou aidant familial est donc cet homme ou cette femme, non professionnel, qui, par défaut ou par choix, vient en aide à une personne dépendante de son entourage"¹⁶.

"L'autre discours évoque sans fard des réalités dérangeantes : les proches aidants le sont en bonne partie de façon involontaire ; les femmes sont très majoritaires dans ce rôle et dans le sacrifice de leurs ambitions-le travail des proches aidants est peut-être le bastion le plus inébranlable de l'inégalité des sexes"¹⁷.

Ainsi, à partir du moment où l'activité d'aidant se réalise parfois de manière non volontaire, sans résulter d'un choix libre et éclairé, voire par défaut, il semble peu approprié de parler d'"aidant naturel".

Pour Alain Blanc, la notion d'aidant naturel est à la fois ambiguë, et le fruit d'une construction sociale : « Au-delà de ces premiers fondements politiques qui instituent la famille comme instance « naturelle » de recours à l'aide, différents rapports contribuent à faire de la famille le support essentiel des personnes âgées en situation de dépendance ».¹⁸

Pour illustrer son propos, l'auteur cite un extrait du rapport Guinchard-Kunstler de 1999, qui affirme que « les familles doivent être aidées de manière significative, car la vieillesse constitue bien un enjeu particulier qui renvoie certes aux champs publics (enjeux démographiques, modes socialisés de prise en charge, etc.), mais aussi aux champs privés, car la vieillesse est une affaire essentiellement familiale ».

Ainsi, si la notion d'aidant naturel commence à investir le domaine des politiques publiques depuis quelques années, force est de constater que, parallèlement, l'aide apportée par l'aidant familial tend à se diversifier. Cela tient à plusieurs raisons :

Avec le développement des services de maintien à domicile, remède inexorable à l'incapacité présente d'institutionnaliser un nombre constamment croissant de personnes âgées, on assiste à un transfert des soins de l'hôpital vers le domicile.

Parallèlement, la capacité des services de soins à domicile (SSIAD, ESA, EMG, etc.) ne permettant pas de pallier à l'ensemble des besoins, les aidants "non-professionnels" sont de plus en plus amenés à participer aux soins (piqûres, pansements, suivi des prises médicamenteuses...) en addition au soutien qu'ils apportent quotidiennement en tant qu'aidants.

¹⁵ M-I Forest, Protecteur du citoyen du Québec, mars 2012

¹⁶ COFACE, Charte européenne de l'aidant familial

¹⁷ M-I Forest, Avec toi... Le proche aidant, un partenaire au cœur de l'action sanitaire et sociale, un plaidoyer humaniste, pour une prise de conscience sociale qui tarde face à l'urgence d'agir, Lausanne 2012

¹⁸ Alain Blanc, Les aidants familiaux, Presses universitaires de Grenoble, septembre 2010.

Ainsi, dans ce contexte, l'aidant n'est pas qu'un simple accompagnant. De même, le terme d'aidant "non-professionnel", s'il n'est pas usurpé, semble de moins en moins propice à qualifier l'aidant.

Ce constat amène alors le sociologue François Ducharme à s'interroger de la manière suivante : "Est-ce que la capacité et la volonté des aidants de soigner de la sorte sont prises en compte ? Les aidants sont-ils formés? Ont-ils la compétence ou encore le désir de soigner un proche dans des conditions qui impliquent des tâches techniques ? »¹⁹.

Sa réponse à ces questions par la négative rend difficile l'utilisation du terme de "soignant informel".

c) La notion d'aidant informel, jusqu'ici beaucoup utilisée, semble aujourd'hui dépassée de par la formalisation officielle et émergente du rôle d'aidant

Si les aidants ne sont pas des soignants informels, peut-on, à minima, les qualifier d'aidants informels » ?

Cela semble difficile dans la mesure où la notion de « personne référente » a été introduite dans le Code de Santé Publique, qui définit l'aidant naturel de la manière suivante : « une personne durablement empêchée, du fait de limitations fonctionnelles, d'accomplir des gestes liés à des soins prescrits par un médecin, peut désigner, pour favoriser son autonomie, un aidant naturel ou de son choix pour les réaliser. La personne (handicapée) et la personne désignée reçoivent une éducation et un apprentissage adaptés leur permettant d'acquérir les connaissances et la capacité nécessaire à la pratique de chacun des gestes...»²⁰.

Ainsi, il est fréquent que la personne âgée désigne, avec ou sans son accord, une personne référente à l'égard des institutions publiques (Hôpital, EHPAD, SSIAD, ESA, etc.), lesquelles institutions considèrent ces personnes référentes comme aidants formels de la personne âgée.

A Crèvecœur, comme le recommande le guide des bonnes pratiques de l'ANESM, le projet de service du SSIAD contient une (petite) partie consacrée à l'aidant de la personne âgée prise en charge par le SSIAD. Dans cette partie, il est précisé d'abord le rôle que doit jouer l'aidant en complément de l'action du service (rôle de veille, de suivi et d'alerte des services compétents en cas de nécessité). Puis, il y a un volet consacré aux outils destinés mis en place par l'hôpital local et visant à leur donner la possibilité de s'exprimer, donc pour l'institution de recueillir leurs besoins (café des aidants, groupes de parole, réunions d'expression, formations aux aidants).

De ce fait, ces personnes référentes sont reconnues par les institutions publiques, donc officiellement, comme étant les aidants d'une ou de plusieurs personnes âgées, d'où un inéluctable formalisme du caractère d'aidant. Il est donc difficile de parler d'aidants informels.

¹⁹ F. Ducharme, Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, « la contribution des aides-soignants et des proches aidants aux soins infirmiers », Montréal, 2014.

²⁰ Code de Santé Publique, article L1111-6-1

C. La difficulté pour les aidants familiaux d'appréhender leurs besoins

Bien que les aidants familiaux ne ressentent pas toujours de besoins, la société leur en cherche continuellement. De ce fait naît une certaine ambiguïté autour de la notion de besoin.

a) La notion de « besoins des aidants » dissimule quelques ambiguïtés

La notion de « besoins » est souvent utilisée pour répondre aux prétendues difficultés que rencontrent les aidants familiaux.

Dans une démarche rationnelle, les aidants auraient de nombreux besoins bien identifiés, que les actions publiques et privées de soutien s'attelleraient à combler : la nécessité d'être informé, le besoin de formation, le besoin de soutien, le besoin d'être suivi médicalement, la nécessité de se reposer, de partir en vacances, etc. Cette notion de besoin, très présente dans le discours des divers professionnels de l'aide aux personnes âgées, peut apparaître comme une facilité de langage, mais elle dissimule une question de fond : les aidants ont-ils réellement besoin d'aide ?

Ou, au contraire, sont-ce les pouvoirs publics qui désirent les aider afin de mieux les contraindre ?

De nombreux auteurs se sont penchés sur ce problème. D'abord, en remarquant que les requêtes des aidants « sont apparues comme l'expression de besoins restant informulés » (Bungener, 2006). Ensuite, en postulant que les besoins paraissent être le résultat d'un

« processus d'évaluation individualisé qui doit être validé scientifiquement » (CNSA, 2012) et qu'un tel outil n'existe pas actuellement pour évaluer la situation d'un aidant.

Enfin, l'usage de la notion de besoin prête à confusion « entre la situation de la personne aidée, qui elle a - assurément - des besoins d'aide, et celle de l'aidant, qui a - peut-être - des besoins, mais dont on ne connaît pas la nature. Pour éviter cette confusion, qui peut être préjudiciable aussi bien aux personnes aidées qu'aux aidants, des experts proposent d'être attentifs à bien différencier quelles sont les attentes de chacun » (Leduc, 2012).

Les professionnels donnent-ils un sens précis à la notion de « besoins » quand ils l'appliquent aux situations vécues par les aidants ? Tout d'abord, la plupart des professionnels s'accordent à dire que, chaque situation étant différente, les besoins le sont tout autant, et que toute généralisation est donc trompeuse.

Ensuite, certains professionnels remarquent que de nombreux aidants vivent relativement bien leur situation, donc qu'ils n'ont peu ou pas de besoin. Les études statistiques menées par la DREES confirment ce constat, puisqu'elles indiquent que « 30 % environ des aidants estiment que ce rôle a un impact positif, et près de 50% estiment qu'il n'entraîne aucune conséquence, ni négative ni positive » (Drees, 2002).

Il y aurait donc uniquement 20% d'aidants qui rencontreraient des difficultés (fatigue physique, morale, stress, anxiété, etc.).

Les retours d'expériences que j'ai obtenues en assistant à certaines séances de formations aux aidants laissent apparaître une forte incertitude qui existe dans la traduction, par l'aidant, d'une difficulté en un besoin.

En effet, certains aidants reconnaissent leurs difficultés, sans pour autant estimer qu'ils ont besoin d'être soutenus. Ils se considèrent encore capables de gérer seul la situation, ou estiment que les difficultés qu'ils rencontrent sont supportables. Par ailleurs, une forme de culpabilité, voire de sentiment d'échec, contraint parfois un aidant à renoncer à demander de l'aide.

Le travail des professionnels de l'hôpital intervenant dans cette formation consiste, en premier lieu, à inciter les aidants à se livrer le plus possible concernant la prise en charge de la personne qu'ils aident. Il peut s'agir de moments positifs, et pas seulement de difficultés. Puis, dans un deuxième temps, ils s'évertuent à les informer des aides sociales et dispositifs existants. Ce n'est que dans un troisième temps qu'ils tentent de traduire les difficultés des aidants en besoins.

Par ailleurs, « certains professionnels utilisent la notion de déni pour expliquer qu'une personne qui a besoin d'aide, n'en perçoit pas la nécessité. Mais cette notion psychologique peut apparaître limitée, car elle ne permet pas de rendre compte du sens positif qu'un aidant peut donner à son refus d'être lui-même aidé »²¹.

En revanche, si les professionnels ciblent prioritairement les aidants qui rencontrent des difficultés, on constate qu'ils tentent aussi de rester ouverts à tous les autres. D'une part, ils savent que beaucoup d'aidants qui n'expriment pas de difficulté, sont néanmoins susceptibles d'avoir des problèmes plus ou moins importants dans l'accomplissement ou la gestion des aides, et qu'il leur faudra certainement du temps pour s'autoriser à en parler.

D'autre part, certains professionnels estiment qu'il n'est pas nécessaire d'avoir des besoins ou d'être confronté à des difficultés pour bénéficier des actions de soutien, ces dernières pouvant être mises en place de manière préventive, tout en leur permettant d'anticiper.

En général, les professionnels entendent accompagner les aidants dans la durée, et ils savent que la situation est amenée à évoluer. Les aidants ne s'en aperçoivent pas toujours, mais ils sont engagés dans un parcours, et l'évolution de l'état de santé de la personne (ou des personnes) qu'ils épaulent ne sera pas sans effet sur le leur.

b) Une appréhension des besoins qui repose essentiellement sur les conséquences négatives de l'aide

Le recours et la justification de la notion de besoin repose donc en grande partie sur les conséquences négatives du rôle d'aidant, que ce soit en termes de santé, d'isolement social ou même de conciliation entre vie familiale et professionnelle. Or, bien au-delà de ces aspects négatifs le rôle d'aidant possède aussi des conséquences positives, ou qui, en tout cas, peuvent être vécues comme telles. Ces conséquences positives peuvent même parfois être indissociables des difficultés rencontrées.

Ainsi, « en réduisant le rôle des aidants à ces conséquences dites négatives, la notion de besoin ne rend pas compte de toute une partie de l'expérience d'être aidant, humainement très riche, porteuse de nouvelles valeurs et d'un sentiment de responsabilité accrue. Peut-être qu'avant même d'avoir besoin d'être aidé ou d'être soutenu, les aidants ont d'abord besoin de cette reconnaissance de leur rôle et de leur contribution, et que c'est en apprenant à valoriser ce qu'ils font pour la personne aidée, que les professionnels leur offre l'appui qu'ils

²¹ http://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2014/04/Etude_être_aidant_une_solidarité_en_mouvement.pdf

attendent »²². En fin de compte, plus neutre que le concept de besoin, celui de difficulté permet de ne pas préjuger de la nécessité, ou pas, d'une réponse, ni de la capacité de l'aidant à faire face ou non à la situation.

Enfin, la quasi-totalité de mes échanges avec les aidants habitant sur le territoire du Grand Beauvaisis convergent sur ce point : il s'agit de considérer et d'accompagner la relation entre l'aidant et l'aidé, à savoir le couple formé dans l'aide, et non la personne de l'aidant en le séparant de façon arbitraire de celle de l'aidé. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle j'ai pris le parti, au sein de ce mémoire, de m'intéresser à la relation aidant-aidé, sans dissocier l'un de l'autre. C'est pourquoi j'ai notamment choisi de traiter simultanément les questions relatives aux outils favorisant le maintien à domicile des personnes âgées et celles concernant les dispositifs d'aide à leurs aidants.

Ces derniers apparaissent donc comme une population hétérogène, de par la diversité de leurs profils, de leurs interventions et de leurs difficultés. En outre, le degré d'implication varie beaucoup d'un aidant à l'autre. Il peut s'agir être aussi bien des enfants, des petits-enfants ou des frères et sœurs. Ils peuvent être retraités ou encore dans la vie active, en situation d'emploi ou au chômage, de sexe féminin ou masculin, riches ou pauvres, etc.

Les aidants peuvent avoir des rôles très contrastés : « aussi bien tout faire pour la personne sans l'intervention d'aucun professionnel, que gérer à distance une prise en charge très complexe. Ils peuvent avoir une perception positive ou négative de leur rôle, souvent les deux à la fois. Face à cette variété de l'expérience, qui paraît presque impossible à généraliser, on peut se demander : qu'est-ce qui permet de reconnaître un aidant ? Aucun critère ne les différencie du reste de la population, c'est uniquement la situation, accompagner une personne ayant besoin d'aide au quotidien, qui définit le rôle d'aidant »²³.

Ainsi, bien qu'un certain nombre de points communs caractérisent les aidants familiaux, il est impossible de dresser une typologie de cette population, tant les situations sociales, financières, familiales et géographiques sont différentes d'un cas à l'autre, tout comme la nature même de l'aide apportée.

2. L' « Aidance » : un concept qui prend en compte les interdépendances entre aidants et aidés dans la relation d'aide

Depuis quelques années, le terme d'aidance apparaît au sein de documents institutionnels (Rapport de la DGS, Programme d'expérimentation de la « pair-aidance » initié par la CNSA), sur les plaquettes et certains sites internet d'associations d'aidants familiaux, ou encore au sein de travaux de recherche. Tentons de comprendre ce qui se dissimule derrière ce concept.

A. Définition d'une nouvelle notion qui émerge progressivement : l' « aidance »

Le concept d'aidance, s'il est rarement défini par ses utilisateurs, est utilisé pour qualifier l'interdépendance entre les aidants et les aidés, l'indépendance de l'Homme à son

²²http://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2014/04/Etude_être_aidant_une_solidarité_en_mouvement.pdf

²³Ibidem

environnement, ou, au moins, souligner la relation d'échange qui se crée entre ceux-ci à l'occasion de l'aide apportée.

En effet, nous avons tous été à un moment donné de nos vies des aidés, ne serait-ce qu'au moment de l'enfance. Cependant, à cette occasion, la relation d'aidance n'était pas unilatérale, car celle-ci a permis à nos aidants d'alors (nos parents, grands-parents...) de se réaliser familialement, socialement et affectivement. De même, allons-nous peut-être redevenir un jour des aidés. Nous permettrons alors également à nos enfants ou petits-enfants d'accomplir une « mission » sociale gratifiante et valorisante.

Pour comprendre cet échange, il est primordial de resituer l'aidance dans un contexte bien plus large que la relation aidant-aidé stricto-sensu, de manière à prendre en compte l'ensemble des interactions qui animent notre société.

Ainsi, pour les psychologues Jean Bouisson et Thierry Meneau, la notion d'aidance ne fait pas référence au seul aidant, mais englobe «un ensemble de transactions complexes – et fréquemment réversibles – entre ceux qui aident et ceux qui sont aidés, transactions fluctuantes et enchâssées dans un monde tout aussi complexe où se croisent, s'opposent, se soutiennent, toutes sortes de représentations, de croyances, de rites, de pratiques politiques, sociales, historiques, psychologiques, médicales, éthiques, écologiques...globalement orientée vers le bien-être ou le mieux-être de chacun »²⁴.

Cette position fait directement écho à la vulnérabilité de l'être humain, qui ne peut traverser sa vie sans jamais être aidé ni aidant. Cet échange perpétuel inspirait déjà Platon qui, dans La République, avançait : « il ya, selon moi, naissance de société du fait que chacun de nous, loin de se suffire à lui-même, a au contraire besoin d'un grand nombre de gens ».

B. Les cinq phases chronologiques qui caractérisent la notion d' « aidance »²⁵

En tentant d'ériger la notion d'aidance en théorie, J. Bouisson et T. Meneau l'ont fractionnée en cinq phases qui peuvent être vécues séparément ou successivement par un humain au cours de sa vie :

- L' « aidance naturelle », qui caractérise l'aide pratiquée durant le déroulement habituel de la vie quotidienne lorsque tout va bien, sans contraintes particulières (aide au sein du couple, aide envers les enfants...).
- L' « Anté-aidance spécialisée » fait elle référence au moment charnière où les proches d'une personne âgée prennent conscience que les questions relatives à la perte d'autonomie de celle-ci, jusque-là inexprimée dans la sphère familiale, émergent progressivement, suite à l'aggravation de l'état de santé de la personne aidée, ou à la croissance de ses incapacités à réaliser et assumer les tâches du quotidien (s'habiller, se laver...).
- L' « aidance spécialisée » représente la phase où l'intervention de professionnels de santé et du maintien à domicile (auxiliaire de vie, femme de ménage, soins de nursing...) se greffe à celle déjà existante de la famille. Peuvent intervenir, selon Bouisson et Meneau, « des

²⁴Bouisson Jean et Amieva Hélène, L'aide aux aidants, à l'aide !, esquisse d'une théorie de l'aidance, Editions in press, 2015

²⁵ Ibidem

bouleversements si sévères qu'ils ont des conséquences sur les revenus d'une famille, sur la santé physique et/ou mentale de ses membres, de même que sur leurs relations sociales, ce qui va nécessiter le recours à des travailleurs sociaux, la mise en place d'aide sociale, l'intervention régulière de soignants, médicaux et paramédicaux... ».

- La « post aide effective » est la phase qui suit l'institutionnalisation ou le décès de la personne aidée, qui bouleverse de fait la vie et le rôle social de l'aidant. Dans le premier cas, les auteurs soulignent qu'une fois leur proche institutionnalisé, l'aidant n'est plus reconnu comme tel par les professionnels, mais qu'il devient un simple membre de la famille, ce qui peut conduire ce dernier dans une période de « déprise pour sa propre santé physique et mentale ». De même, un sentiment d'abandon et de culpabilité émerge fréquemment chez l'ex-aidant.

Dans le second cas, les auteurs mentionnent que suite au décès du proche aidé, celui-ci peut « emporter des pans de vie et des morceaux de ce qui faisait l'identité des personnes qui lui étaient liées, les laissant sans projets, dans un vide de sens, perdues et déchirées entre des sentiments souvent très contradictoires d'abandon, d'amour, de colère, de culpabilité, avec de grandes difficultés parfois à se reconstruire ».

Effectivement, comme on l'a dit précédemment, aider un proche est aussi une façon de s'accomplir socialement, de se sentir utile, d'obtenir de la reconnaissance de la part de l'aidé, de l'admiration de la part des autres proches et amis, et d'être associé à une mission de santé publique, notamment à travers la relation de complémentarité qui se crée entre l'aidant et les différents professionnels qui interviennent auprès de l'aidé.

Ainsi, lorsque l'entrée en institution ou le décès de l'aidé met brutalement un terme à plusieurs mois ou plusieurs années d'une relation intense avec l'aidant, il est compréhensible que ce dernier n'en sorte pas indemne moralement et psychologiquement. Un vide se crée automatiquement, qui s'ajoute au vide préalablement construit par l'aidant lui-même, souvent obligé de renoncer à voire ses amis, à pratiquer ses loisirs habituels, voire à mettre sa vie professionnelle entre parenthèse pour se concentrer sur son rôle d'aidant.

Or, renouer avec ses habitudes de vie passée, retisser des liens sociaux qu'on a soi-même contribué à délier, n'est pas chose aisée. En témoigne cet aveu d'une aidante de 63 ans, qui avait hébergé son père durant trois ans avant sa récente entrée à l'EHPAD de Crèvecœur-le-Grand, et qui, au cours d'un entretien, livrait :

« Depuis que papa est entré ici, j'ai beaucoup plus de temps pour moi, mais ce n'est pas pour autant que je retourne à la natation synchronisée avec mes amis de Beauvais, car ils m'avaient reprochée à l'époque de les quitter pour me consacrer à papa, en sous-entendant que j'avais trouvé une excuse pour ne plus aller à la piscine. J'aimerais retourner à l'aquaspace, mais pas avec ce groupe, sinon ils vont dire que je l'ai [son père] mis en maison de retraite exprès pour me dégager du temps. Le pire, c'est qu'ils n'auraient pas complètement tort ! ».

- L'inter-aide, enfin, qualifie la période dans laquelle l'aidant, suite au décès, ou au contraire suite au retour chez lui de l'aidé, « replongera » dans la phase d'aide naturelle, mais en étant doté de vécu, de compétences et d'appréhensions propres à modifier son approche de la relation d'aide.

En clair, pour Bouisson et Meneau, se trouvent au cœur de l'aide « des liens, des attachements, des interactions qui se structurent autour du prendre-soin, autour de conflits et de solidarités générationnelles et intergénérationnelles ».

Ainsi, le concept de l'aidance permet d'entreprendre une analyse plus globale que la seule vision binaire de l'aidant d'un côté et de l'aidé de l'autre, l'analyse de la fonction de l'un et de l'autre étant faussée lorsqu'elle est réalisée isolément.

C. La relation d' « aidance » englobe les notions de fardeau et de charge ressentie

Les spécificités de l'aide apportée par l'aidant génèrent des degrés variables de difficultés physiques, émotionnelles, de stress et d'isolement chez ce dernier. Ce sont les répercussions de ces éléments sur son état de santé qu'on appelle le « fardeau ».

Zarit, Todd et Zarit ont, les premiers, proposé une définition du concept de fardeau, à l'occasion d'une étude de longue haleine concernant la relation d'aide entre conjoints. Pour eux, le fardeau est l'ensemble des conséquences physiques, psychologiques, spirituelles, sociales et financières de l'aide apportée par l'aidant. Cette définition met l'accent sur le caractère multifactoriel de la relation d'aidance, dépendante des personnes et de l'environnement dans lequel celles-ci évoluent, donc non transposable d'une situation à l'autre.

En effet, une même situation peut être vécue comme stressante par une personne et comme étant au contraire facile à gérer par une autre.

En conséquence, les problèmes objectivables et ceux ressentis ont été distingués via les notions de « fardeau objectif » et « fardeau subjectif » par Braithwaite en 1992.

Selon Valéry Bergua et Laetitia Rullier, le fardeau objectif représenterait « les difficultés pratiques auxquelles l'aidant doit faire face et qui implique des contraintes permanentes d'arbitrage et de réorganisation du temps (ex : gestion de la dépendance, coût économique, démarches administratives ou juridiques). Le retentissement physique, social et émotionnel de l'aide caractériserait quant à lui le fardeau subjectif. Il témoignerait non seulement de la façon dont l'aidant perçoit son proche malade et l'aide dont il a besoin (incompréhension, révolte, gêne, etc.), mais aussi de son rôle d'aidant (mêlant tout à la fois des sentiments d'impuissance, d'emprisonnement, de culpabilité, ou encore de solitude..., mais aussi de satisfaction, de contrôle ou encore de reconnaissance de la part de l'entourage.»²⁶

On rejoint ici la notion de charge ressentie, proche du concept de fardeau. Il est à noter que les deux caractères (objectif et subjectif) du fardeau n'ont pas forcément de lien l'un avec l'autre. Un aidant peut bénéficier de ressources sociales, culturelles, relationnelles ou financières propres à amortir la charge à laquelle il doit faire face. A l'inverse, un autre aidant ne disposant pas d'atouts suffisants pourra se trouver en grande difficulté face à un fardeau équivalent.

D'où, encore une fois, l'importance de prendre en considération l'ensemble des éléments constituant l'environnement d'un aidant avant de jauger le degré de fardeau auquel il est confronté.

C'est la raison pour laquelle des auteurs (Rovine et Glickman 1989, Given 1992) ont conçus des grilles d'évaluations de la charge ressentie par l'aidant associant les aspects objectifs et subjectifs du fardeau avec les éléments positifs ou négatifs de l'aide. Ce faisant, la fonctionnalité du concept de fardeau prend en considération, à travers un angle psychosocial, les différents facteurs qui peuvent favoriser son éclosion ou son aggravation.

²⁶ Bouisson Jean et Amieva Hélène, L'aide aux aidants, à l'aide !, esquisse d'une théorie de l'aidance, Editions in press, 2015

Ainsi, la notion de fardeau est à la fois fonction des éléments favorisant le stress chez l'aidant, différemment gérés d'un individu à l'autre, de l'expérience et du vécu de cet aidant, de l'environnement, mais également de sa capacité à affronter les situations complexes.

En fin de compte, c'est en identifiant les facteurs associés au fardeau qu'on peut l'évaluer le plus précisément possible. Pour cela, Valérie Bergua et Laetitia Rullier proposent trois catégories de facteurs associés au fardeau :

- « des facteurs relatifs à l'aidant : sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'éducation, activité professionnelle), psychosociaux (santé mentale, capacité à faire face à la situation, environnement social, isolement, personnalité, engagement et motivation...), médicaux, etc.
- des facteurs relatifs à l'aide apportée, à la relation aidant-aidé : cohabitation, qualité de la relation avec l'apparition de la maladie, temps passé aux soins, nombre d'année de prise en charge, type d'aide (physique, morale, accompagnement), contraintes financières, aspect volontaire ou contraint de l'aide apportée, restriction des contacts sociaux, etc.
- des facteurs relatifs à la personne aidée : maladie, sévérité de la maladie, troubles du comportement, troubles cognitifs, niveau d'autonomie, etc. »²⁷.

Cet aggloméra de facteurs permet de rendre effectivement compte de la variété et de la complexité des difficultés rencontrées par les proches aidants, qui ne sont pas uniquement fonction de celles rencontrées par la personne qu'ils aident.

C'est sans doute l'échelle de Zarit, élaborée en 1985, qui se rapproche le plus de cette approche multidimensionnelle, bien qu'elle demeure centrée sur les aspects négatifs de l'aide, sans prendre en compte la dimension subjective du « fardeau ». Pourtant, l'évaluation de ce dernier est extrêmement importante car elle permet d'identifier les besoins précis de l'aidant, afin de mettre en œuvre des actions en adéquation avec ces derniers.

La situation d'aidance étant un processus dynamique, il est primordial de s'octroyer les moyens de bien évaluer les besoins des proches aidants, et de les réajuster à mesure que le processus d'aidance évolue.

En analysant certaines notions conceptualisées autour de la notion d'aidance, il paraît évident qu'il n'existe pas une, mais de très nombreuses situations d'aidance, très différentes les unes des autres, en fonction des multiples paramètres qui caractérisent la relation particulière entre un aidé et un aidant, dans un contexte donné.

Ainsi, afin d'identifier les difficultés et les besoins des personnes âgées et de leurs aidants familiaux habitant dans le Grand Beauvaisis, il est indispensable d'analyser certains de ces paramètres contextuels : leurs conditions de vie, leurs comportements, ainsi que les caractéristiques et la structure de l'environnement géographique, démographique, social, économique, culturel et épidémiologique dans lequel ils évoluent.

²⁷ Valérie Bergua et Laetitia Rullier, le concept de fardeau et ses méthodes d'évaluation, dans *L'aide aux aidants, à l'aide !*, Editions in press, 2015.

II. Analyser l'environnement et le comportement des aidants familiaux et des personnes âgées résidants au sein du Grand Beauvaisis : une étape nécessaire à l'identification de leurs difficultés et besoins

Afin d'adapter l'offre de services aux besoins des aidants et des aidés du Grand Beauvaisis, il est nécessaire d'analyser l'environnement dans lequel ils évoluent, leurs comportements, ainsi que les services déjà existants qui leur sont destinés. Cette analyse permettra également de dégager des atouts et des freins au développement d'une politique adaptée de maintien à domicile des personnes âgées et d'aide à leurs aidants.

Une grande étude territoriale concernant le Grand Beauvaisis a été publiée en 2011 par le Conseil Régional de Picardie²⁸, se basant sur des données datant de 2005 à 2010. C'est essentiellement les données issues de cette étude qui sont mentionnées au sein de cette partie, complétée par différentes statistiques et analyses, notamment de l'Insee de Picardie.

A ce stade de la rédaction, une précision s'impose : bien que m'étant procuré de nombreuses données et statistiques propres à ce territoire du Grand Beauvaisis, il m'est arrivé de ne trouver que des données relatives au département de l'Oise ou à la région de Picardie dans leur intégralité, sans décomposition plus fine. Dans ce cas, j'ai pris le parti de m'appuyer essentiellement sur les données de la région, plus représentatives du territoire rural du nord-ouest de l'Oise, situé au centre de la Picardie.

Au contraire, m'appuyer sur les statistiques concernant l'ensemble du département de l'Oise aurait comporté le risque d'intégrer dans cette étude de nombreux biais. En effet, la moitié sud de l'Oise, proche de l'Île-de-France, accueille de nombreux franciliens qui y habitent notamment en raison des prix des logements plus attractifs, mais qui travaillent en région parisienne.

Ainsi, la moitié sud du département de l'Oise est, en termes de densité de population, tout comme dans sa composition géographique, démographique, culturelle, sociale et économique, différente de celle du territoire du Grand Beauvaisis. D'ailleurs, historiquement, celle-ci a longtemps fait partie du domaine royal du roi de France (donc de l'Île-de-France) au même titre que le Vexin français (sud-ouest de l'Oise) et le Valois (sud-est de l'Oise).

Nous proposons ainsi de débiter cette seconde partie par une analyse environnementale et comportementale des habitants du Grand Beauvaisis (1). Dans une seconde sous-partie, nous nous intéresserons à la structure de l'offre de services sanitaires et médico-sociaux (2) existante à l'égard des personnes âgées du territoire, puis nous recenserons les dispositifs d'aide aux aidants existants (3).

1. Analyse environnementale et comportementale des habitants du Grand Beauvaisis

A. Le Grand Beauvaisis : un territoire rural, isolé et faiblement doté en équipements, services et transports

²⁸ Diagnostics Territoriaux de santé des pays de Picardie : Grand Beauvaisis, Conseil Régional de Picardie, septembre 2011

Le pays du Grand Beauvaisis constitue le quart nord ouest du département de l'Oise, avec des frontières communes aux départements de la Somme, de la Seine-Maritime et de l'Eure. Ce territoire est le deuxième plus étendu des pays picards (1 800 km²) après le Grand Amiénois (2 989 km²).

Le Grand Beauvaisis compte 167 688 habitants en 2008, ce qui représente 21,1 % de la population isarienne (le terme « isariens » désigne les habitants de l'Oise) et 10 % de la population picarde. Il est découpé en six établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) dont une communauté d'agglomération. La densité de population du Grand Beauvaisis est de 93 habitants au km² avec un écart important entre la communauté d'agglomération (253,8 h/km²) et les cinq communautés de communes (60,0 h/km²). A titre de comparaison, la densité de population de la Picardie est de 98 h/km² et celle de la France est de 118 h/km².

Autour des centres semi-urbains s'articulent un ensemble de petites villes ou villages relativement distants géographiquement entre eux, parfois isolés au milieu des innombrables et très vastes champs de betteraves, de blé ou autres céréales.

Preuve de la ruralité de la région, sept communes sur dix possèdent moins de 500 habitants. En conséquence, en termes d'équipements et de services par habitant, elle est beaucoup moins bien dotée qu'en moyenne nationale ou même qu'en province.

Selon l'Insee, « on compte en effet 191 équipements et services pour 10 000 habitants en Picardie, soit une soixantaine de moins qu'au niveau national. Cet écart est particulièrement important en milieu rural et dans le domaine des services aux particuliers. Cependant, la dispersion des équipements sur le territoire, le maillage de villes petites et moyennes, l'absence de relief (plaines et plateaux), la bonne desserte routière et autoroutière font que les Picards ne sont jamais très éloignés des commerces et services (18 min en moyenne).

Les commerces et services, publics ou privés, sont répartis en trois gammes. La gamme de proximité réunit les plus courants, tels que l'école élémentaire, la boulangerie ou le médecin généraliste. La gamme intermédiaire regroupe des équipements moins fréquents, comme le collège, le supermarché ou le laboratoire d'analyses médicales. La gamme supérieure est plutôt l'apanage des pôles urbains où l'on trouve par exemple l'hôpital, le lycée ou l'hypermarché.

Le retard de la Picardie en termes d'équipements par rapport à la métropole et même la province est valable quelle que soit la gamme observée. Il s'explique tout d'abord par la taille relativement faible des communes, et le nombre élevé de petites communes »²⁹.

Le territoire du Grand Beauvaisis est révélateur de ces carences, 170 de ses 226 communes ne disposant d'aucun commerce de proximité (une boucherie, une boulangerie, ou un commerce d'alimentation), soit 75,2% contre 72,4% en moyenne régionale. 31,7% de la population résidente vit dans l'une de ces communes « désertes » de tout commerce.

53 pharmacies ont été recensées sur le territoire, soit une officine pour une moyenne de 3113 habitants (2925 en région). Seules 29 communes en abritent au moins une, dont 3 ne possédant aucun autre commerce. De la même façon, seules 12,8% des communes comptent un bureau de poste.

Au final, 72,1% des communes du Grand Beauvaisis ne comptent ni commerce de proximité ni services, contre 68,6 en moyenne picarde. Cette situation concerne davantage les EPCI plus

²⁹ Sinoquet Marie-Christine, Etude 2014 Insee Picardie

ruraux de Crèvecœur (80,0%) ou de la Picardie Verte (82%). A l'inverse, l'offre de services est plus intense dans l'agglomération de Beauvais et sa périphérie, du fait de la densité relativement élevée de population qui contribue au maintien d'un niveau de services élevé.

Ces éléments sont à prendre en considération dans la stratégie de développement d'aide aux aidants sur un territoire, car ils constituent un aspect important de la vie quotidienne des habitants d'une localité, et on sait que l'insuffisance d'accès aux équipements et services peut provoquer une fuite des populations les plus mobiles (au premier rang desquels les potentiels aidants) ou provoquer un enclavement des populations précaires.

Or, Selon Anne Evrard, « l'offre médicale (médecins, chirurgiens dentistes, SSIAD ou infirmiers libéraux) est également nettement sous représentée en Picardie. La Picardie comprend la plus faible densité (par nombre d'habitants) en médecins généralistes de toutes les régions métropolitaines françaises ». Ainsi, répondre aux besoins des aidants et des aidés signifie avant tout pallier à cette carence en services médicaux, car une politique d'aide aux aidants aura évidemment peu d'impact sur ces derniers si nombre d'entre eux a migré vers d'autres territoires. Ainsi, afin de pallier à ces différentes carences, et dans un dessein de maintien des personnes âgées à domicile, il est d'autant plus important que les pouvoirs publics se dotent de moyens conséquents en termes de services de soins à domicile.

Un isolement de très nombreuses petites communes qui, paradoxalement, renforce les liens de voisinage

Géographiquement, l'isolement d'une multitude de petites communes faiblement peuplées a favorisé le développement de liens de voisinage et d'un phénomène d'entraide entre habitants d'une même localité. Ainsi, le territoire possède un fort potentiel d'aidants « non familiaux », important pour le maintien à domicile des personnes fragiles et pour le repérage des personnes isolées qui, paradoxalement, le sont en fin de compte beaucoup moins que des personnes âgées vivant en milieu urbain.

Par ailleurs, concernant les déplacements domicile-travail des habitants du Grand Beauvaisis, une faible proportion d'habitants sort de la région pour aller travailler en Ile-de-France ou dans une autre région : sur les 66471 actifs en emploi résidant, seuls 10,9% sont concernés (environ 7200 actifs) contre 23,6% dans l'Oise et 14,9% en Picardie.

En réalité, les actifs résidant sur le Grand Beauvaisis vont, pour la plupart d'entre eux, travailler dans une autre commune du département (44,6% contre 39,3% sur l'ensemble picard), et notamment sur le Sud de l'Oise ou encore à l'ouest sur le bassin clermontois.

Ainsi, les habitants du Grand Beauvaisis travaillent davantage à proximité de leur domicile, limitant la distance de leurs déplacements. D'autres part, 65 % d'entre eux habitent à moins de 20 Km du lieu où ils ont grandi étant enfant (premier domicile après la naissance).

B. Les données démographiques du Grand Beauvaisis : un territoire assez jeune mais qui devra affronter un rapide vieillissement de sa population d'ici 2040

Au 1er janvier 2008, « les moins de 25 ans représentent 33,9 % des habitants du Grand Beauvaisis, ce qui est comparable aux proportions constatées dans l'Oise (33,7 %) et supérieur

à la Picardie (32,9 %) et à la France métropolitaine (31,2 %). La proportion de 25-59 ans du Grand Beauvaisis (48 %) est proche des niveaux régional (47,9 %) et national (47,5 %) et inférieur au département (49,2 %).

La part des personnes âgées de 60 ans et plus (19,5%) est relativement faible comparée au niveau moyen national (23,5 %). En réalité, cette part est contrastée à l'intérieur du Grand Beauvaisis : elle est de 13,0% dans la communauté de communes de Thelle-Bray. A contrario, elle atteint 22,7% au sein de la Picardie Verte et 23,2% dans la communauté de communes de Crèvecœur.

Enfin, la part des 75 ans et plus dans le Grand Beauvaisis (6,7 %) est comprise entre celles de l'Oise (6,1 %) et de la Picardie (7,3 %), mais elle est largement inférieure à la France métropolitaine (8,3 %) »³⁰.

En ce qui concerne les naissances, entre 2003 et 2008, l'indice conjoncturel de fécondité (ICF) est de 2,03 enfants par femme dans le Grand Beauvaisis, ce qui est proche de l'Oise (2,07) et de la Picardie (2,00) et supérieur à la France métropolitaine (1,90). Entre 2001 et 2005, le solde naturel est de 4 939 sur la période, soit un excédent de 998 habitants par an.

Ainsi, l'ensemble de ces données prouve que le Grand Beauvaisis est un territoire plus jeune que la moyenne nationale et régionale, notamment du fait de son taux de fécondité important et de sa proportion modérée de personnes âgées de 75 ans ou plus. Cet élément laisse augurer de l'existence d'un fort potentiel d'aidants familiaux, d'autant que, comme on l'a constaté, les habitants grands beauvaisiens travaillent et habitent en majorité dans un lieu proche du premier lieu de vie suivant leur naissance. Cet élément est significativement plus prégnant que dans d'autres territoires français.

Autre élément intéressant, selon les statistiques de l'Insee de Picardie, au 1^{er} janvier 2013, l'espérance de vie à la naissance des picards, homme (77 ans) et femme (83,5 ans), est largement inférieure à celle des français (78,7 ans) et des françaises (85 ans). L'espérance de vie à 65 ans montre environ le même écart entre picards et français.

La prégnance en Picardie du nombre d'ouvriers (agricole ou autre) et d'employés, combinée à la faiblesse de la proportion de personnes appartenant à la catégorie des professions intermédiaires, des cadres et professions intellectuelles supérieures, explique en partie ces écarts d'espérance de vie.

Concernant la pyramide des âges de 2040, celle-ci renvoie l'image d'une répartition de la population par âge plutôt équilibrée. Selon l'Insee, en 2040, le nombre de décès aura vraisemblablement rattrapé celui des naissances, aux alentours de 22 000 par an, tandis qu'on comptait en 2007, 24 900 naissances annuelles pour 16 600 décès.

a) Les personnes de 60 ans et plus seront, dès 2025, plus nombreuses que celles de moins de 20 ans

Toutefois, selon le scénario central prévu par l'Insee, le nombre de personnes de 60 ans et plus augmenterait en Picardie de « 240 000 habitants entre 2007 et 2040. En 2040, plus de 600 000 Picards seront âgés de 60 ans et plus, soit une hausse de 65 % en 33 ans. La progression est encore plus spectaculaire pour les plus âgés : le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus

³⁰ Etude territoriale des pays de Picardie, le Grand Beauvaisis, Conseil Régional de Picardie, Septembre 2010

ferait plus que doubler, passant de 79 000 en 2007 à 187 000 en 2040. À l'inverse, les moins de 20 ans verraient leur effectif faiblir légèrement d'ici 2040 (-3,6 %) : ils seraient 490 000 en 2040 contre un peu plus de 500 000 en 2007. Leur part dans la population baisserait, passant de 27 % en 2007 à 24 % en 2040. Dès 2020, la proportion des 60 ans et plus rattraperait celle des moins de 20 ans »³¹.

Néanmoins, il faut préciser qu'actuellement, la Picardie est une des régions les plus jeunes de France. Les jeunes de moins de 20 ans représentent 26,6 % de la population picarde contre 24,8 % de la population française. L'âge moyen des Picards est de 38 ans et 2 mois et celui des Français 39 ans et 4 mois. Seuls les habitants de l'Île-de-France et du Nord - Pas-de-Calais ont un âge moyen, proche de 37 ans, inférieur à celui de la Picardie.

Toutefois, ces chiffres dissimulent de grandes disparités au sein de la région. Par exemple, la moitié sud de l'Oise étant limitrophe à l'Île-de-France, de nombreux jeunes actifs travaillant en région parisienne y habitent, car les prix des logements y sont plus abordables. De même, à Beauvais, St Quentin et Amiens, villes universitaires et étudiantes, habitent de nombreux jeunes qui abaissent la moyenne d'âge régionale.

A l'inverse, au sein des zones rurales comme celle du Grand Beauvaisis, la population est légèrement plus âgée et plus vieillissante que cette moyenne, ces communes offrant peu de possibilités d'insertion professionnelle aux plus jeunes, hormis en ce qui concerne les travaux agricoles ou les activités liées au domaine sanitaire et social.

Selon l'Insee, en 2040, « la Picardie sera toujours plus jeune que la moyenne nationale, mais sa structure par âge se sera encore rapprochée de la moyenne. Ainsi, la population picarde vieillira de 4 ans et 8 mois contre 4 ans et 2 mois au niveau national. Plus jeune aujourd'hui, la région vieillira plus vite que l'ensemble de la France entre 2007 et 2040. Le vieillissement restera en revanche contenu au sud de l'Oise et autour d'Amiens, zones attractives aux âges jeunes et déficitaires aux âges élevés »³²

b) Les habitants du Grand Beauvaisis décèdent le plus souvent proche de chez eux, et plus d'un quart de ces décès a lieu au domicile de la personne

Concernant les 6 428 décès domiciliés dans le Grand Beauvaisis en 2001-2005 (soit 1 285 décès en moyenne par an), « 78,2 % ont été enregistrés dans le Grand Beauvaisis (dont 52,8 % à Beauvais, 3,4 % à Crèvecœur-le-Grand et 2,1 % à Grandvilliers), 5,9 % dans le reste de l'Oise (2,2 % à Chaumont-en-Vexin), 8,2 % dans la Somme (dont 3,7 % à Amiens et 3,9 % à Salouël), 1,1 % dans l'Eure, 0,8 % dans le Val d'Oise, 1,2 % à Paris et 4,3 % ailleurs en France. Ces décès ont eu lieu pour 57,8 % d'entre eux dans un établissement hospitalier ou une clinique privée, pour 26,5 % au domicile de la personne, pour 11,9 % en maison de retraite et pour 3,8 % sur la voie ou dans un lieu public, ou dans un autre lieu non précisé »³³.

La grande proportion du nombre de décès à domicile est en partie la preuve que des services visant le maintien à domicile des personnes fragiles existent au sein du territoire et fonctionnent bien, surtout si l'on compare avec la relative faiblesse du nombre de décès en maison de retraite. En revanche, cela signifie peut-être également que les maisons de retraite sont contraintes de transférer certaines personnes en fin de vie à l'hôpital.

³¹ Anne Evrard, Etude Insee Picardie

³² Etude Insee Picardie 2010

³³ Etude territoriale des pays de Picardie, le Grand Beauvaisis, Conseil Régional de Picardie, Septembre 2010

c) Vivre seul après 75 ans : une tendance plus fréquente en Picardie qu'en France, à fortiori en milieu rural

Le recensement effectué par l'Insee sur la démographie picarde en 2008 met en évidence deux phénomènes paradoxaux : de manière générale, vivre seul est moins fréquent en Picardie qu'en France (seul 1/9 des picards vivent seuls contre 1/7 des Français), mais la proportion de personnes isolées augmente avec l'âge plus vite en Picardie qu'en France, surtout dans les zones rurales.

Ainsi, tant pour les hommes que pour les femmes, c'est à l'âge de 75 ans que la courbe comparative avec la moyenne nationale se croise. A titre d'exemple, à 85 ans, 29 % des picards vivent seuls contre 24 % des français en moyenne en France, et 58 % des picardes vivent seules contre 55 % des françaises en moyenne nationale.

Selon Anne Evrard, chercheuse à l'Insee Picardie, de nombreux facteurs expliquent ce phénomène. Suite à une rupture, « les femmes se remettent moins fréquemment en couple que les hommes. Lorsqu'elles étaient à la tête d'une famille monoparentale, elles se retrouvent seules au départ des enfants ». Si ce phénomène est plus prégnant en Picardie qu'en France, c'est peut-être qu'il est plus compliqué de retrouver un conjoint en milieu rural, comparativement aux centres urbains.

Enfin, les femmes vivent souvent avec des hommes plus âgés, surtout en ruralité, à fortiori dans le secteur agricole. Or, l'espérance de vie des agriculteurs est plus faible que la moyenne. La combinaison de ces deux facteurs expliquent en partie la raison pour laquelle après 75 ans, il y a plus de femmes veuves en Picardie qu'en France, et surtout en milieu rural.

D'ailleurs, le profil de la patientelle prise en charge par le SSIAD de Crèvecœur en 2014 confirme cette tendance : sur les 56 patients pris en charge, dont la moyenne d'âge est de 82 ans, 50 % vivent seuls chez eux.

Face à ce constat, il est indispensable pour les pouvoirs publics d'engager les moyens nécessaires en ce qui concerne le repérage des personnes âgées isolées, et le développement des services d'aides et de soins à domicile.

d) Logement : une part importante de maisons individuelles et de propriétaires

Les maisons représentent 73 % du parc de logements dans le Grand Beauvaisis contre 56 % en métropole.

La part de propriétaires de résidences principales y est également plus élevée qu'en France : 62 % contre 58 %. Comme en France, les résidences principales sont de plus en plus grandes dans le Grand Beauvaisis.

La cartographie des constructions montre que le nombre de nouveaux logements a fortement augmenté dans l'agglomération Beauvaisienne et dans la communauté de communes rurales du Beauvaisis.

Le Grand Beauvaisis compte en moyenne 2,4 habitants par logement, de même qu'en moyenne nationale. Au sein du Grand Beauvaisis, la part de logements individuels est plus marquée qu'au niveau départemental : 71,7% contre 68,0% pour l'Oise. Près des deux tiers des habitants sont propriétaires.

Ainsi, l'importance du nombre de propriétaires et de logements individuels au sein du territoire laisse à penser que les personnes âgées auront plus vocation à terminer leur vie à domicile, comparativement à un territoire doté majoritairement de locataires (comme en Ile-de-France), que le prix des loyers et des énergies inciteraient plutôt à entrer en institution.

D'où l'importance, pour les pouvoirs publics, d'investir sur l'aménagement des logements et les différents outils liés au maintien à domicile (téléalarmes, services à domicile, etc.). En effet, le « retour sur investissement » attendu est potentiellement plus élevé dans le Grand Beauvaisis que dans d'autres territoires. Toutefois, il faudrait aider les personnes pour l'isolation thermique de leurs habitations, afin de réduire le nombre de personnes âgées qui, alors qu'elles auraient les capacités de rester chez elles, requièrent une place en institution à cause de la croissance du prix des énergies, nécessaires pour le chauffage notamment, le territoire étant pourvu de maison de taille importante.

e) L'emploi dans le Grand Beauvaisis est caractérisé par une prégnance des métiers du secteur sanitaire et social et des ouvriers, et par la faible présence des catégories professionnelles supérieures

L'emploi dans le Grand Beauvaisis est dominé par l'emploi de salariés œuvrant dans le secteur sanitaire et social, qui représentent 32 % des emplois en 2008, parmi lesquels

82,3 % sont des femmes. Par ailleurs, le territoire compte 30,4 % d'ouvriers, ce qui est supérieur au département (27,9 %), à la région (29,8 %) et au niveau national (23,4 %).

Les professions intermédiaires représentent 24,0 % des emplois du Grand Beauvaisis, contre 25,3 % dans l'Oise, 23,6 % en Picardie et 24,6 % en France métropolitaine.

En revanche, les cadres et les professions intellectuelles supérieures sont sous-représentées (10,0 % des emplois en 2008 dans le Grand Beauvaisis, contre 12,6 % dans l'Oise, 11,1 % en Picardie et 15,5 % en France métropolitaine).

Enfin, les agriculteurs exploitants sont 2,6 %, ce qui est très supérieur à l'Oise (1,1 %), à la Picardie (2,1 %) et à la France métropolitaine (2,1 %).

Le taux d'activité des habitants du Grand Beauvaisis âgés de 15 à 64 ans est de 71,9 %.

Par ailleurs, le Grand Beauvaisis se caractérise par un taux d'activité des femmes plus élevé que sur l'ensemble de la région et du département : 77,1 % contre 72,6 % en région et 74,5 % pour l'Oise. La montée en charge de l'activité des femmes est fortement liée au progrès de leur qualification et de leur niveau de formation. Ce taux d'activité élevé des femmes est important à prendre en compte dans la stratégie de développement d'aide aux aidants, et laisse présager un impact positif de cette aide sur les aidants du Grand Beauvaisis.

En effet, on sait d'une part que la majorité des aidants sont des aidantes, et, d'autre part, que le degré d'utilité de ces aides mises en place à l'attention des aidants est proportionnel au taux d'activité de ces derniers, d'autant plus si ces aides concernent des prises en charges de l'aidé, alternatives à l'institutionnalisation (accueil de jour et temporaire, intervention de SSIAD ou d'aides à domicile, etc.).

Cette situation de l'aidant est qualifiée de « cumul » par Pauline Domingo, chercheuse à la CNSA, qui a travaillé sur la classification des calendriers d'aides apportées par l'aidant durant la

semaine : « les aidants cumulent une activité professionnelle à temps plein avec leur rôle d'aidants. Ils choisissent alors d'aider soit régulièrement le soir, soit en fin de semaine, soit un après-midi par semaine. Dans ce cas, le temps disponible pour les ascendants est « puisé » sur le temps personnel et familial »³⁴.

Précisons que parmi les femmes en activité au sein du Grand Beauvaisis, 35 % le sont à temps partiel. Elles « entrent » alors dans la catégorie que P. Domingo nomme « la succession », également propice à une optimisation de l'aide aux aidants : « les aidants ont une plus grande disponibilité temporelle que dans les situations de « cumul » car la période d'aide succède à la période d'activité professionnelle. Ils sont alors en situation d'intervenir quasiment tous les jours auprès de l'aidé »³⁵. Ainsi, l'aide apportera également un soulagement conséquent à l'aidant qui se trouve dans ce dernier cas, et qui souvent doit conjuguer sa vie professionnelle avec son rôle d'aidant, mais également avec sa vie familiale.

C. Epidémiologie au sein du Grand Beauvaisis : une forte mortalité prématurée et une inquiétante prévalence de nombreuses maladies

Entre 2005 et 2010, le Grand Beauvaisis a un taux de mortalité générale de 987,1 pour 100 000 (1 289 décès annuels en moyenne) contre 1 003,6 dans l'Oise, 1 043,7 en Picardie et 903,2 en France métropolitaine (différence significative).

Avant 65 ans, la mortalité est de 254,2 pour 100 000 habitants du Grand Beauvaisis (238,6 dans l'Oise et 259,6 en Picardie). Ce taux de mortalité prématurée est significativement supérieur à celui de la France métropolitaine (219,4) et représente 341 décès en moyenne par an.

Au niveau régional, la Picardie se situe au second rang, après le Nord-Pas-de-Calais, en ce qui concerne la mortalité avant 65 ans chez les hommes comme chez les femmes.

D. La Picardie rurale : des liens familiaux renforcés et des freins à l'ouverture sur l'extérieur

Ainsi, on assiste en Picardie, surtout en milieu rural, à une sorte de repli culturel sur des valeurs traditionnelles. Par exemple, le taux de picards catholiques pratiquants est parmi les plus hauts en France. De même, les liens familiaux apparaissent beaucoup moins distendus en Picardie que dans d'autres territoires. Ainsi, le nombre de mariage est plus important en Picardie qu'en moyenne nationale, et, à l'inverse, le nombre de divorce y est significativement plus faible.

Ainsi, on peut émettre l'hypothèse qu'à la fois la prépondérance du milieu ouvrier, la faible proportion de jeunes réalisant des études supérieures, donc longues, et le fort taux de non-diplômés, incitent ces derniers à entrer plus rapidement dans la vie active, et à demeurer par conséquent plus longtemps, voire définitivement, au sein de leur famille, ou, dans tous les cas, géographiquement proche de celle-ci. Ces éléments peuvent expliquer en partie le caractère familial « autocentré » du modèle traditionnel en Picardie rurale. Ils peuvent également augurer de la présence d'un fort potentiel d'aidants familiaux sur le territoire.

³⁴ Pauline Domingo, « Aider un parent dépendant : comment concilier vie familiale, sociale et professionnelle », article issu du dossier « Etre proche aidant aujourd'hui », 3^e rencontres scientifiques de la CNSA pour l'autonomie, novembre 2014.

³⁵ Ibidem

De même, la composition très rurale (de grands champs, peu de routes, etc.) du tissu géographique Grand Beauvaisien, combiné à la multitude de communes de petites tailles et à la rareté des services, transports et équipements, ont pour conséquence un isolement géographique des populations y habitant, et une réduction des capacités de ces dernières à entrer en contact avec des habitants du milieu urbain.

A titre d'exemple, et sans vouloir être caricatural, il n'était pas rare, durant mon stage de professionnalisation, que je rencontre des personnes qui n'étaient quasiment jamais sorties de Crèvecœur-le-Grand, que se soient des résidents ou des membres du personnel, qui, pour certains d'entre eux, étaient réticents à parcourir les 22 Km qui séparent Crèvecœur de Beauvais, afin d'y réaliser une formation.

Ainsi, peut-être que cet isolement social et géographique explique un certain repli familial des habitants des territoires ruraux du Grand Beauvaisis, un renforcement des liens familiaux, et représente un frein concernant l'ouverture (culturel ou autre) des habitants vers l'extérieur.

De même, ces liens familiaux renforcés peuvent avoir pour conséquence une certaine méfiance à l'égard d'une entité extérieure, qu'il s'agisse d'une personne inconnue, d'un service de prise en charge, etc. Parallèlement, les aidants ayant évolué selon le modèle traditionnel picard, rural et latin, délèguent avec difficultés la prise en charge de leur proche par un service ou une structure, et tentent de maintenir leur proche à domicile le plus longtemps possible.

En témoigne une étude territoriale de 2014 qui montre qu'au sein du Grand Beauvaisis, la proportion de personnes âgées évaluées en GIR 1 et 2 prises en charge par les trois SSIAD du territoire est beaucoup plus élevée qu'en moyenne nationale : 44,3 % contre 39 % nationalement.

Cette étude de l'Insee³⁶ fait apparaître également que dans le Grand Beauvaisis, les personnes âgées entrent en institution lorsqu'elles souffrent d'un degré de perte d'autonomie significativement plus important qu'en moyenne nationale. En effet, 46,4 % des personnes intégrant un EHPAD du Grand Beauvaisis se trouve en GIR 1 ou 2 au moment de l'entrée, contre 42,4 % nationalement.

Ces données sont révélatrices de la bonne qualité de prise en charge des personnes âgées à domicile sur le territoire, reculant ainsi le moment de l'institutionnalisation de celles-ci. Preuve en est, 31 % des patients pris en charge en 2014 par le SSIAD de Crèvecœur étaient évalués en GIR 1 ou 2.

D'un autre côté, ce constat peut démontrer une certaine réticence des aidants familiaux à « placer » leurs proches âgés en institution, et leur volonté de contribuer à leur maintien à domicile le plus longtemps possible.

Peut-être que là encore, l'intensité des liens familiaux propre au modèle familial typique en Picardie rurale est à l'origine de cette réticence, voire de cette culpabilité des aidants, à institutionnaliser leur proches « trop tôt », ou, en tout cas, plus tôt que dans d'autres territoires français, surtout en milieu urbain.

Mes entretiens avec certains aidants familiaux du canton de Crèvecœur-le-Grand, lors des sessions de formation aux aidants ou lors de deux réunions d'échanges que j'ai pu animer avec ces derniers, m'ont confirmé la prégnance de cette volonté des aidants à retarder

³⁶ Etude de l'Insee 2014

l'institutionnalisation de leurs proches. De même, un soupçon de culpabilité transparaissait dans les propos d'une majorité d'entre eux lorsqu'ils évoquaient l'idée de « placer » leur proche en EHPAD.

E. L'Oise est le département français où les ménages recourent le moins aux services à la personne

Au niveau sanitaire et social, ce manque d'ouverture sur l'extérieur se traduit par un « important taux de non recours aux minima-sociaux, ainsi qu'aux aides et services sociaux existants »³⁷. Nombreux sont ceux qui pourraient bénéficier du RSA (socle et activité), de la CMU (base et complémentaire) ou de l'Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire santé, mais qui n'en font pas la demande.

On constate également une faible sollicitation vis-à-vis des services à la personne existants. Ainsi, L'Insee a réalisé en 2011 une étude comparative entre départements français concernant le taux de recours aux services à la personne (SAP), qui étaient découpés en quatre grandes catégories : les services à la famille (garde d'enfants, assistance à domicile), les services à la vie quotidienne (portage de repas, ménage, maintenance de la résidence), les services aux personnes âgées dépendantes ou handicapées (aides de tout genre, transport, soins ou accompagnement de ces personnes), et les activités concourant à coordonner et délivrer des services (médiation, téléassistance).

Les résultats montrent qu'en Picardie, fin 2008, seuls 9,5 % des ménages requièrent ces services, contre 11 % au niveau moyen national. Surtout, seuls 8,3 % des ménages résidant dans l'Oise y font appel. Il s'agit du plus bas taux français de recours à ces services, à égalité avec le département de la Seine-et-Marne (72 recours aux SAP pour 1000 ménages).

Pour Arnaud Huyssen et Patrick Le Scouezec, chercheurs à l'Insee Picardie, « ces différences ne s'expliquent pas uniquement par des critères sociodémographiques. Certes, une forte proportion de plus de 75 ans, une activité féminine ou un revenu important sont des facteurs qui conduisent à utiliser plus volontiers ce genre de services. Or, l'Oise remplit les deux dernières conditions mais figure pourtant parmi les départements les moins utilisateurs de ces services en France.

Il semblerait que les différences de comportements culturels, difficiles à appréhender, telles que l'organisation et l'intensité des liens familiaux, le partage des rôles conjugaux et parentaux et l'hypothèse de l'intensité variable du recours au travail non déclaré fassent apparaître, au plan national, une réelle opposition entre l'est et l'ouest de l'hexagone »³⁸.

Pourtant, le dispositif de services à personne est bien développé sur le territoire grand beauvaisien. Mais sans doute que les caractéristiques socio-culturelles et familiales des habitants expliquent en partie la faiblesse du recours à ces services.

2. Nature et Structure de l'offre sanitaire et médico-sociale existante à l'attention des personnes âgées résidentes au sein du Grand Beauvaisis

Afin de pouvoir effectuer des préconisations avec la plus grande justesse, il est nécessaire de recenser avant tout l'offre territoriale en termes de services sanitaires et médico-sociaux et d'en

³⁷ Etude Insee Picardie 2010

³⁸ Arnaud Huyssen et Patrick Le Scouezec, Les services à la personne en Picardie, étude Insee Picardie 2010

analyser la pertinence au regard des caractéristiques environnementales et comportementales des habitants, précédemment identifiées.

A. A l'image de la Picardie, le Grand Beauvaisis possède une part importante de bénéficiaires de l'APA à domicile

Au 31/01/2013, la Picardie compte 36 278 bénéficiaires de l'APA, dont 65 % résident à domicile³⁹. Ils représentent 8,9 % des picards âgés de 60 ans ou plus. C'est la cinquième région française (en métropole) possédant le plus de bénéficiaires de l'APA à domicile.

A titre de comparaison, en France, en moyenne, 8 % des personnes âgées de 60 ans et plus bénéficient de l'APA, dont seulement 58 % à domicile.

De même, en Picardie, 22 % des bénéficiaires de l'APA à domicile sont évalués en GIR 1 ou 2, contre 19,2 % en moyenne nationale. Seules la Corse, l'Île-de-France et l'Alsace possèdent une plus grande proportion de personnes âgées très dépendantes vivant à domicile.

Concernant le Grand Beauvaisis, au 31/12/2012⁴⁰, 1245 personnes de 60 ans ou plus sont bénéficiaires de l'APA à domicile. Parmi elles, 43 personnes se trouvent évaluées en GIR 1, 246 personnes en GIR 2, 328 en GIR 3 et 421 en GIR 4.

Par ailleurs, « dans le Grand Beauvaisis, les personnes âgées perçoivent davantage l'aide personnalisée d'autonomie (APA) à domicile que celles de l'Oise : 92,0 allocataires de l'APA à domicile pour 1 000 personnes de 75 ans et plus dans le Grand Beauvaisis au 31 décembre 2010 contre 74,2 ‰ dans l'Oise »⁴¹.

Ces chiffres laissent présager que le dispositif de maintien des personnes âgées à domicile, en Picardie, fonctionne relativement bien, et que nous sommes en présence d'un engagement important des aidants familiaux dans le degré d'aide apportée à leurs proches.

Concernant les autres aides destinées aux personnes dépendantes, en 2012, l'aide à l'hébergement a bénéficié à 294 personnes et l'aide ménagère à 213. Cela représente respectivement 28,1% et 26,2% des bénéficiaires isariens. 26,6% des isariens ayant recours au dispositif de téléalarme (soit 2312 personnes) résident sur le Pays du Grand Beauvaisis.

B. Le Grand Beauvaisis est un territoire bien couvert par les services à domicile (SAD), mais faiblement doté en SSIAD au regard du nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile

Selon l'étude territoriale de 2011 concernant le Grand Beauvaisis, celui-ci est doté de 28 services sociaux d'aide à domicile (services à la personne, aide ménagère, portage de repas...), contre 79 dans l'Oise.

En revanche, le territoire est insuffisamment doté en places de SSIAD. En effet, le Grand Beauvaisis comprend 1419 personnes âgées bénéficiaires de l'APA à domicile, pour seulement

³⁹ Etude Cap retraite 2014

⁴⁰ Etat des lieux des services à la personne dans le Grand Beauvaisis, Maison de l'emploi et de la formation du Grand Beauvaisis, juin 2013

⁴¹ Enquête territoriale du Conseil Régional de Picardie 2011

trois SSIAD, pour un total de 234 places réservées aux personnes âgées réparties de la manière suivante :

- le SSIAD de Froissy : 113 places pour personnes âgées
- le SSIAD de Grandvilliers : 81 places pour personnes âgées
- le SSIAD de Crèvecœur-le-Grand : 40 places pour personnes âgées

Ainsi, en termes de ratio, au sein du Grand Beauvaisis, il y a 165 places de SSIAD proposées pour 1000 bénéficiaires de l'APA à domicile, contre 242 places dans l'Oise et 236,6 places dans la Somme.

Surtout, culminant largement au-dessus des taux d'occupation moyens nationaux, les taux d'occupation des trois SSIAD du Grand Beauvaisis sont compris entre 95 % et 99,8%, ceci témoigne d'une importante demande de recours aux SSIAD par rapport à la faible offre de places.

Cet élément tient également à la tendance actuelle des SAD du territoire à se « sanitiser », étant de plus en plus nombreux à proposer des soins de nursing, en plus de leurs services habituels.

Concernant la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer à domicile, le Grand Beauvaisis possède depuis 2014 une Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA), basée à l'hôpital local de Crèvecœur-le-Grand. Il s'agit d'une équipe SSIAD dédiée à la maladie d'Alzheimer, composée de professionnels formés aux soins d'accompagnement et de réhabilitation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, qui proposent une prise en charge non médicamenteuse et adaptée à domicile.

Ses objectifs consistent à maintenir et développer les capacités résiduelles des patients, prévenir les complications et notamment les troubles du comportement, valoriser le rôle de l'aidant et adapter l'environnement du patient en fonction des conséquences de sa maladie sur son comportement.

Cette ESA prend en charge une dizaine de patients par an, à travers une visite mensuelle pour chacun d'eux.

Enfin, il existe sur le territoire du Grand Beauvaisis un service d'Hospitalisation à Domicile (HAD), offrant une période limitée de soins médicaux et paramédicaux, continus et coordonnés, représentant une réelle alternative à l'hospitalisation traditionnelle. Elle est composée d'une équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, aides-soignantes, assistantes sociales...) et travaille en lien avec le médecin traitant du patient pris en charge.

Elle intervient pour tout patient qui a besoin de soins nécessitant une technicité particulière.

C. Le Grand Beauvaisis : un territoire très bien doté en termes de places en EHPAD et en foyer-logements, mais insuffisamment pourvu en places d'accueil séquentiel

Le Grand Beauvaisis compte 10 EHPAD et 12 Foyers-logements au 31 août 2010. Au total, 1 611 places sont installées dans les maisons de retraite du Grand Beauvaisis, soit une densité de 68,6 places pour 1 000 personnes de 65 ans et plus au 30 novembre 2009. Cette densité est proche de celle de l'Oise (69,4 ‰) et très supérieure à celles de la Picardie (62,0 ‰) et de la France métropolitaine (59,7 ‰).

a) Le Grand Beauvaisis est relativement bien pourvu en établissements de santé de long et moyen séjour...

Au 31 juillet 2010, 10 établissements de soins sont recensés dans le Grand Beauvaisis, totalisant 524 lits installés en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). La densité des lits en MCO est de 3,4 lits pour 1 000 personnes, ce qui est équivalent à l'Oise (3,3 ‰), proche de la Picardie (3,7 ‰) et légèrement plus faible qu'en France métropolitaine (4,1 ‰).

Trois établissements comportent des unités de soins de longue durée (USLD), comprenant au total 319 lits, soit une densité de 28,6 lits pour 1 000 personnes de 75 ans et plus. Cette densité est supérieure à celles de l'Oise (25,9 ‰) et de la Picardie (23,9 ‰).

Des services de soins de suite et de réadaptation (SSR) sont présents dans 5 établissements du Grand Beauvaisis. Les 345 lits installés représentent une densité de 2,1 lits pour 1 000 habitants, soit une moyenne plus importante que celles de l'Oise (1,5) et de la Picardie (1,5).

b) ...mais faiblement doté en établissements offrant un accueil séquentiel

En revanche, le Grand Beauvaisis est faiblement doté en établissement proposant des accueils séquentiels (hébergement temporaire, accueil de jour, accueil de nuit...). Cela tient en partie à une offre publique mineure en comparaison à la moyenne française.

Les places proposées en accueil de jour et en hébergement temporaire sont mal réparties et en nombre insuffisantes :

Le département de l'Oise possède 26 accueils de jour, dont seulement cinq sont situés au sein du Grand Beauvaisis (quatre privés et un public), pour un total de 33 places proposées. Outre l'insuffisance de places, la répartition sur le territoire est peu optimale dans la mesure où trois des cinq accueils de jours sont situés à Beauvais (8 places au Centre Hospitalier, 10 places au Clos du Beauvaisis et 6 places à la Compassion). Le reste du territoire demeure ainsi mal pourvu en nombre de places : 5 places à St Just-en-Chaussée et 4 places à Lieuvilliers, au sein de deux établissements situés à l'extrême est du Grand Beauvaisis. Ainsi, le nord et l'ouest du territoire sont dépourvus d'accueil de jour.

Pourtant, hormis pour ce qui concerne l'accueil de jour de St Just-en-Chaussée qui vient d'ouvrir et qui, par conséquent, n'occupe pas encore l'ensemble de ces places, le taux d'occupation des quatre autres accueils de jour du Grand Beauvaisis est situé entre 80 % et 90 % selon les établissements. Ces taux, supérieurs au taux d'occupation moyen national (72 %) et régional (75 %), prouvent que la demande en accueil de jour, malgré leur mauvaise répartition géographique et statutaire (peu de places proposées dans le secteur public) est importante sur le territoire.

Ainsi, on peut penser que cette demande augmenterait significativement si les places proposées étaient mieux réparties sur le territoire et en plus grand nombre, réduisant ainsi les distances de transport pour les usagers et leurs aidants (et les coûts de transport pour les établissements), a fortiori sur un territoire rural où de grandes distances séparent les communes.

A titre d'exemple, l'accueil de jour du CH de Beauvais possède un budget annuel consacré aux transports de 55 000 euros et accueille des usagers provenant d'un rayon géographique de 35 Km, et environ un tiers d'entre eux proviennent de communes situées à plus de 20 Km de Beauvais.

Le constat est identique concernant la répartition et le manque de places en hébergement temporaire, car ce sont les mêmes établissements (hormis Lieuvillers) qui proposent ces places, pour un total de 12 places seulement au sein du Grand Beauvaisis. Le taux d'occupation de ces places varie de 58 % à 71 % selon les établissements, culminant, là encore, bien au dessus du taux d'occupation moyen national (53 %), preuve d'une demande significative.

De même, très peu d'établissement propose un accueil de nuit.

Enfin, il est important de noter que depuis la fin de l'année 2014, une hospitalisation de jour gériatrique à été créée au CHB. Elle s'adresse aux personnes de plus de 65 ans vivant à domicile ou en institution. Ces dernières sont accueillies durant une journée et bénéficient d'une évaluation médicale et psycho-sociale complète, afin de déterminer une stratégie thérapeutique de prise en soins adaptée.

Composée d'une équipe pluridisciplinaire de médecins et de personnels paramédicaux, elle vise à coordonner les soins autour de la personne et à favoriser le maintien à domicile, en évitant ou en différant les institutionnalisations. Elle prend en charge environs six personnes par jour.

D. Une très faible présence du personnel médical et paramédical sur le territoire

Au 31 août 2010, le Grand Beauvaisis compte 128 médecins généralistes libéraux et mixtes, soit une densité de 7,6 médecins pour 10 000 habitants. Cette densité « est plus faible que celles de l'Oise (8,6), de la Picardie (9,6) et de la France métropolitaine (11,1). L'âge moyen des médecins généralistes du Grand Beauvaisis est de 54,0 ans. Ils sont en moyenne plus âgés que les médecins de l'Oise (49,6 ans), de Picardie (49,4 ans) et de France métropolitaine (49,8 ans). Ils sont également plus nombreux à avoir 55 ans et plus : 48,4 % contre 31,6 % dans l'Oise, 31,5 % en Picardie et 32,3 % en France métropolitaine.

Les médecins spécialistes libéraux et mixtes sont 66 dans le Grand Beauvaisis, soit une densité de 3,9 spécialistes pour 10 000 habitants au 31 août 2010, ce qui est inférieur à l'Oise (5,1), à la Picardie et à la France métropolitaine (8,8).

Les médecins spécialistes libéraux et mixtes sont 66 dans le Grand Beauvaisis, soit une densité de 3,9 spécialistes pour 10 000 habitants au 31 août 2010, ce qui est inférieur à l'Oise (5,1), à la Picardie et à la France métropolitaine (8,8).

Le Grand Beauvaisis a une densité de chirurgiens dentistes de 3,4 pour 10 000 habitants (57 chirurgiens dentistes au 31 décembre 2007), ce qui est proche de l'Oise (3,8) et de la Picardie (3,8) et inférieure à la France métropolitaine (6,2).

Ils ont en moyenne 51,1 ans et 38,6 % d'entre eux ont plus de 55 ans. Ils sont donc plus âgés que dans le département (49,3 ans), qu'en région (49,1 ans) et qu'au niveau national (47,8 ans) »⁴².

De même, les professions paramédicales sont largement sous-représentées en Picardie, qui compte 1,6 fois moins de personnel paramédical qu'en moyenne nationale. Ce manque est

⁴² Enquête territoriale du Conseil Régional de Picardie 2011

encore plus criant dans le secteur public, où les établissements peinent à embaucher et à conserver kinés, ergothérapeutes, aides médico-psychologiques ou autres diététiciens. Le faible attrait de l'espace rural, combiné à la concurrence du secteur privé (Centre de Réadaptation Fonctionnelle...) au sein duquel les salaires sont largement plus élevés, explique en partie cette carence.

Au 30 avril 2007, « 166 auxiliaires médicaux sont recensés dans le Grand Beauvaisis, soit une densité de 9,9 pour 10 000 habitants. Cette densité, la plus faible des pays picards, est inférieure à celles de l'Oise (11,7), de la Picardie (13,7) et de la France métropolitaine (21,7).

Les infirmiers exerçant dans le Grand Beauvaisis sont au nombre de 80 au 30 avril 2007, soit une densité de 4,8 pour 10 000 habitants (contre 5,5 dans l'Oise, 7,7 en Picardie et 12,0 en France métropolitaine).

Au 31 août 2010, 49 officines sont implantées dans le Grand Beauvaisis, soit une densité de 2,9 pharmacies pour 10 000 habitants (contre 2,9 dans l'Oise et 3,2 en Picardie).

Le Grand Beauvaisis compte 4 laboratoires d'analyses médicales, soit une densité de 0,2 laboratoire pour 10 000 habitants au 30 novembre 2009, ce qui est inférieur à l'Oise et à la Picardie (0,5).

Enfin, 19 entreprises de transport en ambulance sont implantées dans le Grand Beauvaisis, soit une densité de 1,1 entreprise pour 10 000 habitants au 30 novembre 2009. Cette densité est supérieure à celle de l'Oise (0,4) et équivalente à celle de la Picardie (1,1). En revanche, pour les dépenses en transport, les habitants du Grand Beauvaisis ont des dépenses plus élevées : 67 € contre 53 € dans l'Oise et 63 € en Picardie.

Par ailleurs, la Picardie compte 619 pharmacies et 86 laboratoires d'analyses médicales. L'offre régionale représente respectivement 2,7 % et 2,1 % de l'offre nationale. 264 établissements accueillent en hébergement permanent des personnes âgées, dont 202 maisons de retraite. Elles offrent près de 14 000 lits⁴³. Parmi ces établissements, 200 accueillent des personnes âgées dépendantes avec une capacité de 16 300 lits. La Picardie est mieux équipée qu'en moyenne nationale.

Le taux d'équipement en établissements et services de soins de l'Oise est supérieur à la moyenne nationale et à la moyenne régionale : 149,2 / 1000 habitants de plus de 75 ans contre 121,7 en France et 123,2 en Picardie.

3. Les services mis en place dans le Grand Beauvaisis en vue de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et d'aider leurs aidants

A. Le dispositif « Fil à soi », dans le cadre du projet « EHPAD hors les murs » :

Fil A Soi est un dispositif expérimental instauré par le Conseil Général. Il travaille à l'orientation et la coordination sociale, médico-sociale et sanitaire autour d'une personne âgée. Le dispositif contribue à simplifier les démarches de l'usager, à coordonner son parcours de soins, prévenir les hospitalisations inutiles et favoriser un retour précoce au domicile. Il s'agit aussi de repérer les personnes âgées isolées à leur domicile.

⁴³ Ibidem

Pour bénéficier du dispositif, une personne âgée doit signer un contrat individuel de présence et de lien social (CIPLIS), qui l'engage à accepter que ses données médicales personnelles soient partagées par l'ensemble des partenaires du dispositif, à travers un dossier informatisé nommé DMSU (dossier médico-social unique). Ce partage d'informations identiques entre les acteurs du domicile est la pierre angulaire permettant l'élaboration du parcours de soins et de vie de la personne.

Le dispositif se compose d'une plateforme de service, basée à Beauvais, et de correspondants au sein des cinq bassins de vie de la moitié ouest de l'Oise. Ces derniers sont chargés de repérer les personnes fragiles vivant à domicile. La plateforme fédère des services de proximité existants. Il peut s'agir de solutions de répit pour les aidants (accueils de jour, groupes de parole, hébergements temporaires...), des services de soins infirmiers, des services d'aide et d'assistance à la personne, animations sociales, services de confort, portage de repas, visite de convivialité, consultations de proximité dans les hôpitaux locaux, etc.

Toutefois, les personnes doivent déjà être bénéficiaires de l'APA à domicile pour pouvoir entrer dans le dispositif. Or, il conviendrait d'étendre le dispositif aux personnes non bénéficiaires de l'APA. Cela permettrait de repérer les personnes isolées et d'organiser autour d'elles, si elles le désirent, et en fonction de leurs besoins, l'intervention d'une palette de services nécessaire à leurs maintien à domicile, de manière préventive.

B. Les autres initiatives existantes sur le territoire

Le département a également instauré des **Maisons Départementales de la Solidarité**, qui offrent écoute, conseil et orientation aux personnes âgées et qui ont pour mission d'élaborer et de suivre les plans d'aide dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

En outre, le Conseil Général de l'Oise a mis en place en 2013 un service nommé "**visiteurs de convivialité**". « L'objectif est de maintenir un lien social et familial en contribuant à sécuriser le maintien à domicile des personnes âgées. L'activité d'un visiteur de convivialité ne relève ni du soin médical, ni de l'assistance à la vie quotidienne. La présence du visiteur permet également un accompagnement individualisé vers un réseau relationnel (visites de compagnie à domicile, accompagnement dans les promenades et les actes de la vie courante, ateliers manuels ou artistiques, rencontre avec le voisinage, les amis et les membres de la famille, ...) »⁴⁴.

Pour assurer le maintien ou le retour à domicile des personnes de plus de 60 ans et des personnes handicapées de moins de 60 ans, le Conseil Général peut **prendre en charge un nombre d'heures mensuelles d'aide ménagère**. Cette aide est accordée, sous conditions de ressources et après établissement d'un plan d'aide, aux personnes âgées de plus de 60 ans.

- **L'accueil familial de personnes âgées** est un dispositif du Conseil Général qui se développe dans l'Oise. Il permet à une famille d'héberger une ou plusieurs personnes âgées, moyennant rémunération de la part de celle(s)-ci. Les accueillants familiaux doivent préalablement recevoir un agrément du CG pour une durée de cinq ans, qu'ils obtiennent s'ils respectent un certain nombre de critères.

- **Le système de téléalarme** est « un service d'assistance géré par le Conseil Général qui permet aux adhérents en difficulté d'entrer en contact avec une centrale d'écoute (le SDIS 60) par simple pression sur un pendentif 24 h / 24, tous les jours de l'année. La centrale est en

⁴⁴ www.Oise.fr

liaison permanente avec tous les intervenants dont l'adhérent peut avoir besoin (voisin, famille, médecin, pompiers, ...) et fait intervenir la personne adaptée à la situation »⁴⁵.

- **L'animation et la stimulation à domicile** : il s'agit d'activités de « stimulation des facultés cognitives et des capacités motrices mises en place par des animateurs diplômés. Ces ateliers se déroulent au domicile de la personne dépendante sous forme de séance de 45 min. L'objectif est de proposer une activité de prévention personnalisée et d'apporter du répit aux aidants. Il s'agit également d'offrir aux personnes dépendantes la possibilité de garder du lien social, de conserver une autonomie physique et sociale et d'avoir une solution alternative à l'accueil de jour »⁴⁶.

Par ailleurs, de nombreuses initiatives, publiques ou associatives, ont créé des activités culturelles, sociales et thérapeutiques à destinations des aidés et leurs aidants, dont voici quelques exemples :

- **Les "ateliers de pratiques artistiques"**, grâce auxquels le couple aidant-aidé réalise des créations avec des artistes professionnels, et les ateliers de sophrologie.

- **Le Dispositif Urbain Culture Alzheimer (DUCA)**, qui s'adresse aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et à leurs proches et aidants. Il s'agit d'accompagner le patient et sa famille tout au long de la maladie et ce, en lien avec le médecin traitant, les professionnels libéraux, les associations d'aides à domicile et les structures privées ou publiques.

- **Les séjours vacances** pour le couple aidant-aidé par le biais des Petits frères des pauvres, diverses associations, Francealzheimer (Chèques vacances), l'association Aloïse.

- **Les actions de prévention et de promotion de la santé** sont fréquemment réalisées, notamment sur le territoire du Nord Oise Ouest et la Picardie Verte (Breteuil, Crèvecœur, Froissy, Formerie, Marseille en Beauvaisis et Songeons) avec le dispositif "Mangeons, Bougeons Ensemble", le projet "Sucre d'Orge" sur le dépistage du diabète et l'orientation du patient et "l'Education Thérapeutique du Patient".

- **Les cafés-écoutes et autres groupes de paroles**, qui comprennent des objectifs de prévention primaire et secondaire orientés vers les aidants et les personnes aidées dans le respect de leur projet de vie.

L'un des avantages de ce projet est d'offrir la possibilité aux aidants qui se rendent à un café, une écoute, une formation..., d'accueillir et de prendre en charge leur parent dans la même structure (ou à proximité) durant ce temps réservé à l'aidant.

- **Les formations aux aidants**, notamment de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, sont actuellement délivrées par l'hôpital local de Crèvecœur, par les réseaux Aloïse et par le dispositif « aînés ruraux ».

L'objectif est d'améliorer la compréhension de la maladie et de ses manifestations. Elle participe ainsi à la diffusion des bonnes pratiques d'accompagnement et de prise en soins au quotidien, et aide les proches à acquérir les attitudes et comportements appropriés envers leur proche malade.

⁴⁵ Ibidem

⁴⁶ Ibidem

Concernant l'hôpital local, cette formation se déroule à travers des sessions composées de cinq modules de deux heures et demie (compréhension de la maladie, techniques de communication, les aides sociales et juridiques existantes, etc.). La formation est délivrée par un médecin gériatre, une psychologue, une assistante sociale, un ergothérapeute et une diététicienne, qui interviennent selon le programme du module.

La première session de formation aux aidants a eu lieu en 2014, et une dizaine d'aidants y a participé.

Ainsi, de nombreuses initiatives existent sur le territoire. Toutefois, force est de constater que le taux de recours à certains services demeure relativement faible. Face à ce constat, il est nécessaire de s'interroger sur la pertinence des dispositifs existants au regard des besoins des personnes âgées et de leurs aidants.

Afin de répondre à cette interrogation, analysons les difficultés et les besoins d'un échantillon de personnes âgées et d'aidants grands beauvaisiens.

III. La nécessité de comprendre les difficultés des personnes âgées et de leurs aidants au sein du Grand Beauvaisis afin d'identifier les besoins et d'en adapter l'offre de services territoriaux

Afin d'effectuer des préconisations destinées à adapter l'offre de services aux besoins des aidants de personnes âgées sur le territoire du Grand Beauvaisis (2), nous commencerons par analyser les difficultés et les besoins d'un échantillon d'aidants résidant au sein du territoire (1).

1. Les difficultés et besoins des personnes âgées et de leurs aidants au sein du Grand Beauvaisis

Aider un ou plusieurs proches âgés impacte directement la santé et les habitudes de vie des aidants familiaux. D'après un rapport de la CNSA, 48 % des aidants signalent être porteur d'une maladie chronique, 29 % souffrent d'anxiété et de stress, et 25 % disent ressentir une fatigue physique et morale.

Ainsi, pour mesurer les difficultés des aidants grand beauvaisiens ainsi que les répercussions sur leur santé et sur leur vie quotidienne, j'ai réalisé une étude sur le territoire de Crèvecœur-le-Grand afin d'identifier précisément les difficultés et les besoins des aidants familiaux des patients âgés pris en charge en 2013 et 2014 par le SSIAD, l'ESA ou le SSR de l'hôpital.

La première partie du questionnaire (annexe n°1) était consacrée à la description des difficultés de la (ou des) personne(s) accompagnée(s), l'intérêt étant également de cerner les corrélations entre les difficultés de l'aidant, d'une part, et celles de la (ou des) personnes aidée(s) par celui-ci, d'autre part. Autrement dit, la question était de comprendre quelle difficulté particulière de l'aidé allait provoquer quel problème particulier, donc quel besoin, chez l'aidant.

Pour cela, j'ai envoyé 190 questionnaires à ces personnes que l'hôpital avait identifiées officiellement comme étant les aidants familiaux de la personne prise en charge par l'un de ces trois services de l'hôpital local. Il s'agissait du conjoint de la personne dans 22 % des cas ou d'un enfant dans 78 % des cas. J'ai obtenu 45 réponses à ce questionnaire, soit un taux de réponse de 23.7 %.

A. Les résultats de l'enquête destinée à identifier les difficultés et besoins des personnes âgées et de leurs aidants au sein du Grand Beauvaisis

La situation des personnes âgées aidées dont il est question dans cette enquête :

- L'âge des personnes aidées dans cette enquête :
 - 10 % des personnes aidées ont entre 70 et 75 ans
 - 20 % des personnes aidées ont entre 75 et 80 ans
 - 29 % des personnes aidées ont entre 80 et 85 ans
 - 24 % des personnes aidées ont entre 85 et 90 ans
 - 17 % des personnes aidées ont + de 90 ans

Ainsi, 90 % des personnes âgées aidées dont il est question dans cette enquête sont âgés de plus de 75 ans.

- Le degré de dépendance des personnes aidées :

- 4 % des personnes aidées sont actuellement évaluées en GIR 1
- 13 % des personnes sont actuellement en GIR 2
- 15 % des personnes sont actuellement en GIR 3
- 25 % des personnes sont actuellement en GIR 4
- 5 % des personnes sont actuellement en GIR 5

Pour 38 % des personnes, le GIR n'a pas été renseigné

- La situation résidentielle des personnes aidées :

- 37 % des personnes aidées habitent seules chez elles
- 36 % des personnes aidées habitent en couple chez elles
- 16 % habitent chez un proche, ou chez elles avec un proche
- Pour 11 % des personnes, pas de réponses

- Les difficultés rencontrées par les personnes aidées :

- 83 % des aidants déclarent que la personne qu'ils aident a des difficultés pour se laver
- 67 % des aidants déclarent que la personne qu'ils aident a des difficultés pour se déplacer
- 67 % des aidants déclarent que la personne qu'ils aident a des difficultés pour s'habiller
- 55 % des aidants déclarent que la personne qu'ils aident souffre de perte de mémoire
- 52 % des aidants déclarent que la personne qu'ils aident a des pertes d'équilibre
- 22 % des aidants déclarent que la personne qu'ils aident souffre de maladie chronique

- Les aides dont bénéficient les personnes aidées :

- 62 % des personnes bénéficient de l'intervention d'un service d'aide à domicile (ADMR, Bien chez soi, etc.)
- 38 % des personnes bénéficient de l'intervention du SSIAD
- 17 % des personnes bénéficient de l'intervention de l'ESA
- 17 % des personnes bénéficient du service de portage de repas à domicile
- 10 % des personnes sont suivies par des infirmières libérales

- La mise en place de ces aides a eu lieu :

- Suite à une hospitalisation pour 43 % des personnes
- Sur sollicitation de la personne ou d'un de ses proches pour 52 % des personnes (de manière préventive pour environ 1/3 d'entre elles, et curative pour les 2/3)
- Suite à un problème survenu à domicile pour 17 % des personnes

La situation des aidants dont il est question dans cette enquête :

- L'âge des aidants :

- 45 % des aidants ont entre 49 et 60 ans
 - 25 % des aidants ont entre 59 et 70 ans
 - 19 % des aidants ont + de 70 ans
 - 11 % des aidants n'ont pas précisé leur âge
- La situation professionnelle des aidants :
- 25 % des aidants déclarent être en activité
 - 32 % des aidants déclarent être à la retraite
 - 17 % déclarent être au chômage
 - Pas de réponse pour 26 % des aidants
- Le lien de parenté entre l'aidant et la personne dont il s'occupe :
- 72 % des aidants sont les enfants
 - 17 % des aidants sont les époux / épouses
- La nature de l'aide apportée :
- Aide aux déplacements (RDV médicaux, courses, etc.) selon 90 % des aidants.
 - Aide relationnelle / sociale (discussions, sorties...) selon 66 % des aidants
 - Aide à la gestion des comptes selon 66 % des aidants
 - Aide au ménage / repas pour 48 % des aidants
 - Aide à l'hygiène selon 38 % des aidants
 - Aide à l'administration de soins ou de médicaments (préparation et / ou aide à la prise des médicaments, pansements, piqûres...) selon 38 % des aidants
 - Aide physique (lever, coucher, asseoir la personne) selon 33 % des aidants
- Les effets de l'investissement personnel des aidants sur leur santé et leur vie personnelle. Les aidants familiaux ressentent :
- De la fatigue pour 55 % d'entre eux
 - Du stress (48 %)
 - Des problèmes de sommeil (33 %)
 - Un renoncement aux loisirs personnels (29 %)
 - Une apparition / accentuation d'un problème de santé (24 %)
 - Des difficultés pour gérer leur vie domestique (22 %)
 - Une recrudescence de la quantité de médicaments consommés (14 %)
 - Des difficultés financières ou un renoncement aux soins (10 %)
 - 12 % des aidants disent avoir dû réduire leur temps de travail pour se consacrer à leur rôle d'aidant

* Notons que 29 % des aidants ne déclarent ressentir aucun effet sur leur santé ni sur leur vie personnelle.

Lorsqu'on affine le contenu des conséquences mentionnées ci-dessus, notamment grâce aux précisions apportées au sein des questions « ouvertes », on identifie les problèmes suivants :

- Problèmes dorsaux ou apparentés (mentionnés 3 fois), problèmes physiques (2 fois), problèmes articulaires (2 fois), apparition d'hypertension (1 fois) et problèmes cervicaux (1 fois).
- Souffrance morale due à l'impression d'être cantonné au rôle d'aidant (2 fois), sentiment d'impuissance (1 fois) ou d'isolement (2 fois) face aux difficultés quotidiennes, sentiment d'inquiétude (2 fois) voire d'inquiétude permanente (1 fois).
- Sentiment d'avoir beaucoup moins de temps pour soi (4 fois).

En revanche, les aidants ayant répondu à ce questionnaire s'abstiennent en grande majorité de livrer des précisions quant à la nature de leur problème de santé et celle des médicaments auxquels ils recourent. Seuls une personne a indiqué prendre des anxiolytiques, et deux autres admettent prendre des somnifères.

- Les besoins requis par les aidants :
 - Bénéficier d'un temps d'écoute pour 20 % des aidants
 - Participer à un groupe de parole (15 %)
 - Bénéficier d'une formation aux aidants (14 %)
 - Pouvoir recourir au baluchonnage (14 %)
 - Bénéficier de gardes itinérantes de nuits (12%)
 - Bénéficier d'un accueil de jour pour leur proche (8 %)
 - Réaliser des sorties culturelles (5 %)
 - Bénéficier d'accueil temporaire (3 %)

Notons enfin que 36 % des aidants ne mentionnent aucun besoin.

Là encore, les réponses aux questions ouvertes apportent des précisions importantes. Ainsi, quatre personnes soulignent leur joie et l'importance pour eux de pouvoir bénéficier d'une formation aux aidants (dont une avait déjà bénéficié de la formation réalisée par le réseau Aloïse).

Par ailleurs, trois personnes indiquent que le baluchonnage serait idéal pour elles, leur permettant de « souffler » certains week-ends (« certains jours » pour l'un d'entre eux). En revanche, une autre personne s'interroge sur la formation et le statut des personnes qui viendraient s'occuper de leur proche.

Surtout, trois personnes indiquent avoir besoin de gardes « ponctuelles » ou « temporaires » à domicile, de « quelques heures » précise l'un d'eux, afin de leur permettre de s'absenter « sans inquiétude » pour leur proche, ou « sans qu'il me reproche de le laisser seul une demi-journée ! » précise un autre aidant.

Par ailleurs, deux personnes indiquent que bénéficier « du passage d'un soignant » pour coucher leur parent le soir (et l'aider à enfiler son pyjamas pour l'un d'eux) serait « optimal ». L'un d'entre eux mentionne sa volonté de bénéficier du même service pour le lever le matin, en précisant qu'une « garde la nuit serait inutile car [sa] mère possède des toilettes dans sa chambre ».

De plus, un élément intéressant revient à quatre reprises : le fait qu'un accueil de jour « n'est plus possible » du fait de l'état de santé du proche aidé. Deux aidants précisent que « ça aurait été bien avant » ou que « ce n'est plus d'actualité ».

Deux autres émettent des doutes quant à la confiance qu'ils auraient dans le personnel prenant en charge leur proche au sein de l'accueil de jour. L'un d'eux s'interroge sur le statut de ce personnel.

Enfin, deux aidants mentionnent être en attente d'une institutionnalisation pour leur proche.

B. Comment interpréter les réponses apportées par les aidants familiaux au sein de ce questionnaire ?

La première question à se poser est la suivante : les répercussions sur leur santé ou leur vie quotidienne dues au rôle des aidants familiaux sont-elles ou non directement en lien avec l'accompagnement de leur proche fragile ? Si oui, ces problèmes sont-ils apparus au moment où leur rôle d'aidant s'est instauré ou étaient-ils déjà présents avant ? Dans ce dernier cas, y-a-t-il eu une accentuation des difficultés de santé en lien avec leur engagement dans l'accompagnement de leur proche ?

Suite à mes entretiens avec les aidants ayant participé à la première session de formation aux aidants (à l'issue de chacun des cinq modules de la formation, une heure d'échange avec les professionnels était consacrée à l'expression des aidants présents), j'ai constaté que la réponse à ces questions variait selon le domaine sur lequel l'aide était investie.

Autrement dit, la souffrance physique due à l'aide physique apportée à son proche (aide au lever, au coucher, à l'hygiène...) apparaissait dans la majeure partie des cas en même temps que s'intensifiait leur rôle d'aidant. Il en allait de même concernant l'apparition de fatigue morale, de troubles du sommeil, d'anxiété et de stress.

En revanche, on constatait que les aidants qui mettaient en avant leurs difficultés financières, leur tendance à s'isoler socialement (ne pas sortir, avoir peu d'activités, peu de liens sociaux, etc.) et qui avouaient consommer une grande quantité de médicaments, avaient, pour la plupart d'entre eux, déjà tous ces problèmes avant d'assumer leur rôle d'aidant.

Surtout, il paraît difficile d'identifier le degré d'impact de leur fonction d'aidant sur l'apparition (ou l'intensification) de ces problèmes. Il est en effet possible que ces difficultés seraient apparues en dépit de leur investissement dans l'accompagnement de leur proche.

En outre, au regard des réponses (fermées et ouvertes) concernant les besoins requis par les aidants, une seconde question peut interpeller : pour quelles raisons si peu d'aidants indiquent avoir besoin de soutien et pourquoi, lorsqu'ils indiquent en avoir besoin, cela est-il souvent dans de minimes proportions ?

En effet, seuls 64 % des aidants ont renseigné la question concernant les besoins des aidants, et un même aidant cochant souvent plusieurs cases. Ainsi, environ deux tiers des personnes ayant répondu n'indiquent pas avoir de besoins destinés à les soulager dans leur rôle d'aidant, ni solliciter un complément d'aide à leur engagement (accueil de jour, etc.).

Les aidants seraient-ils à ce point « timides, discrets » qu'ils n'avoueraient pas avoir besoin d'aide ? l'avouer serait-ce une manière de confesser une faiblesse ou cela susciterait-il chez eux un sentiment d'échec ou d'abandon ?

Ces réticences m'interrogeaient au moment de traiter les données issues des retours de questionnaires. Cependant, mes entretiens avec les aidants familiaux m'ont démontré que, si ces thèses pouvaient être étayées dans de rares cas, la raison principale se trouvait ailleurs.

En effet, au premier abord, certains aidants étaient convaincus de ne pas avoir besoin d'aides, et que celles-ci seraient de toute manière tellement difficiles à mettre en place qu'elles ne représenteraient pas de réelles alternatives sérieuses à leur engagement personnel.

Il est en revanche intéressant de constater qu'à chaque fois, les aidants finissaient par reconnaître (à des degrés différents selon les cas) leur besoin d'aides au fur et à mesure que l'entretien se poursuivait. Souvent, cet élément était le fait d'une méconnaissance des services existants, ou d'une inexpérience du fonctionnement de services mis en place.

D'où l'importance du développement des formations aux aidants et des actions de communications, qui gagneraient à se développer sur le territoire du Grand Beauvaisis.

Cela explique en partie l'important taux de non recours aux services offerts.

2. Préconisations à mettre en œuvre sur le territoire du Grand Beauvaisis afin d'améliorer le maintien à domicile des personnes âgées et de proposer une aide adaptée à leurs aidants

A. Favoriser la reconnaissance des aidants

a. Former les professionnels en vue d'aider les aidants : la nécessité pour les professionnels de comprendre les phénomènes psychologiques qui s'interfèrent dans la relation entre aidants et aidés

Intervenir auprès du couple aidant-aidé ne s'improvise pas car, plus encore que lors d'autres formes de prise en charge, en voulant aider les aidants, les professionnels s'introduisent à l'intérieur d'une relation familiale qui a un vécu historique.

Ainsi, qu'il soit médecin, psychologue, AMP ou assistant social, le professionnel doit être formé afin de prendre en considération les multiples interactions au sein de cette relation familiale.

Avant tout, il est important d'avoir conscience que l'aidant manque, en général, de repères. Il est compliqué pour lui de mesurer si l'engagement qu'il investit à l'égard de son proche est faible, important, démesuré, ou environ « dans la norme ». Il manque aussi parfois de connaissances pour évaluer le degré de dégradation de son proche.

S'informer, ou se former, permet alors aux professionnels d'aborder ces entremises de la manière la plus équilibrée possible, élément nécessaire à l'acceptation de l'aide par le binôme aidant-aidé. En effet, on s'aperçoit qu'en dépit de l'investissement de nombreuses structures (publiques, associatives...), qui s'évertuent à proposer des aides attractives et souvent gratuites, peu d'aidants répondent présents.

Il peut s'agir d'un refus d'être aidé dû à une forme de déni de la réalité, que le gériatre Michel Cavey explique de la façon suivante : « le déni est une composante essentielle de tout deuil débutant, et s'il y a pour l'aidant un deuil à faire, c'est bien celui de son parent idéal ou idéalisé qu'on ne peut sans détresse voir entrer ainsi en dépendance. Et c'est de manière presque naturelle que le proche s'évertue à ne pas voir la réalité, prétendant, au besoin contre l'évidence, que le malade n'est pas si gravement atteint, et que s'il perd un peu la mémoire il a encore toute sa tête »⁴⁷.

Ainsi, afin que l'aide apportée au couple aidant-aidé soit suivie d'effets positifs, il faut avant tout que les établissements parviennent à mobiliser les aidants en leur faisant prendre conscience qu'ils ont, ou qu'il auront forcément à un moment donné, besoin d'aide.

Pour Michel Cavey, « le comportement des aidants est fréquemment marqué par un repli sur soi qui procède d'autres mécanismes. L'un de ces mécanismes est tout simplement la honte. [...] les maladies liées au vieillissement, et particulièrement la démence, sont souvent perçues comme des maladies plus ou moins honteuses qu'il faut cacher. Un autre est l'héroïsme, qui est pour le proche une autre manière de gérer son deuil et sa culpabilité en décidant en somme qu'il mourra à la tâche, accompagnant ainsi symboliquement la vieille personne dans sa mort symbolique. On fera bien de ne pas ignorer un troisième mécanisme : celui du pouvoir. Car les choses sont ce qu'elles sont, et quand un enfant assume la charge de son parent il ne manque pas de prendre sur lui un ascendant ».

Dans tous les cas, qu'elle soit le fruit d'un refus d'aide, d'une aide proposée peu adaptée aux besoins, ou d'un investissement de moyens sur des services peu utiles, la faiblesse de la participation des aidants aux initiatives qui leurs sont consacrées doit nous interroger sur la pertinence, la qualité et la nature des aides proposées, ainsi que sur l'adéquation des postures professionnelles employées.

b. Donner de la reconnaissance aux aidants : la nécessité de développer les temps d'écoute et de partage entre aidants et professionnels, et d'améliorer la communication relative à l'existence de ces événements

A la lecture des besoins requis par les aidants ayant répondu au questionnaire, il est intéressant de constater que les trois besoins les plus demandés concernent la volonté de bénéficier de temps d'écoute et de formation, et de participer à des groupes de paroles.

Pourtant, de nombreux cafés des aidants, groupes de paroles ou autres formations aux aidants existent déjà sur le territoire mais sont, pour l'heure, assez peu fréquentés, comparativement à d'autres territoires.

En effet, du point de vue de l'aidant, il existe pour l'instant un fossé entre la volonté affichée par les aidants d'être écoutés, pouvoir échanger avec les professionnels de santé et les autres aidants, et la concrétisation de cette volonté, qui consisterait à se présenter physiquement à ces rencontres (réunions d'expression, groupes de paroles, formation aux aidants...).

Force est de constater, également, que les aidants présents lors de ces différentes initiatives sont souvent les mêmes. On en revient alors à la difficulté culturelle, pour les habitants de ce territoire rural, de s'ouvrir sur l'extérieur, d'une part, et d'accepter l'aide proposée, d'autre part. On peut aussi s'interroger sur la pertinence dont ces événements sont organisés. Par exemple,

⁴⁷ Michel Cavey, Quand les aidants refusent d'être aidés, article en ligne, michel-cavey-lemoine.net, 2014

peut-être faudrait-il organiser ces derniers dans des lieux extérieurs à l'hôpital ou à la maison de retraite, susceptibles de « repousser » certains aidants, pour qui ces lieux symbolisent la maladie ou la déchéance.

Ainsi, organiser ces rencontres ou ces formations dans des locaux de la mairie ou dans un café serait sans doute plus attractif et inciterait sans doute plus les aidants à y participer.

De plus, la communication autour de l'existence de ces événements pourrait être améliorée (publication dans les journaux locaux, envoi d'invitations aux domiciles, flyers, affichages publics, etc.).

De même, concernant les horaires, il conviendrait d'organiser ces événements à partir de 18h00, afin de faciliter la participation des aidants en activité.

Enfin, peut-être faudrait-il associer les groupes d'expressions avec des sorties ludiques ou culturelles (musée, excursion, promenade aux étangs, en forêt, etc.) afin que la rencontre n'ait pas comme unique objet les difficultés inhérentes au rôle d'aidant familial.

c. Développer les formations à destination de tous les aidants du territoire

Qu'elles soient réalisées par le collectif « aînés ruraux », le réseau Aloïse ou l'hôpital local de Crèvecœur, les modules de formation aux aidants font partie des initiatives auxquelles les aidants du Grand Beauvaisis recourent le plus, preuve qu'ils répondent à un besoin certain.

La pertinence de ces formations vient aussi de leurs divisions en différents modules, offrant ainsi aux aidants la possibilité de choisir les modules qui les intéressent. Par exemple, un aidant peut choisir de ne pas participer au module sur la connaissance de la maladie d'Alzheimer mais uniquement à celui concernant les différentes aides sociales et juridiques existantes, et aux modalités à entreprendre pour y recourir.

C'est notamment pour cette raison qu'il est important d'ouvrir l'accès à ces formations à l'ensemble des aidants, y compris à ceux qui aident un proche qui n'est pas atteint de la maladie d'Alzheimer.

De plus, ces formations offrent l'occasion de communiquer sur les différentes initiatives existantes sur le territoire à l'intention des aidants ou du couple aidant-aidé.

Enfin, ces formations étant délivrées par des professionnels, elles jouissent, aux yeux des aidants, d'une légitimité que n'ont pas forcément d'autres initiatives, notamment associatives (cafés des aidants, etc.). Or, comme on l'a vu, les habitants du territoire sont culturellement plus enclins à recourir aux services institutionnels que privés.

Les formations aux aidants délivrées par un établissement sont donc susceptibles de rassurer les aidants et de les faire participer plus facilement. Ainsi, elles permettent, à travers un premier contact, de repérer les aidants en souffrance, puis de les orienter vers la palette de dispositifs d'aide aux aidants, notamment ceux de la future plateforme de répit.

L'ARS de Picardie alloue des budgets aux établissements qui lui proposent un dossier de formation aux aidants à condition que celui-ci respecte le cahier des charges prévu à cet effet.

d. Aider les aidants, c'est avant tout aider les salariés des établissements ayant des responsabilités d'aidant familial

Nous avons constaté que le personnel travaillant dans les établissements sanitaires et médico-sociaux du Grand Beauvaisis étaient très nombreux (32 % des emplois territoriaux) et composé en grande majorité de femmes (82,3 %). Nous savons, par ailleurs, que la majorité des aidants familiaux sont des aidantes. On en conclut ainsi qu'une grande partie des aidants familiaux de personnes âgées, dans le Grand Beauvaisis, font partie du personnel des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Ainsi, en tant que directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, nous avons la possibilité, en aidant les personnels que l'on dirige, d'aider directement une grande partie des aidants du territoire.

Eurofound est une agence de l'Union européenne qui réalise des recherches sur les politiques sociales liées au travail. En 2011, elle a réalisé une étude nommée « Compagny initiatives for workers with care responsibilities for disabled children or adults », comparant, dans 10 pays membres de l'Union Européenne, les initiatives prises par les employeurs afin de soutenir leurs employés dans leur rôle d'aidant.

Pour Robert Anderson, responsable de l'unité conditions de vie et qualité de vie à Eurofound, « le plus souvent, lorsque des initiatives sont prises, elles concernent la réorganisation et la flexibilité dans l'aménagement du temps de travail. Cela implique souvent un travail à temps partiel, mais aussi une restructuration des jours de travail et des modalités de congés. Certains employeurs ont introduit des clauses plus généreuses pour permettre des congés de longue durée ou des congés pris en urgence. [...] Dans un petit nombre d'entreprise, des employeurs apportent un soutien à l'aide elle-même ; il peut s'agir de la mise à disposition d'information sur tous les problèmes concernant l'aide, ou encore des mesures visant plus spécifiquement à aider les employeurs à identifier, faire appel à, ou payer pour le soin ou d'autres services d'aides »⁴⁸.

Ainsi, en tant que directeur, adopter une politique favorisant une certaine souplesse à l'égard des membres du personnel aidant un proche âgé (ou handicapé) peut grandement participer à l'accompagnement et au soulagement des aidants au sein d'un territoire comme le Grand Beauvaisis.

Cette souplesse permettrait de réduire le stress et la fatigue dont font part les aidants dans le questionnaire, la consommation de médicaments, et, en conséquence, l'absentéisme au sein des établissements.

De même, elle pourrait être l'occasion de développer l'attractivité du territoire et de lui apporter une plus-value susceptible d'attirer des personnels médicaux et paramédicaux, qui, comme on l'a vu, font souvent défaut dans le Grand Beauvaisis.

B. Favoriser l'accès aux dispositifs d'accompagnement et de répit

⁴⁸ Robert Anderson, concilier vie professionnelle et rôle d'aidant, Dossier du participant « être proche aidant aujourd'hui », Rencontres scientifiques de la CNSA, novembre 2014.

a. Proposer sur le territoire de nouvelles places d'accueil temporaire ou séquentiel en veillant à les répartir équitablement

Comme on l'a vu, le Grand Beauvaisis est faiblement doté en nombre de places d'accueil temporaire, et les quelques places (12 au total) existantes sont mal réparties géographiquement. Or, les taux d'occupation de ces places sont largement supérieurs au taux d'occupation moyen national, symbole de l'importance de la demande.

En outre, le Grand Beauvaisis est de loin le territoire isarien possédant le plus de personnes âgées de 75 à 84 ans (entre 6 % et 7 % de la population totale en 2012). Parmi le reste du territoire isarien, deux tiers comprend entre 4 % et 5 % de personnes âgées de 75 ans à 84 ans, et un tiers en comprend entre 5 % et 6%)⁴⁹.

De plus, l'accroissement du nombre de personnes âgées au sein du territoire, notamment dû à l'arrivée massive à la retraite des « papy-boomers », augmentera inéluctablement la demande de recours à ce type d'hébergement temporaire.

Par ailleurs, lors de mes entretiens avec des aidants familiaux du territoire, j'ai pu constater que nombre d'entre eux auraient besoin d'accueil temporaire ou séquentiel pour leur proche.

En témoigne ces paroles de deux aidants, frères et sœurs, qui, lors d'un module de la formation aux aidants, déclaraient : « maman a 87 ans, elle est aveugle, et vit seule chez elle. Mon frère et moi travaillons, mais nous allons souvent la voir pour l'aider. Elle a un début de maladie d'Alzheimer. Les médecins nous conseillent de la faire diagnostiquer, mais pour nous, cela ne servirait à rien de mettre un nom sur sa pathologie. Ce dont elle aurait vraiment besoin, c'est d'un accueil la nuit, car elle perd ses repères chez elle la nuit. Il lui arrive souvent de tomber en allant aux toilettes la nuit. Le jour, ça va. Toutefois, dans quelques temps, il faudrait envisager un accueil temporaire dans la semaine, sachant qu'entre le vendredi soir et le dimanche soir, on peut plus facilement s'occuper d'elle ».

Dans ce cas, on constate qu'il aurait été sécurisant pour cette personne de bénéficier d'un accueil la nuit, ou, au moins, de gardes itinérantes de nuit, afin de soulager et de rassurer ses aidants. On peut émettre l'hypothèse que l'instauration de ce type d'aide auraient évité à la personne de chuter à plusieurs reprises la nuit, retardant par la même l'apparition de problèmes physiques limitant les possibilités de maintien à domicile. De même, ces aides auraient certainement soulagé les aidants de cette dame, qui auraient pu concentrer leur aide sur un temps journalier plus court.

Ainsi, l'institutionnalisation complète, si elle risque de s'avérer nécessaire dans le futur, eu égard notamment à la cécité de la personne et à l'apparition apparente d'une pathologie de type Alzheimer, pourrait, en attendant, être évitée grâce à l'accueil temporaire, uniquement du lundi au vendredi.

A l'inverse, certains aidants aimeraient bénéficier d'un accueil temporaire de leur proche le week-end uniquement. En témoigne les déclarations de cette aidante d'une soixantaine d'année : « maman vit seule, elle est veuve et a été hospitalisée puis elle est restée un mois au SSR de Crèvecœur. Moi, je suis en dépression. Maman a une maladie neurodégénérative. Je n'y arrive plus. Le SSIAD passe deux fois par semaine et moi je l'aide car je ne travaille plus.

⁴⁹ Schéma départemental pour l'autonomie 2012-2017, CG de l'Oise

Maman est toujours partante pour faire des sorties, mais elle écourte de plus en plus ces moments qui ne peuvent plus durer trop longtemps. On sort pendant 2 heures maximum désormais [...]. Pour elle, l'accueil de jour durerait trop longtemps, elle ne supporterait pas de rester de 9 h à 16 h, sans compter qu'elle a besoin de faire une sieste [...].

J'aimerais ne plus avoir à m'occuper d'elle le week-end, pour pouvoir souffler et aller voir mes enfants. En même temps, je ne veux pas la placer car c'est cher et elle n'accepterait pas. L'idéal serait qu'elle reste à l'EHPAD le week-end et qu'elle rentre la semaine. Comme ça, les soignantes lui donneraient une douche et moi je l'aiderai juste à se laver au bidet la semaine, par exemple, car elle est lourde et j'ai du mal à l'aider maintenant ».

Là encore, on décèle l'importance qu'aurait pour cette aidante un accueil séquentiel, sans que l'institutionnalisation complète ne soit primordiale. Celui-ci aurait de nombreuses vertus, car il soulagerait l'aidante à la fois physiquement (aide à la toilette...), nerveusement, et lui octroierait du temps libre pour pouvoir aller voir ses enfants.

De plus, de manière générale, l'existence de places supplémentaires d'accueil temporaire aurait un autre mérite : permettre aux services hospitaliers et ambulatoires (SSR, urgences, SSIAD, ESA, etc.) d'orienter les personnes âgées pour qui un retour direct (ou un maintien) au domicile s'avère prématuré (ou difficile), vers ces places « tampons », à mi-chemin entre l'institutionnalisation et le domicile. Ces places permettraient, en outre, de « désengorger » les SSR et la future UCC du territoire, qui, d'un côté, doivent faire face à une demande toujours croissante, et de l'autre, doivent veiller à réduire constamment les durées moyennes de séjours de leurs usagers.

b. Remédier au manque et à la mauvaise répartition des places d'accueil de jour sur le territoire

Comme on l'a vu précédemment, le territoire grand beauvaisien possède relativement peu de places d'accueil de jour, et la majorité de ces places sont situées à Beauvais. Or, le vieillissement de la population, comme on l'a étudié en partie 2, est actuellement plus prégnant en ruralité qu'en milieu urbain. Il est donc nécessaire d'anticiper la hausse de la demande de séjour en accueil de jour, qui risque de se faire de plus en plus importante.

De plus, nous avons constaté que les places d'accueil de jour actuellement proposées sur le Grand Beauvaisis jouissaient d'un taux d'occupation (entre 80 % et 90 %) significativement plus élevé qu'en moyenne nationale et régionale, ce qui octroie une faible marge d'accueil potentiel futur aux places restantes.

Par ailleurs, si j'ai été étonné de l'insuffisance de besoin en accueil de jour mentionné par les aidants ayants renseignés le questionnaire (8 %), on peut tenter d'expliquer ce phénomène par plusieurs raisons :

Premièrement, ce questionnaire s'adressait aux aidants de personnes âgées pris en charge il ya un ou deux ans par le SSIAD, l'ESA ou le SSR de l'hôpital local. Ainsi, on peut penser que l'état de santé des patients, d'autant plus s'il s'est aggravé depuis, ne permet plus, selon le jugement de leur proche aidant, un accueil durant la journée. D'ailleurs, plusieurs aidants mentionnaient que cette solution n'était plus possible, ou qu'elle aurait été souhaitable auparavant.

Ensuite, il est possible que, sachant que les accueils de jour les plus proches sont situés à 25 Km (à Beauvais), les aidants aient abandonné depuis longtemps l'idée d'y recourir pour leur

proche. A l'inverse, on peut penser que si un accueil de jour existait proche du domicile, les volontés d'y recourir seraient plus fortes.

Dans tous les cas, en tant qu'acteur de la décision publique, le directeur d'un établissement se doit d'anticiper les éventuelles demandes à venir, en dépit des risques de faibles recours à un service.

c. Créer un accueil de jour itinérant entre plusieurs établissements, un remède aux grandes distances et au problème du transport en milieu rural

Comme on l'a constaté, le Grand Beauvaisis est un territoire rural où les communes sont souvent séparées par de grandes distances, qui plus est mal desservies par les transports publics.

Parallèlement, c'est souvent les problèmes ayant trait au transport des personnes âgées vers les accueils de jour qui freinent à la fois leur recours par ces dernières, et leur création par les établissements. Reprenons l'exemple de l'accueil de jour du CHB, public, qui consacre 55 000 euros annuellement au seul budget transport, alors même que près de la moitié des bénéficiaires provient de la ville même de Beauvais.

Pour remédier à ce problème, certains territoires ruraux français ont opté pour la création d'accueil de jour itinérant, où chaque établissement accueille les personnes âgées à tour de rôle durant la semaine.

Dans notre cas, on pourrait songer à un accueil de jour de six places qui fonctionnerait du lundi au vendredi, de 10h à 17h, chaque jour de la semaine dans un établissement différent. Par exemple, le lundi à Crèvecœur, le mardi à Songeons, le mercredi à Breteuil, le jeudi à Grandvilliers et le vendredi à Froissy.

L'accueil pourrait se faire sur une ou plusieurs journées par semaine, ou même sur une demi-journée. Cette dernière option est importante à proposer, car elle permet à la fois d'accueillir des personnes qui ne seraient plus en capacité de demeurer une journée entière en activité, et de proposer un temps de répit pour un aidant qui n'aurait besoin que de quelques heures, avant de
« récupérer » son proche.

Ces journées seraient animées par 2 professionnelles de santé (2 aides-médico-psychologiques, par exemple) qui proposeraient des activités variées (atelier mémoire, gym sur chaise, chant, jardinage, peinture, etc.) pour maintenir les capacités physiques et cognitives des personnes en favorisant le maintien de leurs liens sociaux.

En outre, le service apporterait un soulagement à l'aidant familial permettant ainsi de prolonger au mieux le maintien à domicile de la personne âgée.

Concernant l'origine du personnel, qui, comme l'exigent les dispositions nationales, devra être dédié et formé à l'accueil de jour, chaque établissement mettrait à disposition le nombre d'AMP nécessaire selon le nombre de personnes accueillies, et pourraient redéployer une des deux AMP au sein des autres services de l'établissement au cas où le nombre de personnes accueillies à l'accueil de jour serait faible.

Concernant le transport, la solution qui consiste à dédier un conducteur et une AMP (ou aide-soignante) à l'acheminement des personnes âgées paraît compliquée à instaurer. D'une part, cette option serait difficilement viable économiquement pour les établissements, et, d'autre part,

les personnes âgées risqueraient de passer une partie importante de leur journée au sein du véhicule, eu égard aux grandes distances qui séparent les communes.

En revanche, une solution a été mise en place par un accueil de jour dans l'Oise et paraît optimale : il s'agit d'établir une grille forfaitaire kilométrique et de rembourser les personnes accueillies sur la base de celle-ci, qu'elle soit parvenue à l'accueil de jour en étant accompagnée par un aidant, par un taxi ou par un VSL.

Ainsi, cette solution possède l'avantage de ne pas exclure les personnes qui ne possèdent pas de proche pour les accompagner, de respecter un principe d'égalité dans le remboursement des frais de transport, et de maintenir la viabilité du budget transport de l'accueil de jour (contrairement aux structures qui remboursent la totalité des frais de taxi ou de VSL, parfois très importants).

En outre, une partie du reste à charge des personnes accueillies peut être pris en charge par les aides dont elles bénéficient (plan APA, aides du Conseil Général, etc.).

Enfin, une attention particulière devra être portée par les établissements aux lieux d'accueil des personnes. Si les établissements d'accueil auront à respecter les normes nationales concernant les accueils de jour (une cuisine thérapeutique, une douche, un cabinet de toilettes...), ceux-ci devront tenter, autant que possible, de réaliser cet accueil hors des bâtiments hospitaliers et hors des maisons de retraite. En effet, une réaction de rejet de l'accès au sein de ces endroits peut dissuader les personnes âgées de recourir à l'accueil de jour.

Par exemple, l'hôpital local de Crèvecœur possède une bâtisse annexe couramment nommée « la Villa », où il est prévu d'ouvrir l'accueil de jour lorsque la structure aura l'autorisation de l'ARS. Cet endroit est bien plus « attractif », pour des personnes âgées vivant à domicile, qu'une réception au sein de l'hôpital ou de la maison de retraite.

Enfin, l'autorisation récente de l'ARS de créer une Plateforme de répit au nom du GCS CH2O facilite la constitution, à venir, d'un dossier de demande d'autorisation d'accueil de jour itinérant, le partage des charges d'accueil entre plusieurs établissements donnant plus de poids à ce dossier.

C. Développer les services favorisant le maintien à domicile

a. Renforcer des services procurant de soins à domicile sur le territoire

Comme on l'a vu, comparativement aux autres territoires picards, le Grand Beauvaisis est moins bien pourvu en nombre de places de SSIAD, eu égard au degré de dépendance de la population âgée qu'il contient.

Au cours de mes nombreux échanges avec eux, j'ai constaté que de nombreux aidants, après avoir souligné quasi-unanimement la qualité des interventions du SSIAD de Crèvecœur, souhaitent un passage plus régulier du SSIAD auprès de leur proche, d'une part, et que le personnel de ce service puisse demeurer plus longtemps auprès de la personne âgée, d'autre part.

Le constat est identique en ce qui concerne la seule ESA du territoire, dont l'importance en terme de soulagement des proches aidants, ainsi qu'en vu du maintien à domicile des

personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et la qualité des interventions est également unanimement reconnue. Toutefois, l'ESA n'a les moyens de prendre en charge qu'une dizaine de patients par an.

Là encore, il apparaît indispensable de renforcer les moyens des trois SSIAD et de l'ESA du territoire, en créant notamment de nouvelles équipes, afin d'améliorer la prise en soin à domicile, de réduire le nombre d'institutionnalisations évitables et de soulager les proches aidants.

De même, tant le contenu de mes échanges avec les aidants que les réponses au questionnaires montrent que ces derniers sont nombreux à demander de l'aide auprès de leur proches le soir, la nuit et le matin, afin de les rassurer et de les libérer des interventions qui gravitent autour du lever et du coucher de leur proche (montée ou descente d'escaliers pour rejoindre la chambre, mise en pyjamas, déplacements la nuit pour aller aux toilettes, sécurisation du coucher et du lever, etc.).

Une solution destinée à sécuriser la personne et à rassurer l'aidant, encore peu développée en France, consiste à organiser ce que l'on appelle à tort des « gardes itinérantes de nuit ».

En effet, les besoins préalablement cités n'ont pas cours durant toute la durée de la nuit, mais essentiellement le soir entre 19h et 23h et le matin entre 6h et 10h.

En ce qui concerne les déplacements de nuit, notamment à des fins urinaires, l'équipe « de nuit » pourrait se contenter de sécuriser les lieux (doter la personne d'une téléalarme nécessaire en cas de chute, installer une lampe, un pot de chambre, voire des protections à la personne) sans avoir nécessairement besoin de parcourir les domiciles des personnes la nuit.

Toujours est-il qu'à l'heure actuelle, ces équipes « de nuit » n'existent pas sur le territoire, et qu'il apparaît pertinent d'en créer au regard des besoins identifiés et de la demande même des aidants.

Dans tous les cas, tant pour le renforcement des SSIAD, de l'ESA ou la création de gardes itinérantes de nuit, il est quasiment certain que les personnes âgées et leurs aidants y auraient recours, tant la demande est forte.

b. Créer un SPASSAD rapprochant les activités de soins et d'aides à domicile offrirait de multiples avantages pour les personnes âgées et leurs aidants

Comme on l'a vu précédemment, les statistiques territoriales montrent que les habitants du Grand Beauvaisis recourent beaucoup plus facilement à un service à domicile si celui-ci est un service hospitalier (ou affilié à une structure hospitalière) et procurant des soins.

A l'inverse, le taux de non recours aux services à domicile (aide ménagère, portage de repas, etc.) est important sur le territoire. L'Oise est le département picard qui fait le moins appel aux services à la personne avec 8,3% de ménages bénéficiaires (soit 37,1% des ménages picards bénéficiaires alors que la population totale isarienne représente 41,9% de la population picarde).

En outre, les particuliers utilisateurs des Organismes Agréés de Services à la Personnes (OASP), dans le Grand Beauvaisis, « mobilisent moins l'assistance aux personnes dépendantes par rapport au niveau national (57,8% des heures prestées contre 61% en

France) mais un peu plus pour les activités de travaux ménagers (25% des heures prestées contre 22% en France) »⁵⁰.

Autre élément révélateur, au 31/12/2012, les 66 OASP du territoire grand beauvaisien appartiennent tous au secteur privé (51 sont des entreprises privées (soit 77,3%) et 15 sont des associations (22,7 %). Ainsi, aucune structure relevant d'un statut public n'est présente sur le Grand Beauvaisis, ni sur le département de l'Oise. A titre de comparaison, 8,9 % des OASP picards et 5,1 % des OASP français sont publics⁵¹.

Toutefois, les activités les plus prestées sur le Pays du Grand Beauvaisis relèvent de l'assistance aux personnes dépendantes avec plus d'un million d'heures prestées, soit 53,4% des heures effectuées en 2012 par les structures, et des travaux ménagers (ménage/repassage) avec 803 385 heures, soit 42% des heures effectuées en 2012 par les structures du territoire. Cependant, seuls 47 % des bénéficiaires de l'APA à domicile s'adressent à un ou plusieurs services à domicile sur le Grand Beauvaisis, mettant en exergue un taux de non recours préoccupant dans un objectif de maintien des personnes à domicile.

On peut émettre l'hypothèse que, culturellement, les habitants de cette localité rurale ont plus confiance dans un service lorsqu'il est public et hospitalier, plutôt que lorsqu'il est privé et à but lucratif.

Surtout, les salariés les mieux formés se trouvent, au sein du Grand Beauvaisis, dans les structures publiques, selon une étude de la Maison de l'Emploi et de la Formation du même territoire : « face à des conditions de travail difficiles, de nombreux salariés choisissent de travailler dans les établissements (hôpitaux, maisons de retraite ...) plutôt que dans des structures des services à la personne. Ils préfèrent souvent travailler dans une institution qui leur apporte un cadre rassurant, une équipe avec qui échanger sur leurs difficultés, un temps de travail plus important en un même lieu. Cette fuite des salariés vers les institutions risque de venir en contradiction avec l'évolution du système de soins qui tend à favoriser le maintien à domicile »⁵².

De plus, lors d'une enquête de la Maison de l'Emploi et de la Formation du Grand Beauvaisis, 58 % des structures interrogées font part de « difficultés liées à la formation. Les principales raisons évoquées sont les problèmes de financement, l'organisation du départ en formation, la crainte du départ des salariés vers les structures concurrentes ou les établissements médico-sociaux et l'absence de lisibilité de l'offre de formation locale »⁵³.

Selon les OASP ayant répondu à l'enquête, la réactivité, la continuité du service, l'organisation des interventions et la nature de l'encadrement professionnel sont également des leviers décisifs : la qualité d'une prestation dépend à la fois du professionnalisme de l'intervenant et de l'organisation de la structure.

Ainsi, vingt structures sur les 34 interviewées (soit 58,8%) remontent des difficultés liées à la formation au sein de leur organisme.

⁵⁰ Etat des lieux des services à la personne dans le Grand Beauvaisis, Maison de l'emploi et de la formation du Grand Beauvaisis, juin 2013

⁵¹ Ibidem

⁵² Ibidem

⁵³ Ibidem

En premier lieu apparaissent les difficultés en lien avec le financement et l'organisation du départ en formation. Cette difficulté soulève le problème de la gestion des plannings : déjà complexe et ardue, elle peut freiner le départ en formation des salariés.

La crainte du départ des salariés après leur formation est citée exclusivement par les associations. Les fuites des salariés restent difficilement mesurables mais de manière générale, ils se dirigent essentiellement vers les structures concurrentes ou les établissements médico-sociaux lorsque le salarié ne souhaite plus travailler au domicile des particuliers.

En 2011, moins d'une structure sur deux fait bénéficier ses salariés d'une formation spécifique. Au total, en 2011, « 635 salariés ont profité d'une formation pour un volume d'heures de 10 192. A destination des intervenants, les formations métiers liées à la prise en charge des personnes âgées et handicapées occupent la première place avec des spécialisations telles les maladies spécifiques (Alzheimer), la prise en compte du vieillissement ou l'accompagnement en fin de vie. La prévention des risques est également au cœur des préoccupations des structures avec 145 intervenants bénéficiant en 2011 de formations « gestes et postures », risques ménagers » ou encore « PSC1 » (secourisme) »⁵⁴.

Ainsi, la création sur le territoire d'un SPASSAD permettrait de proposer des formations communes aux salariés du SAD et du SSIAD, et ainsi d'harmoniser les pratiques, comme cela est le cas depuis juillet 2014 dans le Doubs, à travers une expérimentation en cours destinée à « remédier à l'absence de polyvalence lors des interventions à domicile qui suscite des difficultés pour les bénéficiaires »⁵⁵.

Par ailleurs, le statut public-privé du SPASSAD, de même que son adossement à l'hôpital local, rassurerait les bénéficiaires et les mettrait en confiance quant à la qualité des interventions proposées. On peut ainsi présager d'une hausse conséquente du taux de recours aux SAD composant le SPASSAD.

Enfin, ce service permettrait d'améliorer la coordination des services au domicile d'une personne, car de nombreux aidants se plaignent actuellement de l'inadéquation des interventions des différents services auprès de leurs proches. Ces inadéquations concernent essentiellement les plages horaires (un repas chauffé trop tôt, une toilette réalisée à l'heure où la personne veut déjeuner, le SAD et le SSIAD qui passent le même jour de la semaine, etc.) et les disparités concernant les pratiques (les savoirs-être, la ponctualité, la qualité des soins de nursing...).

Quelle gouvernance et quelles modalités de financement pour ce SPASSAD ?

Le Rapport d'information de 2014 de l'Assemblée Nationale concernant les services à la personne, réalisé sous la direction de Martine Pinville et de Bérengère Poletti, apporte des réponses importantes à ces questions.

En premier lieu, il faut éviter qu'une partie des moyens destinés aux personnels soignants soit transférée afin de couvrir les frais de gouvernance du service, ou bien les charges de services

⁵⁴ Etat des lieux des services à la personne dans le Grand Beauvaisis, Maison de l'emploi et de la formation du Grand Beauvaisis, juin 2013

⁵⁵ Rapport d'information n°2437 : les services à la personne : entre le soutien à l'emploi et l'accompagnement des personnes fragiles, sous la direction de Martine Pinville et Bérengère Poletti, 2014.

moins rémunérateurs, au sein du SPASSAD. Le rapport indique que « selon Nathalie Cuvillier (DGCS), les contrats d'objectifs et de moyens devront justement prévenir ce risque. Au niveau local, la signature d'un CPOM entre le service volontaire, le Président du Conseil Général et le directeur général de l'ARS est un préalable indispensable à la mise en place d'un SPASSAD expérimental »⁵⁶.

En effet, ce CPOM doit permettre de fixer les modalités de coordination des soins et des aides à domicile. Il convient ainsi à une infirmière coordinatrice du service d'articuler les interventions, après avoir élaboré un plan individualisé de soins, d'aides et d'accompagnement de la personne bénéficiaire. Son action devrait alors permettre de coordonner l'intervention de l'ensemble des professionnels intervenant au domicile de la personne âgée, en prenant mieux en considération les volontés de celle-ci.

Concernant le financement, le rapport précise que « les parties doivent s'accorder, dans les termes du contrat, sur le financement des activités d'aide à domicile : tarifs horaires, dotation globale ou forfait global tels que déterminés par le Président du Conseil Général. En ce qui concerne les activités de soins infirmiers à domicile, le contrat devra fixer la dotation globale de soins infirmiers, telle que déterminée par le Directeur Général de l'ARS »⁵⁷.

Une vigilance particulière doit donc être apportée à ces deux questions, comme en témoignent ces propos de l'infirmière coordinatrice du SPASSAD de l'AMSAD Léopold Bellan à Paris, créé en 2007 :

« L'action du service a gagné en efficacité, et le dialogue entre soignants et auxiliaires de vie a été largement amélioré. Cependant, le fait que les services interviennent dans le cadre de modes de financement différents, de conventions collectives différentes et de fonctionnement différent, nuit à la cohésion et à la circulation de l'information qui pourraient encore être améliorées. L'évolution souhaitée par les dirigeants de cette structure serait de pouvoir bâtir une seule équipe, réunissant aides à domicile et soignants, sur la base d'un seul planning ».

Ainsi, avant de s'engager dans la création, ou dans l'expérimentation de ce SPASSAD, les parties devront prendre le temps de fixer un cadre réglementaire optimal et très précis quant au fonctionnement de ce service.

c. Offrir aux aidants de courts moments de répit à domicile en les remplaçant au chevet d'un proche ne pouvant demeurer seul

14 % des aidants ayant répondu au questionnaire souhaiteraient bénéficier de balluchonnage, à savoir d'une présence de personnel qualifié qui se succèderait à leur domicile pour garder de façon sécurisée leur proche âgée. Force est de constater que le Conseil Général de l'Oise, qui avait avancé l'idée de mettre en place un tel service, a dû reculer devant les difficultés financières et juridiques que l'instauration de celui-ci impliquerait.

En revanche, à l'échelle des établissements de la CH2O, et, dans le cadre de la Plateforme de répit, il conviendrait d'instaurer non pas du balluchonnage, mais des temps d'écoute et de répit

⁵⁶ Rapport d'information n°2437 : les services à la personne : entre le soutien à l'emploi et l'accompagnement des personnes fragiles, sous la direction de Martine Pinville et Bérengère Poletti, 2014.

⁵⁷ Ibidem

à domicile pour soulager les aidants de personnes âgées, sur de courts créneaux horaires (une demi-journée maximum).

Il s'agirait de la présence continue de l'AMP ou de la psychologue (dédiées à la Plateforme) au domicile de la personne aidée, en vue de remplacer l'aidant principal d'une personne nécessitant une surveillance permanente pendant les périodes d'absence de l'aidant. Cela permettrait également à ce dernier d'avoir un temps de répit. Dans ce cadre, la plateforme devrait proposer des prestations à la journée ou à la demi-journée au domicile de la personne malade nécessitant une présence continue à ses côtés.

CONCLUSION

Le Grand Beauvaisis est un territoire possédant un certain nombre d'atouts enclins à favoriser le maintien des personnes âgées à domicile.

Démographiquement, d'abord, de par le nombre contenu de personnes âgées de 75 ans et plus et la jeunesse de sa population. Celle-ci devrait contribuer à contenir l'important vieillissement de la population d'ici 2040, notamment grâce à un taux de fécondité au-dessus du taux moyen national.

Culturellement, ensuite, à travers la force des liens familiaux battis autour de valeurs traditionnelles qui favorisent la continuité des liens familiaux (beaucoup de mariages, peu de divorces, réticence à institutionnaliser un proche...). Surtout, l'encrage territorial des jeunes générations qui, entrant précocement dans la vie active et vivant en couple relativement tôt, s'installent et travaillent majoritairement à proximité du lieu où ils ont grandi, donc non loin de leurs parents. Cette proximité prouve que le Grand Beauvaisis contient en son sein un grand potentiel d'aidants familiaux sur lesquels les pouvoirs publics peuvent s'appuyer dans un objectif de maintien à domicile des plus âgés.

Géographiquement, la ruralité et l'isolement d'une multitude de petites communes faiblement peuplées ont favorisé le développement de liens de voisinage et d'un phénomène d'entraide entre habitants d'une même localité. Ainsi, le territoire possède également un fort potentiel d'aidants « non familiaux », important pour le maintien à domicile des personnes fragiles et pour le repérage des personnes isolées qui, paradoxalement, le sont en fin de compte beaucoup moins que des personnes âgées vivant en milieu urbain.

Enfin, la structure de l'habitat, caractérisé par l'importance du nombre de propriétaires et de logements individuels, favorise également le maintien à domicile, et laisse présager de la réussite d'une politique d'aménagement des logements. Toutefois, celle-ci devrait être couplée par un dispositif d'isolation thermique des habitations, afin de réduire le nombre de personnes âgées qui, alors qu'elles auraient les capacités de rester chez elles, requièrent une place en institution à cause de la croissance du prix des énergies, nécessaires pour le chauffage notamment, le territoire étant pourvu de maison de taille importante.

Toutefois, le Grand Beauvaisis possède également des freins au développement d'une politique de maintien à domicile des personnes âgées.

En premier lieu, par le manque de personnels médicaux et paramédicaux, maillons nécessairement important dans l'objectif d'une telle politique. De même, malgré les récents efforts, le territoire demeure mal pourvu en services de prise en charge médical à domicile, comparé à d'autres territoires comme la Somme.

Géographiquement, l'éloignement entre les innombrables communes « sous-peuplées » rend difficile le travail des équipes mobiles (SSIAD, ESA, etc.), obligées de consacrer beaucoup de temps aux transports. En outre, le fonctionnement de services d'accueil séquentiel (accueil de jour, accueil temporaire, activités pour les couples aidants-aidé...) est entravé par ces distances.

Culturellement, si la force des liens familiaux est un atout, la faible propension à s'ouvrir sur l'extérieur représente un frein en ce qui concerne les sollicitations aux aides, dispositifs et services mis en place, destinés à aider les aidants et à favoriser le maintien de leurs proches à domicile. En témoigne le faible taux de recours aux services à domicile. Toutefois, les services appartenant à une institution publique semblent échapper à cette règle.

Ainsi, au regard du nombre élevé de bénéficiaires de l'APA à domicile, comparé à l'importance du nombre de décès à domicile, on constate que le dispositif de maintien à domicile des personnes âgées fonctionne relativement bien. Toutefois, afin de faire face au vieillissement à venir de la population du Grand Beauvaisis, il sera indispensable, pour les établissements et les pouvoirs publics, de renforcer ce dispositif.

En priorité, il s'agit d'accroître le nombre de places en services de soins à domicile (SSIAD, ESA, HAD...), et de créer un grand SPASSAD afin de mieux coordonner les interventions en termes de soins et d'aides à domicile.

De même, il est nécessaire d'augmenter le nombre de places en accueil séquentiel, en développant notamment les accueils temporaires, les accueils de jours et les gardes itinérantes, afin d'apporter du répit aux aidants. Surtout, il faut améliorer la répartition géographique de ces places.

Par ailleurs, de nombreuses actions d'aides aux aidants existent sur le territoire. Le travail consiste alors moins dans le développement de ces actions que dans leur publicisation, qui passe par une meilleure communication.

Enfin, plus que souhaitable, il sera primordial d'encourager et développer des formations destinées aux aidants et réalisées dans un cadre institutionnel.

Bibliographie

Ouvrages

Bergua V., Rullier L., 2015, le concept de fardeau et ses méthodes d'évaluation, dans L'aide aux aidants, à l'aide !, Editions in press.

Blanc Alain, 2010, Les aidants familiaux, Presses universitaires de Grenoble.

Bouisson Jean, Amieva Hélène, 2015, L'aide aux aidants à l'aide ! Concepts, modèles, méthodes et défis, Editions In press.

Ducharme F., 2014, Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, « la contribution des aides-soignants et des proches aidants aux soins infirmiers », Montréal

Forest M-I, 2012, Protecteur du citoyen du Quebec, PUQ

Forest M-I, 2012, Avec toi... Le proche aidant, un partenaire au cœur de l'action sanitaire et sociale, un plaidoyer humaniste, pour une prise de conscience sociale qui tarde face à l'urgence d'agir, Lausanne

Guérin Serge, 2009, « Essai sur les aidants », Edition in *Réciproques*

Lavoie J-P, Guberman N., 2010 Vieillir au pluriel. Perspectives sociales, PUQ

Naiditch M., 2012, Comment pérenniser une ressource rare ? Enseignements d'une comparaison des politiques d'aides aux aidants des personnes âgées dépendantes en Europe, IRDES

Weber Florence, 2010, Les rapports familiaux reconfigurés par la dépendance, *Regards croisés sur l'économie*

Articles de périodiques, revues, rapports

Conseil Général de l'Oise, Schéma départemental pour l'autonomie 2012-2017

Cavey Michel, Quand les aidants refusent d'être aidés, article en ligne, michel-cavey-lemoine.net, 2014

Conseil Régional de Picardie, Diagnostics Territoriaux de santé des pays de Picardie : Grand Beauvaisis, septembre 2011

Conseil Régional de Picardie, Etude Territoriale des pays de Picardie, Septembre 2010

CREAI de Picardie, Focus sur les services à domicile en Picardie, 2014

Forest M-I, Etre proche aidant aujourd'hui, 3è rencontres scientifiques de la CNSA pour l'autonomie, 2014.

Gramain, Soutrenon, Weber, « enquête MEDIPS », 2006.

Sinoquet Marie-Christine, Etude 2014 Insee Picardie

Evrard Anne, Etude Insee Picardie

Insee-Population- Vivre seul, une situation moins fréquente en Picardie qu'en France

Insee Picardie, Plus de 2 millions de picards en 2040, 2014

Insee Picardie, Recensement de la population

Maillard Martial, les grands pôles urbains et les zones rurales plus exposées au risque de pauvreté, Insee Flash, février 2015

Mallon Isabelle, 2013, Demeurer au pays ou vivre sa retraite à la campagne : comment cohabitent les personnes âgées en milieu rural isolé ?, mémo politique.

Domingo Pauline, « Aider un parent dépendant : comment concilier vie familiale, sociale et professionnelle », article issu du dossier « Etre proche aidant aujourd'hui », 3^e rencontres scientifiques de la CNSA pour l'autonomie, novembre 2014

Antoine Patricia, Lavenseau Danièle, La culture en Picardie, Insee Picardie

Huyssen, Le Scouezec, Les services à la personne en Picardie, étude Insee Picardie 2010

Etude Cap retraite 2014

Maison de l'emploi et de la formation du Grand Beauvaisis, Etat des lieux des services à la personne dans le Grand Beauvaisis, juin 2013

Rapport d'information n°2437 : les services à la personne : entre le soutien à l'emploi et l'accompagnement des personnes fragiles, sous la direction de Martine Pinville et Bérengère Poletti, 2014

Robert Anderson, concilier vie professionnelle et rôle d'aidant, Dossier du participant « être proche aidant aujourd'hui », Rencontres scientifiques de la CNSA, novembre 2014

Chartes et documents juridiques

ANESM, Guide de recommandations de bonnes pratiques, Le soutien aux aidants non-professionnels, 2014

COFACE, Charte européenne de l'aidant familial

Code de Santé Publique, article L1111-6-1

Sites Internet

www.cnsa.fr

www.fnar.asso

www.lamaisondesaidants.com

www.cairn.info/revue-regards-croises-sur-l-economie-2010

http://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2014/04/Etude_être_aidant_une_solidarité_en_mouvement.pdf

www.Oise.fr

www.dress.santé.gouv.fr

www.france-alzheimer.fr

Document annexe

Questionnaire utilisé pour l'enquête d'identification des difficultés et besoins des personnes âgées et de leurs aidants

- Questionnaire -

Hôpital Jean-Baptiste Caron de Crèvecœur-Le-Grand

Identification des difficultés et besoins des aidants familiaux de personnes âgées vivant à domicile

Objectifs : identifier les difficultés que vous rencontrez dans votre rôle d'aidant de personne(s) âgée(s) vivant à domicile afin de déterminer précisément vos besoins. Cette étude nous permettra à terme d'adapter notre offre de service dans le but de vous apporter un soutien propice à vous soulager (formation aux aidants familiaux, aides ménagères ou médicales domicile, portage de repas, accueil de jour, etc.).

🌀🌀🌀 La situation de la (des) personne(s) âgée(s) que vous aidez 🌀🌀🌀

1. Quel est l'âge de la (des) personne(s) que vous aidez ?
2. Si le degré de dépendance de la (des) personne(s) que vous épauliez a été évalué, veuillez le préciser :
 - GIR 1 GIR 2 GIR 3 GIR 4 GIR 5 GIR 6
3. Cette (ces) personne(s) habite(nt):
 - Seule En couple Avec une tierce personne (proche, enfant, ami...)
 - Chez elle Chez un proche En Foyer Logement
 - Autre (précisez notamment si vous aidez plus d'une personne) :

.....
4. Quelles sont les difficultés qu'elle(s) rencontre(nt) ?
 - Difficultés pour se déplacer Perte de repères Chutes
 - Difficultés pour s'habiller Perte d'équilibre
 - Difficultés pour se nourrir (dénutrition, problèmes de déglutition...)

- Difficultés pour se laver Difficultés pour communiquer Isolement affectif
- Difficultés relationnelles (susceptibilité, agressivité) Perte de mémoire
- Troubles du comportement Problème d'attention Troubles cognitifs
- Maladie chronique (de longue durée)
- Autre (précisez) :

5. De quelle(s) aide(s) financière(s) dispose(nt) la (les) personne (s) que vous soutenez ?

- Aide(s) au logement APA (Aide Personnalisée à l'Autonomie)
- Allocation de Solidarité aux Personnes Agées
- Autres (précisez) :

6. De quelles aides humaines et / ou matérielles dispose(nt)-t-elle(s) ?

- Intervention du SSIAD (Service de Soins Infirmier à Domicile) de l'Hôpital local
- Intervention de l'ESA (Equipe Spécialisée Alzheimer) de l'Hôpital local
- Intervention de l'EMG (Equipe Mobile de Gériatrie) du CH de Beauvais
- Hospitalisation de jour au CH de Beauvais
- Aides à domicile (ADMR, AMAPA, aide-ménagère...)
- Portage de repas à domicile Accompagnement par le dispositif Fil à Soi
- Autres (précisez) :

7. Comment ces aides se sont-elles mises en place ?

- Par sollicitation de la personne ou de sa famille
- Sur proposition de professionnel(s) - (précisez le ou lesquels) :
- Suite à une hospitalisation
- Suite à un problème survenu à domicile (AVC, chutes...)
- Autre :

8. Vous pensez que ces aides ont été instaurées :

- De manière anticipée
- Juste à temps
- Trop tard
- Tardent à s'instaurer

9. Vous pensez que ces aides sont :

- Complémentaires entre elles Complémentaires à l'aide familiale
- Redondantes entre elles
- Efficaces Peu efficaces

10. Selon vous, de quelles (autres) aides aurai(en)t besoin cette (ces) personne(s) afin de vous soulager dans votre rôle d'aidant ?

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

D'un accueil de jour ? Oui Non

~~~~~ Votre situation en tant qu'aidant familial ~~~~~

Nom : **Sexe :** Masculin Féminin **Age :**

11. Quelle est votre situation professionnelle ?

- En activité Au chômage Retraité Autre

12. Combien d'autre(s) aidant(s) informel(s) (membre de la famille, ami, voisin...) intervienne(nt) auprès de la (des) personne(s) que vous épauliez ?

- 0 1 2 3 4 5 plus de 5

(Précisez de quel type d'aide il s'agit).....
.....

13. Quel est votre lien de parenté avec la (les) personne(s) que vous aidez :

- Parents Grands-parents Frère / sœur Oncle / tante
 Autre (précisez) :

14. Jusqu'où aidez-vous cette (ces) personne(s):

- Aide aux déplacements (RDV médicaux, courses, etc.).
 Aide relationnelle / sociale (discussions, sorties...) Aide au ménage / repas
 Aide à l'hygiène Aide physique (lever, coucher, asseoir la personne)
 Aide à l'administration de soins (médicaments, piqûres...)
 Aide à la gestion des comptes Autre (précisez) :

15. Quels sont les effets de votre activité d'aidant sur votre vie?

- Fatigue Anxiété / Stress Problème(s) de santé Isolement social
- Surconsommation de médicaments Problèmes de sommeil difficultés financières
- renoncement aux soins renoncement à vos loisirs réduction de votre temps de travail
- difficultés à gérer votre vie domestique
- Autre :

16. Avez-vous déjà bénéficié d'une formation aux aidants ? Oui Non

17. Souhaiteriez-vous en bénéficier ? Oui Non

18. Souhaiteriez-vous bénéficier d'un accompagnement ou d'un temps de répit ? Oui Non

- Si oui, de quel type ?

- Sorties culturelles Café des aidants temps d'écoute
- Groupe de paroles
- Balluchonnage (professionnel qui garde votre proche chez lui durant quelques jours)
- Garde itinérante de nuit (professionnel qui intervient pour coucher/lever/habiller/déshabiller/administrer le repas ou les médicaments à votre proche).

De quelles réflexions / recommandations voudriez-vous nous faire part afin de nous aider à améliorer l'accompagnement des aidants familiaux ?

.....

.....

.....

.....

❧❧❧ Question complémentaire (facultative) ❧❧❧

19. Seriez-vous d'accord pour être contacté par le dispositif « Fil A Soi pour bien vieillir chez soi », qui travaille notamment à la coordination des aides du domicile, et à la création et au suivi du Projet de vie individualisé ? Oui Non

Si oui, merci d'indiquer vos coordonnées ci-dessous:

Nom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Adresse mail :

Merci de retourner ce questionnaire dans les 15 jours à :

Etienne Bonici,
Elève directeur,
Hôpital local Jean-Baptiste Caron,
Place de l'hôtel de ville,
60360 Crèvecœur-Le-Grand.