



EHESP

**Inspecteur de l'action sanitaire et
sociale**

Promotion : **2007 - 2009**

**Le secteur des personnes âgées face
aux enjeux du développement des
services à la personne dans la Vienne**

Claire MINET

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui ont bien voulu m'apporter leur aide lors du travail d'investigation que ce mémoire a nécessité. Mes demandes ont toujours reçu des réponses favorables à tous les niveaux, assorties de beaucoup de spontanéité et de gentillesse, accompagnées d'un grand professionnalisme.

Mes remerciements s'adressent plus particulièrement à mon maître de stage qui m'a proposé ce sujet et m'a guidée. Je tiens également à mentionner les deux collègues de la CNSA qui m'ont reçue et m'ont consacré du temps. Ce fut un moment très riche.

Enfin, je souhaite adresser un grand merci à l'équipe de l'EHESP et notamment au responsable du groupe « mémoire » dans lequel je me trouvais. Ses conseils et son soutien m'ont été très précieux dans la conduite de ce travail.

Sommaire

Introduction	1
1 L'émergence progressive du concept de service à la personne dans le secteur des personnes âgées	7
1.1 La genèse du concept	7
1.1.1 Les prémices.....	7
1.1.2 La spécificité du maintien à domicile des personnes âgées	8
1.1.3 Les évolutions diverses jusqu'à la mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie	8
1.2 L'impact de la loi du 2 janvier 2002	9
1.2.1 L'intégration au secteur médicosocial.....	9
1.2.2 La soumission au régime des autorisations.....	10
1.3 L'apport de la loi du 26 juillet 2005	11
1.3.1 L'émergence du secteur marchand	12
1.3.2 Le régime de l'agrément qualité et le droit d'option	12
1.3.3 La création de l'agence nationale des services à la personne et des grandes enseignes	14
1.4 La réponse à des évolutions sociétales	15
1.4.1 L'allongement de l'espérance de vie.....	16
1.4.2 La nécessaire prise en compte de la qualité de vie	16
1.4.3 Une source d'emplois nouveaux.....	17
2 Une déclinaison et un fonctionnement aux multiples facettes dans le département de la Vienne.....	19
2.1 Le conseil général de la Vienne a opté pour une vision large.....	19
2.1.1 Le conseil général met en avant une prise en charge globalement satisfaisante	19
2.1.2 L'impact certain de l'allocation personnalisée d'autonomie en Vienne.....	21
2.1.3 Le conseil général de la Vienne opte pour une vision plus large que la seule Allocation Personnalisée d'Autonomie	22

2.2	L'action de trois acteurs majeurs du maintien à domicile en Vienne	24
2.2.1	Un exemple d'aide en milieu rural : le positionnement de l'ADMR 86.....	24
2.2.2	Un exemple d'aide en milieu urbain : la Mutualité Française 86	27
2.2.3	Un second exemple d'aide en milieu urbain : le centre communal d'action sociale de Poitiers	29
2.3	La spécificité du positionnement du réseau gérontologique « ville-hôpital » de Poitiers	31
2.3.1	Une démarche prioritairement sanitaire et neutre	31
2.3.2	Les limites de la prise en charge à domicile.....	32
2.3.3	Des règles déontologiques fortes s'imposent.....	33
2.4	L'intervention au niveau départemental d'un acteur national : la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).....	33
2.4.1	Les missions de la CNSA.....	34
2.4.2	Le rôle spécifique de la section IV.....	34
2.4.3	Les premiers résultats et les orientations	36
3	Les leviers envisageables pour surmonter les difficultés actuelles.....	37
3.1	Un maillage cohérent mais qui ne correspond pas à tous les publics	37
3.1.1	Un dispositif fiscal plutôt inégalitaire.....	38
3.1.2	Le peu d'impact joué par les enseignes nationales.....	39
3.1.3	Les populations les plus démunies sont peu impactées	39
3.2	Un maillage cohérent mais qui ne répond pas encore à tous les besoins ...	40
3.2.1	Les difficultés liées à l'accroissement des maladies neurologiques de type Alzheimer	40
3.2.2	Le nécessaire développement des structures d'accueil de jour et d'hébergement temporaire	41
3.2.3	Une réflexion à mener sur les gardes de nuit et de week-end	42
3.3	Une collaboration indispensable entre les différents acteurs	43
3.3.1	Encourager le rapprochement des secteurs sanitaires et médicosociaux	43
3.3.2	Promouvoir une collaboration simple avec les EHPAD.....	45
3.3.3	Intégrer le domicile comme un élément à part entière de la politique gérontologique, notamment dans les schémas.....	46
	Conclusion.....	49
	Bibliographie.....	51
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural
AFNOR : Association Française de Normalisation
ANSP : Agence Nationale des Services à la Personne
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
AVS : Auxiliaire de vie sociale
AV : Auxiliaire de vie
CAP : Communauté d'Agglomération de Poitiers
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
CES : Conseil économique et social
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CESU : Chèque Emploi Service Universel
CG : Conseil Général
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CRAMCO : Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Centre Ouest
CROSMS : Comité Régional d'organisation Sociale et Médicosociale
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDTEFP : Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins
DISS : Direction des Interventions Sanitaires et Sociales
DLA : Dispositif Local d'Accompagnement
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ENSP : Ecole Nationale de Santé Publique
ESMS : Etablissement social et médicosocial

GIR : Groupe Iso Ressources
HAD : Hospitalisation à Domicile
IASS : Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
PA : Personnes Agées
PCG : Président du conseil général
PH : Personnes Handicapées
PRIAC : Programme interdépartemental d'accompagnement
PSD : Prestation Spécifique Dépendance
SAP : Service à la Personne
SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile
SROS 3 : Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire de troisième génération
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
UNAF : Union Nationale des Associations Familiales
UNIOPSS : Union Nationale Interfédérale des Œuvres et des Organismes privés
sanitaires et sociaux
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

Introduction

Le vieillissement global des populations européennes et celui plus spécifique de la population française, conduit à s'interroger de manière forte sur les modes de prise en charge de ces personnes âgées. Les plus de 85 ans qui étaient 1 050 000 en 2005, seront sauf évènement majeur, 1 500 000 en 2010 et 1 850 000 en 2015¹. Ce phénomène se double par ailleurs d'une volonté marquée de retarder le plus possible l'entrée en établissements spécialisés. C'est souvent la solution de dernier recours lorsque toutes les autres pistes ont été investies, voire surinvesties, tant par les personnes âgées elles mêmes, que par leurs familles. Il est par ailleurs important de souligner que l'âge moyen à l'entrée en établissement d'hébergement personnes âgées dépendantes (EHPAD) se situe en moyenne nationale à 85 ans². Les EHPAD sont donc amenés à gérer les difficultés, non plus du troisième âge, mais plutôt celles du quatrième âge avec les niveaux de dépendance le plus souvent très importants que ce phénomène induit, notamment l'émergence des maladies de type Alzheimer et apparentées.

L'aide et le maintien à domicile ne sont en conséquence plus les problématiques auxquelles on pouvait se permettre de répondre par quelques heures d'aide ménagère disséminées dans le mois ou par un passage rapide à l'hôpital en réponse ultime à une situation de crise, restée jusqu'à lors sans solution. En aucun cas cela ne peut et ne doit constituer des modes de prise en charge pérennes et fiables.

L'enjeu est d'importance, il s'agit de construire autour de la personne âgée tout un système suffisamment souple et adaptable, qui contribue à une meilleure prise en charge de son quotidien, et lui permette de rester aussi longtemps que possible à son domicile, dans des conditions optimales.

La France s'est d'ailleurs orientée vers un scénario du « libre choix » qui implique à la fois de développer et d'améliorer l'offre de soins et de permettre aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible chez elles si elles le souhaitent, en disposant pour ce faire d'une large gamme de services et de soins à des prix supportables.

1 RAYSSIGUIER Y. Politiques sociales et de santé, comprendre et agir. EHESP 2008.

2 Source Agevillage décembre 2008.

C'est l'objet du « Plan solidarité grand âge », présenté par Philippe Bas, ministre chargé des questions familiales, et qui dans son discours du 28 juin 2006, avait d'ailleurs souligné que le domicile pourrait constituer la maison de retraite de demain.

La société a évolué, c'est un mouvement tout à fait logique et immuable. Il nous appartient, en tant que professionnel d'abord, mais aussi en tant que simple citoyen, de comprendre, analyser ces changements pour mieux s'y adapter, voire les anticiper.

Au plan social tout d'abord, sont apparus des besoins nouveaux jusqu'à présent peu ou pas pris en compte. L'augmentation de l'espérance de vie et son corollaire, l'augmentation de la dépendance, l'augmentation du travail féminin, la moindre implication des aidants familiaux, font que les systèmes qui avaient antérieurement fait «leurs preuves» demandent à être revisités. En tous cas une refonte des offres de services permettant de répondre à ces besoins doit être envisagée. Il ne faut pas non plus oublier l'aspect économique de la question, même si ce n'est pas pour un inspecteur de l'action sanitaire et sociale (IASS), le plus important des points. Le secteur en devenir de la prise en charge des personnes vieillissantes constitue à n'en pas douter une source d'emplois importante. Elle s'avère «utile» du point de vue de la prise en charge et du traitement du chômage, mais constitue également une réponse «utile» et «nécessaire» pour cette population.

Les dernières évolutions législatives et réglementaires sont sur ce point tout à fait révélatrices de l'état d'esprit qui commence à voir le jour dans la conscience collective. Au premier rang de ce mouvement, il faut bien évidemment citer la loi du 26 juillet 2005, dite « Loi Borloo » et son principal décret d'application du 29 décembre 2005. Cette loi avait été précédée par une convention nationale du développement des services à la personne signée le 22 novembre 2004, qui a permis de définir un ensemble de mesures qui ont été structurées au sein du plan de développement des services à la personne présenté le 16 février 2005. Il est bien sûr plus large que celui des seules personnes âgées, mais les textes d'application successifs sont venus préciser la donne sur ce champ.

Par la même, mais aussi par un souci permanent de travailler à générer une dynamique autour des plus démunis, et en particulier les plus âgés d'entre nous, l'Etat démontre de manière forte sa volonté de prendre en considération ce domaine. Partie prenante dans l'élaboration des politiques en faveur des personnes âgées, il doit pouvoir appréhender les différents aspects des interventions dans ce secteur. De même, il doit être en mesure d'anticiper sur de possibles évolutions. L'inspecteur de l'action sanitaire et sociale se doit d'avoir une vision large de cette thématique, même si le maintien à

domicile n'entre pas dans son champ direct d'intervention, à l'exception cependant des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Le travail à mener sur le secteur personnes âgées est avant tout partenarial, ce sont les textes puis la pratique qui l'ont voulu ainsi. Un travail construit, mûri et réfléchi, en un mot, « harmonieux » avec le Conseil Général, maître d'œuvre en la matière, ne peut qu'être le garant d'une approche de qualité. L'inspecteur de l'action sanitaire et sociale, acteur de terrain et partenaire privilégié du conseil général, doit pouvoir être en mesure de porter cette thématique, nécessairement transversale et pluridisciplinaire. Le rôle impératif de l'Etat, et de ses relais sur le terrain, et donc par là même de l'inspecteur, est d'être le garant d'une cohésion d'ensemble du système. A partir d'une vision globale et partagée avec les partenaires, il garantira à chaque usager potentiel, une égalité de traitement.

L'objectif de l'étude menée, loin d'avoir un caractère exhaustif, permet cependant de connaître et comprendre la problématique, puis analyser tout ou partie de ce qui existe en matière d'aide au maintien à domicile des personnes âgées sur un territoire donné, le département de la Vienne. Cela englobe aussi bien les solutions «traditionnelles» que les «innovations» telles que l'on peut les appréhender au travers du plan Borloo. Celles ci peuvent sans doute d'une certaine manière contribuer à l'élaboration et à la construction de solutions nouvelles, en réponse à ces problèmes du vieillissement massif des populations .Il est ainsi probable que tous les besoins de ces personnes fragiles ne sont pas couverts. Il y a donc de l'espace pour dessiner de nouvelles perspectives.

La «loi Borloo», relative au développement des services à la personne, a d'ailleurs fait apparaître une nouvelle catégorie d'offre dans ce secteur. On peut par exemple citer les activités de téléassistance, de visioassistance, la livraison de repas à domicile, la collecte et la livraison de linge repassé, l'aide à la mobilité et aux transports, la conduite du véhicule, les promenades et l'accompagnement dans les actes de la vie courante, par exemple. La condition à respecter est que ces prestations doivent être comprises dans une offre de services incluant un ensemble d'activités à domicile, et excluant les activités de soin. On peut par là même se demander si ce type de service nouveau peut constituer une plus value. Au delà de cet aspect relativement concret, le domicile peut il devenir une priorité en matière d'accompagnement médicosocial ? En premier lieu, il conviendra d'articuler l'ensemble des dispositifs existants, puis choisir de développer certains d'entre eux, au besoin par la création de passerelles avec le secteur sanitaire.

Pour conduire cette étude j'ai rencontré les principaux partenaires oeuvrant sur ce champ dans le département de la Vienne. Le phénomène du vieillissement des populations y est globalement identique à celui du reste du territoire. Il est renforcé

cependant par un contraste important entre l'agglomération de Poitiers qui concentre environ un tiers de la population, et le reste du département à forte dominante rurale.

J'ai ainsi mené des entretiens avec des institutionnels au premier rang desquels je citerai le conseil général, les services de la direction départementale du travail de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP), de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS), mais aussi le centre communal d'action sociale de Poitiers (CCAS), la fédération départementale d'aide en milieu rural 86 (ADMR 86), la délégation départementale de la mutualité française, le réseau gérontologique ville-hôpital de Poitiers qui est en même temps centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC). D'autres partenaires se sont «imposés», de manière plus informelle, comme les responsables de SSIAD, les directeurs d'EHPAD, rencontrés lors de la période du stage d'exercice professionnel.

Au fil de ces entretiens, j'ai pu constater que chacun avait sa propre définition des services à la personne et du terme même de maintien à domicile des personnes âgées. Il m'est donc apparu nécessaire de rechercher comment cette notion s'est construite autant dans les textes que dans la pratique, et voir ce qu'elle signifie aujourd'hui.

Enfin, au-delà de ces acteurs propres au département de la Vienne, il m'a semblé pertinent de comprendre, mesurer et évaluer l'impact de grandes institutions nationales comme la caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA) sur l'action départementale, mais également nationale. J'ai donc pu obtenir un rendez vous au siège de la CNSA. Ce fut un moment important de mon parcours et de mes investigations. Les échanges qui ont eu lieu, m'ont permis de visualiser tout le travail fait sur le champ des personnes âgées, mais aussi dans une moindre mesure sur celui des personnes handicapées. De même, cette entrevue m'a permis de percevoir ce que pourraient être les perspectives qui s'esquissent pour l'avenir dans le domaine des personnes âgées.

La bibliographie, abondante sur le maintien à domicile « classique », est cependant assez mince en ce qui concerne la mise en place et l'impact des services à la personne de « type Borloo ». La réglementation en la matière est encore trop récente pour avoir pu donner lieu à une évaluation « fournie » et « étoffée ».

L'étude menée est présentée sous forme de trois chapitres.

Dans un premier temps, il conviendra de s'interroger sur ce que recouvre la notion même de service à la personne et donc de maintien à domicile. Nous verrons que c'est le fruit de l'évolution quasi constante d'un concept déjà relativement ancien, auquel l'Etat a

largement contribué dans un souci d'adaptation de la prise en charge des personnes âgées à des besoins nouveaux.

Dans un second temps, l'observation portera plus particulièrement sur la déclinaison qui en est faite spécifiquement dans le département de la Vienne. Le positionnement des différents acteurs venus d'horizons très divers permet de confronter et d'analyser les différentes manières d'aborder et de traiter cette thématique, en lien avec les réalités de terrain. Nous verrons le rôle que la DDASS et des structures de type CNSA sont amenées à y jouer.

Enfin, le troisième chapitre sera le lieu où évoquer les perspectives d'avenir et les pistes de travail dès aujourd'hui envisageables à partir des réflexions en cours tant dans le département de la Vienne, qu'au plan national. L'objectif est bien sûr de pallier les difficultés qui subsistent encore, mais aussi de répondre à la recherche d'une prise en charge individualisée et de qualité.

1 L'émergence progressive du concept de service à la personne dans le secteur des personnes âgées

Cette partie vise à poser le cadre conceptuel, historique et juridique de la notion de service à la personne âgée. Elle permettra de démontrer qu'il s'agit d'un concept déjà ancien qui s'est progressivement renouvelé au fur et à mesure de l'évolution des besoins afin de leur apporter la réponse la mieux adaptée. Des textes législatifs de première importance sont venus consacrer et renforcer cette notion, dont il est possible de penser qu'elle sera encore amenée à suivre les évolutions sociétales futures.

1.1 La genèse du concept

Parler du service aux personnes âgées revient à parler de leur maintien à domicile. Ce souhait, récurrent dans le discours commun, est ancien, et n'a pas le même contenu pour chacun d'entre nous. Il est donc important d'en préciser le sens et de le replacer dans son contexte «historique».

1.1.1 Les prémices

L'offre de services et de structures commence à se faire jour dès la fin de la seconde guerre mondiale, en 1945. Les origines sont très diverses et émanent cependant pour la plupart de mouvements associatifs d'aide aux familles, aux personnes handicapées ou âgées, le plus souvent sous le couvert du bénévolat. Peu à peu, ils se transforment en emplois familiaux, et les institutionnels (Etat, collectivités locales) ainsi que parallèlement les caisses de sécurité sociale et de retraites complémentaires prennent le relais en investissant ce champ.

De l'après guerre jusqu'au début des années quatre-vingt, le secteur est dominé par un système de régulation de l'aide aux familles sur la base de critères sociaux. A la fin de cette période, apparaît l'idée et le double objectif de répondre à un besoin social tout en créant des emplois. C'est d'une part l'allongement de l'espérance de vie, et d'autre part le phénomène massif du chômage et de ses corollaires en termes tant sociologiques que sociaux, qui conduisent à essayer de créer des emplois pertinents pour les personnes en difficulté d'emploi et répondant aux besoins de la population vieillissante.

1.1.2 La spécificité du maintien à domicile des personnes âgées

Ainsi que le souligne un rapport récent de la Cour des comptes, « la politique en faveur du maintien à domicile des personnes âgées ne s'est que très progressivement affirmée »³. Une des grandes étapes de cette construction est sans conteste le rapport de la commission présidée par Pierre Laroque en 1962⁴. Ainsi que le souligne Yvette Rayssiguier⁵, « la vieillesse y apparaît comme une situation de marginalité et d'exclusion sociale. La commission prône une nouvelle conception de la vieillesse centrée sur l'autonomie, le maintien à domicile et la participation à la vie sociale ». Des recommandations y sont faites, notamment la création de services de soins à domicile associant médecins, infirmiers et assistants sociaux, en coordination avec les services d'aide ménagère.

La mise en œuvre de beaucoup de systèmes d'aide a découlé de ce rapport qui reste fondamental aujourd'hui encore. C'est à partir de là par exemple, qu'a été institué le principe d'une aide ménagère réservée aux personnes ayant de faibles revenus. Dans le même temps, on assiste à l'appropriation progressive du secteur par les caisses de retraite en fournissant aide et secours aux personnes âgées relevant de leur compétence.

C'est enfin en 1978, qu'une dimension sanitaire y a été intégrée par le biais de la création et l'expérimentation, puis de la généralisation en 1981 des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)⁶. A partir de cette consécration réglementaire, les SSIAD vont connaître un développement important qui se pérennise aujourd'hui encore.

1.1.3 Les évolutions diverses jusqu'à la mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie

A partir du début des années quatre-vingt, la construction progressive du concept a connu une accélération assez certaine. Ainsi en 1982, «la circulaire Franceschi» est venue préciser les modalités d'intervention et de financement des services d'aide et de soins à domicile. Se sont ensuite succédées des mesures visant principalement à

³ Cour des comptes. Les personnes âgées dépendantes. Rapport public particulier 2005.

⁴ Haut comité consultatif de la population et de la famille. Politique de la vieillesse. Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse.

⁵ RAYSSIGUIER Y. Politiques sociales et de santé, comprendre et agir. EHESP 2008.

⁶ Décret n° 81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour les personnes âgées.

l'exonération des charges patronales, à l'instauration d'un chèque emploi service⁷, pour arriver à la création en 1997 de la prestation spécifique dépendance (PSD)⁸. Cette dernière, du fait des nombreux reproches qui lui étaient adressés, dont l'un des principaux était de ne concerner qu'un faible nombre de personnes, a été remplacée assez rapidement par un autre système, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), effective depuis le 1^{er} janvier 2002⁹, et modifiée en 2003¹⁰.

L'APA ouvre droit à toute personne dont l'âge et l'état de santé le justifient, à obtenir une aide lui permettant une prise en charge adaptée à ses besoins. Elle est destinée aux personnes qui en dehors des soins qu'elles sont susceptibles de se voir prodiguer, ont besoin d'une aide pour accomplir les actes de la vie courante.

En substance, cette évolution rapide des systèmes, encadrée par une « inflation » législative et réglementaire, répond avant tout à l'objectif d'une meilleure solvabilisation des besoins des personnes âgées à domicile.

1.2 L'impact de la loi du 2 janvier 2002¹¹

Cette loi vient réformer celle en vigueur depuis 1975¹², en rénovant et transformant en profondeur les règles d'organisation et de fonctionnement des établissements et services sociaux et médicosociaux destinés entre autres, aux personnes âgées. Elle génère plusieurs conséquences sur ce champ, dont l'intégration des services au secteur médicosocial et son corollaire, la soumission au régime des autorisations.

1.2.1 L'intégration au secteur médicosocial

L'esprit même de cette loi est de mieux organiser et faire fonctionner les établissements et services qui n'avaient pas été, ou pu être pris en compte dans la loi de 1975.

⁷ Loi quinquennale n° 93-1313 du 20 décembre 1993 relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle.

⁸ Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 relative aux conditions et modalités d'attribution de la prestation spécifique dépendance.

⁹ Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la perte d'autonomie des personnes âgées et portant création de l'allocation personnalisée d'autonomie.

¹⁰ Loi n° 2003-289 du 31 mars 2003 portant modification de la loi du 20 juillet 2001.

¹¹ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médicosociale.

¹² Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médicosociales.

En ce qui concerne le domaine des personnes âgées, la reconnaissance et l'intégration au secteur médicosocial est explicite, puisque le texte indique¹³ : « Sont des établissements et des services sociaux (...) les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ».

Cette reconnaissance constitue à l'évidence un grand pas en avant. Les services d'aide à domicile sont passés, en quelques décennies toutefois, du statut du « bénévolat » à celui très structuré d'établissement médicosocial, intégrant une reconnaissance législative forte. Au-delà de la validation de leur utilité et du service rendu, cela induit par là même une dimension qualitative, indispensable s'il en est, à tout travail auprès des personnes vulnérables, et en l'espèce auprès des personnes âgées. Elle doit constituer désormais le leitmotiv de toute leur action.

1.2.2 La soumission au régime des autorisations

La reconnaissance législative du secteur soumet de fait les services à domicile au régime de l'autorisation. Ils relevaient antérieurement du seul régime de « l'agrément qualité » délivré par le Préfet de département.

Désormais, la création, la transformation ou l'extension des structures d'aide à domicile dépend d'un système d'autorisation qui dans le cas d'espèce est de la compétence du président du conseil général (PCG). Les autorisations sont prises après présentation au comité régional de l'organisation sociale et médicosociale (CROSMS). Les demandes lui sont soumises selon un calendrier d'examen des dossiers (fenêtres du CROSMS), arrêté par le Préfet de région sur proposition de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS).

L'autorisation est accordée si le dossier¹⁴ :

- Est compatible avec les objectifs et répond aux besoins fixés par le schéma d'organisation sociale et médicosociale.
- Satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par le CASF, et prévoit les démarches d'évaluation et les systèmes d'information nécessaires.

¹³ Article L312.1-1 du code de l'action sociale et des familles.

¹⁴ TUFFREAU F. Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médicosociale. ENSP 2007.

- Présente un coût de fonctionnement compatible avec le montant des dotations allouées.

Par ailleurs, l'autorisation est réputée renouvelée¹⁵ par tacite reconduction sauf si au moins un an avant la date de renouvellement, l'autorité compétente au vu de l'évaluation externe, demande à la structure de présenter dans un délai de six mois une demande de renouvellement.

Les autorisations accordées pour une période de quinze ans ne deviennent valables qu'après les résultats d'une visite de conformité.

1.3 L'apport de la loi du 26 juillet 2005¹⁶

Le vote de cette loi, dite « loi Borloo », n'est que la traduction juridique du plan de développement des services à la personne présenté en février 2005¹⁷. Ce texte se situe d'une part dans la continuité logique d'un mouvement amorcé depuis une vingtaine d'années sur des champs à l'origine peu investis par les acteurs traditionnels (par exemple le soutien scolaire), et d'autre part veut constituer une réponse au problème du chômage, puisque c'est dans le secteur global des services à la personne que devraient être créés environ 400 000 emplois d'ici 2015¹⁸.

En ce qui concerne plus spécifiquement l'aide aux personnes âgées, il est traditionnellement et majoritairement investi par les associations et les collectivités locales. L'arrivée de la « loi Borloo » a en conséquence été visualisée avec une certaine réticence de la part de ces structures, qui l'ont perçue comme une mise en concurrence de leurs pratiques avec celles du secteur marchand. En second lieu, l'autorisation consacrée par la loi du 2 janvier 2002, se voit mise en « difficulté » par l'apparition ou en quelque sorte, la réapparition de la procédure d'agrément ou de l'agrément qualité dans le secteur des personnes vulnérables, et en particulier celui des personnes âgées. Enfin, c'est une offre de services très structurante qui est mise en place, avec la création

¹⁵ TUFFREAU F. Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médicosociale. ENSP 2007.

¹⁶ Loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale.

¹⁷ Services à la personne : portes ouvertes à l'agrément .TSA Hebdo du 16 novembre 2007.n° 1137.

¹⁸ Centre d'analyse stratégique. Les métiers en 2015. Janvier 2007. A consulter sur www.strategie.gouv.fr

d'organismes de pilotage, de rationalisation et de solvabilisation de la demande de services.

1.3.1 L'émergence du secteur marchand

La convention nationale pour le développement des services à la personne signée le 22 novembre 2004 qui a précédé la présentation du plan et le vote de la loi elle-même, permet à priori de dégager une définition large des services offerts. Ils regroupent « l'ensemble des services contribuant au mieux être de nos concitoyens, qu'il s'agisse de leur domicile ... ».

En revanche le décret du 29 décembre 2005¹⁹ en fixe une liste assez limitative et en exclut de manière très explicite les activités de soins. Les SSIAD continueront en conséquence à faire partie intégrante des établissements sociaux et médicosociaux (ESMS). En ce qui concerne les autres structures d'aide à domicile, elles peuvent par contre être issues du secteur marchand et sont régies non plus par les directives du code de l'action sociale et des familles concernant les ESMS, mais par le code du travail et plus particulièrement son article L.129.1.

On voit donc très clairement l'arrivée du secteur marchand, et de tous ses corollaires (les notions de rentabilité, de mise en concurrence, ...), dans un champ traditionnellement investi par les règles du médicosocial. L'équation n'est pas simple à résoudre et tant les associations, les grandes fédérations de l'aide à domicile que les collectivités locales par le biais de leurs centres communaux d'action sociale, se sont fortement émues des perspectives ouvertes par la loi.

1.3.2 Le régime de l'agrément qualité et le droit d'option

De fait, et cela de manière tout à fait logique, les structures relevant de l'article L.129.1 du code du travail ne requièrent pas une autorisation mais un agrément. C'est plus exactement un agrément qualité, lorsqu'il s'agit de personnes vulnérables et en particulier de personnes âgées. La frontière entre l'agrément simple et l'agrément qualité peut parfois être difficile à percevoir et a été précisée par une circulaire en date du

¹⁹ Décret n° 2005-1698 du 29 décembre 2005 fixant la liste des activités mentionnées à l'article L.129.1 du code du travail.

11 janvier 2006²⁰. Selon le rapport présenté au Conseil économique et social²¹, celle-ci « dresse une liste des activités relevant de l'une ou l'autre procédure d'agrément. Ensuite elle indique que certaines peuvent relever de l'agrément simple ou de l'agrément qualité selon qu'elle s'adresse ou non à des publics fragiles. Il s'agit en l'occurrence des activités d'assistance administratives à domicile ». Les agréments sont alors donnés ou retirés par le seul préfet de département²². Son silence pendant deux mois vaut acceptation de la demande qui est alors délivrée pour cinq ans et couvre l'ensemble du territoire national. La démarche a été confortée par des pratiques de recherche de la qualité, dont par exemple, l'instauration d'un cahier des charges de l'agrément qualité²³

Les associations, les structures et les grandes fédérations « classiques » de l'aide à domicile se sont beaucoup « émues » de cette disposition qui leur paraissait remettre en cause ce qui avait été précédemment acté et valorisé par la loi de 2002 rénovant l'action sociale et médicosociale.

L'ordonnance du 1^{er} décembre 2005²⁴ précise pourtant en ouvrant un droit d'option entre le régime d'autorisation et celui de l'agrément qualité, que les prestataires d'aide à domicile peuvent désormais choisir entre l'un ou l'autre. Les vives protestations entendues ont pu laisser penser que certaines structures en se plaçant ainsi sous le régime de l'agrément qualité, pourraient s'affranchir des contraintes de la loi 2002-2²⁵. La mise en place du droit d'option a soulevé de grandes inquiétudes. La crainte était notamment que les personnes vulnérables ne soient mises au même rang que les autres usagers.

A l'heure actuelle, trois ans plus tard, même s'il est encore sans doute un peu tôt pour en tirer un bilan précis, il est possible de dire que les difficultés qui avaient été avancées en 2005, semblent pour une bonne part non fondées. Une première étude réalisée par le Club Personnes âgées - Personnes Handicapées du Réseau Idéal²⁶ a été

²⁰ Circulaire de l'agence nationale des services à la personne n° 2006-2 du 11 janvier 2006 relative à l'agrément des services à la personne.

²¹ VEROLLET Y. « Le développement des services à la personne ». Rapport au conseil économique et social, 10 janvier 2007.

²² Décret n° 2005-1384 du 7 novembre 2005 relatif à l'agrément des associations et des entreprises de services à la personne et modifiant le code du travail.

²³ Arrêté du 24 novembre 2005 fixant le cahier des charges relatif à l'agrément qualité prévu au 1^{er} alinéa de l'article L.129.1 du code du travail.

²⁴ Ordonnance n° 2005-1477 du 1^{er} décembre 2005 dite de simplification du droit en matière d'action sociale.

²⁵ CHASSAT-PHILIPPE S. « Services à la personne : agrément qualité ou autorisation ? » TSA hebdo du 21 décembre 2007 ; fascicule 1142, pp15.

²⁶ Idem.

lancée après deux ans, au 30 juin 2007. Les résultats restent assez fragmentaires et donc à analyser avec prudence. Ils permettent cependant de voir que dans les cinquante sept départements qui ont répondu à l'enquête qui leur était soumise, la ventilation entre agrément et autorisation porte au final sur 3 023 prestataires de services à domicile. Une large majorité de ces structures a opté pour l'agrément qualité (73 %), un quart environ d'entre elles est répertorié sous les deux régimes (24 %), l'autorisation seule n'a quant à elle été retenue que par une faible part (3 %). Il convient de rappeler qu'il est tout à fait possible pour un service d'être à la fois autorisé et agréé, puisque l'autorisation vaut agrément qualité lorsque la condition d'activité exclusive est remplie.

1.3.3 La création de l'agence nationale des services à la personne et des grandes enseignes

La loi « Borloo » prévoit dans son article 1^{er} la création d'une agence nationale des services à la personne (ANSP)²⁷. Le but poursuivi est de permettre aux acteurs du secteur de disposer en permanence d'un « pilote », et par là même d'être en mesure de rassembler les professionnels, promouvoir et développer le secteur. Le constat opéré est en effet que le nombre des intervenants sur ce champ est très important, et qu'il devient impératif de créer un interlocuteur unique, tant pour les opérateurs que pour les usagers. L'agence a en outre, vocation à assurer un rôle d'observatoire et doit pouvoir être en mesure d'encourager le dialogue social avec l'ensemble des personnels et des structures concernées, avec bien sûr pour objectif de faciliter et d'améliorer l'exercice et l'accès à ces métiers.²⁸

La forme juridique choisie est celle d'un établissement public à caractère administratif. L'ANSP doit notamment engager et coordonner les politiques publiques en faveur du développement des services à la personne. Ses missions et celles de ses délégués territoriaux ont encore été précisées par circulaire du ministère du travail²⁹.

Par ailleurs pour pallier le manque de notoriété des services, rassembler les multiples opérateurs et éviter ainsi les difficultés qui découlent d'un trop grand éparpillement, particulièrement du point de vue d'une bonne mise en relation entre l'offre

²⁷ Article L.129-16 du code du travail.

²⁸ Décret n° 2005-1281 du 14 octobre 2005 relatif à la fixation et à l'organisation des missions de l'agence nationale des services à la personne.

²⁹ Circulaire n° 2005-1 du 28 novembre 2005 du ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement relative au développement des services à la personne.

et la demande, il a été prévu de procéder à la création de «grandes enseignes nationales». Il s'agit très concrètement de susciter la mise en place et d'élaborer des enseignes de références, en quelques sortes « des marques », combinées avec un engagement de qualité de service, aussi nombreuses qu'il en est besoin. Le postulat de départ est simple : pour être sollicités, il est nécessaire que les services soient connus, et que la personne qui en a besoin pour elle-même ou l'un de ses proches puisse savoir à qui s'adresser, tout en ayant le choix de plusieurs interlocuteurs potentiels. Les grandes enseignes doivent donc se faire connaître du grand public, présenter leurs offres de services et les mettre à sa disposition. Enfin, un chèque emploi service universel (CESU) voit le jour et permet de faciliter les rapports employeurs/employés, même en dehors du système d'emploi direct.

Il est encore difficile de se prononcer à l'heure actuelle sur la pertinence de ces mesures car les choix opérés ne sont pas obligatoirement stables, et le recours aux grandes enseignes n'a encore été que très peu évalué. Au 31 décembre 2006, il existait environ une petite quinzaine de références nationales.

1.4 La réponse à des évolutions sociétales

Le secteur des services à la personne, dont celui des personnes âgées est en évolution constante depuis pas mal de temps déjà, mais avec une forte accélération «législative » depuis une dizaine d'années. Les textes se sont succédés, les systèmes se sont enchaînés, juxtaposés parfois. L'Etat s'est attaché à les rationaliser, et à conférer toute l'efficience possible aux divers dispositifs mis en place. C'est là un des rôles majeurs qu'il doit jouer sur ce champ.

Cependant, une telle évolution et une telle prolifération de textes ne saurait être que le reflet des mouvements et des besoins de la société. Ceux-ci revêtent de multiples aspects, mais peuvent néanmoins être classés en trois grandes catégories. D'une part, les progrès de la médecine, mais aussi des conditions de vie, font que les personnes vivent plus longtemps. D'autre part, cet allongement de la durée de vie et notamment de la durée de vie au domicile, s'accompagne d'une recherche de prestations de qualité qui contribuent à générer un sentiment de «vivre mieux ». Enfin, il faut prendre en considération l'impact que le développement des services à la personne âgée peut avoir sur la situation de l'emploi dans notre pays.

1.4.1 L'allongement de l'espérance de vie

Chaque année l'espérance de vie augmente pour arriver au 1^{er} janvier 2008³⁰ à 84,5 ans pour les femmes et 77,6 ans pour les hommes. Pour bien comprendre ces données, il suffit de les mettre en perspective avec celles pas si lointaines de 1990 : 81 ans pour les femmes, et 72,7 ans pour les hommes. On constate ainsi qu'en moins de vingt ans l'augmentation est pour les femmes de pratiquement 3,5 ans et pour les hommes d'environ 5 ans. Cette évolution est liée à n'en pas douter aux progrès médicaux, mais aussi de manière certaine à une connaissance et à une meilleure prise en compte des déterminants de santé. A l'heure actuelle, «une personne de 60 ans a trois chances sur quatre de parvenir à l'âge de 80 ans, contre une sur quatre en 1900».³¹ Il est donc tout à fait nécessaire d'adapter la prise en charge à cette nouvelle donne.

De plus, la part des plus de 75 ans va continuer à croître, pour arriver à l'horizon 2020 à environ six millions de personnes, c'est-à-dire 9 % de la population³². A partir de cette date, l'augmentation devrait être encore plus rapide. Logiquement, la proportion des plus de 85 ans va suivre la même tendance³³. On comprend au travers de ces quelques données chiffrées l'ampleur de la problématique à prendre en compte. L'Etat, et bien sûr ses services, doit être en mesure d'anticiper la demande qui découlera de ce phénomène. D'ores et déjà, il faut commencer à « penser et imaginer » les réponses qui seront mises en place. Les services à la personne sont une première étape.

1.4.2 La nécessaire prise en compte de la qualité de vie

Les modes de vie ont également globalement beaucoup évolué au cours des dernières décennies. Les notions de « confort » et de « bien-être », sont par essence même, éminemment subjectives et évolutives. On peut cependant en dégager un dénominateur commun : la recherche du « vivre mieux », du « mieux-être ».

Les personnes âgées, au-delà de la traditionnelle aide à domicile, expriment une forte demande de facilitation de la vie quotidienne sous tous ses aspects, assez peu prise

³⁰ Données provisoires INSEE au 1^{er} janvier 2008.

³¹ COQUILLION M. Rapport au Conseil économique et social « L'impact de l'allongement de la durée de vie sur les systèmes d'aide et de soins ». 26 septembre 2007.

³² VEROLLET Y. Rapport au Conseil économique et social « Le développement des services à la personne ». 10 janvier 2007.

³³ Idem.

en compte jusqu'à présent. Ainsi, un certain nombre d'actions visant à maintenir les seniors dans la cité et à permettre l'entretien de relations de bonne socialisation, sont de nature à lutter contre l'apparition des pathologies propres à l'isolement et au renfermement sur soi même. Les syndromes dépressifs et autres maladies psychologiques proches, contribuent de manière tout à fait avérée, à créer un sentiment de « mal être », mais induisent aussi des conséquences physiologiques. C'est au final ce qui créera de la « dépendance » chez ces personnes.

En conséquence, il s'avère nécessaire de poser un regard global sur la personne âgée. Il devient évident que « son cadre de vie et l'état de ses relations sociales sont aussi importants qu'une prise en charge médicale adéquate »³⁴. Cette dimension a elle-même été reprise et complétée au niveau européen puisque le conseil de l'Europe a fourni une définition de la dépendance : « c'est un état dans lequel se trouvent des personnes qui, pour des raisons liées au manque ou à la perte d'autonomie physique, psychique ou intellectuelle, ont besoin d'une assistance et/ou d'aides importantes afin d'accomplir les actes courants de la vie »³⁵.

Contribuer à générer des actions qui prennent en compte ces définitions est devenu une donnée à privilégier. Les services à la personne tels qu'issus de la législation de 2005, sont en mesure de répondre, au moins pour partie, à ces besoins.

1.4.3 Une source d'emplois nouveaux

Enfin, il ne faut pas nier, loin s'en faut, l'impact de l'émergence de ce type de structure sur l'emploi et son incidence sur la réduction du chômage³⁶. Le centre d'analyse stratégique estime que les services aux particuliers (comprenant les services aux personnes âgées) devraient globalement concentrer l'essentiel des créations d'emplois d'ici 2015, soit environ 400 000³⁷. Le bilan 2006 de l'ANSP est d'ailleurs venu conforter ces données : 1,8 millions de salariés et un chiffre d'affaire en progression de 11, 8 % par an.

34 COQUILLION M. Rapport au Conseil économique et social « L'impact de l'allongement de la durée de vie sur les systèmes d'aide et de soins ». 26 septembre 2007. Page 16.

35 Conseil de l'Europe. Recommandation n° R (98) du comité des ministres aux Etats membres relative à la dépendance. p.1.

36 Services à la personne : portes ouvertes à l'agrément .TSA Hebdo du 16 novembre 2007. n° 1137.

37 Les métiers en 2015. Janvier 2007. A consulter sur www.strategie.gouv.fr

Néanmoins, même si la création d'emplois nouveaux est un aspect fondamental et intéressant, elle ne doit pas occulter la dimension qualité de la prise en charge, notamment auprès des personnes vulnérables et en particulier auprès des personnes âgées. La dépendance ne peut s'accommoder d'approximation. Une des missions de l'IASS consiste à garantir la mise en place de bonnes pratiques, et de référentiels qualité. Cet objectif passe tout aussi naturellement par une qualification accrue des personnels intervenants. La professionnalisation devient un des axes majeurs du secteur et un des enjeux de la bonne application de cette politique. Le constat du retard pris sur ce secteur avait été précédemment mis en lumière en 2004, dans un rapport au Conseil économique et social³⁸.

Dans ce premier chapitre, il a été démontré comment s'est construite progressivement la notion de service à la personne et comment elle s'est transformée au fil du temps, collant aussi près que possible aux évolutions des besoins. Il a également été mis en lumière que la coexistence à l'heure actuelle des deux grands types de services (autorisés et agréés qualité), peut s'avérer intéressante, notamment en termes de complémentarité.

Il importe désormais de passer à l'observation de la réalité de terrain, et analyser de quelles manières s'effectue la prise en charge à domicile des personnes âgées dans le département de la Vienne.

³⁸ PINAUD M. « Le recrutement, la formation et la professionnalisation des salariés du secteur sanitaire et social ». Rapport au Conseil économique et social. 2004.

2 Une déclinaison et un fonctionnement aux multiples facettes dans le département de la Vienne

Ce chapitre sera consacré à l'analyse de la déclinaison concrète du concept tel qu'il est mis en place dans le département de la Vienne par les grands acteurs de terrain, institutionnels, ou associatifs. Au travers de la description et de l'analyse des pratiques de chacun, on pourra constater que la manière de décliner une telle politique peut être très différente d'un « opérateur » à un autre. En outre, le résultat de toutes ces interventions, même s'il est globalement satisfaisant, est quelque peu différent de ce qui existe dans les textes, sans toutefois être en opposition. Il y a eu la encore une « adaptation aux réalités locales ».

2.1 Le conseil général de la Vienne a opté pour une vision large

Sur le champ des personnes âgées à domicile et des services à mettre à leur disposition, le conseil général de la Vienne est bien évidemment, à l'identique des autres conseils généraux, un interlocuteur et un acteur de premier plan. C'est donc vers ses responsables de services que je me suis tournée en premier.

L'objectif a tout d'abord été d'avoir un état des lieux de ce qui se pratique dans le département, mais aussi dans un second temps, de voir quels pourraient être encore les secteurs non couverts ou du moins en difficulté, et les éventuelles solutions.

2.1.1 Le conseil général met en avant une prise en charge globalement satisfaisante

La toute première question que j'ai posée à chaque fois à chacun de mes interlocuteurs a été « Quel regard global portez-vous sur l'ensemble des dispositifs existants destinés à favoriser le maintien à domicile des personnes âgées ? ». La réponse fut toujours identique : « Le maillage opéré dans le département de la Vienne est globalement satisfaisant et correspond plutôt bien aux besoins de la population locale ».

La Vienne est un département qui compte 281 communes, dont 12 pour la communauté d'agglomération de Poitiers (CAP), et 418 999 habitants au 1^{er} janvier 2006³⁹. Elle connaît une population mixte implantée dans un nombre important de petites communes rurales, mais concentre également une part importante de ses habitants sur le territoire de la CAP (32 % environ)⁴⁰. Ce phénomène de concentration, en particulier sur la ville chef lieu, est durable et très facilement perceptible en comparant simplement les résultats des recensements de population de 1990 et de 1999. Le nombre d'habitants passe de 78 894 à 83 507 à Poitiers intra muros qui devient 45^{ème} ville de France, alors qu'elle était au 50^{ème} rang auparavant⁴¹.

En dépit de ce poids important de l'agglomération, le reste du département bénéficie d'une offre de services relativement importante qui permet de répondre de manière satisfaisante aux besoins des personnes âgées et de leurs familles. Elle se répartit entre 11 opérateurs (CCAS, associations et Mutualité Française), qui travaillent en étroite collaboration. Une bonne complémentarité existe et contribue à créer un maillage satisfaisant sur l'ensemble de la Vienne.

En second lieu, il n'y a pas à proprement parler de typologie particulière de populations qui ont recours à ces systèmes. Toutes les catégories sociales-professionnelles expriment des besoins, et toutes peuvent avoir accès à des types d'aides adaptées. La physionomie des publics pris en charge est bien davantage liée à l'émergence de la dépendance. Le critère d'entrée si on voulait le définir, serait très certainement celui « du besoin lié à la perte progressive d'autonomie ».

Les deux aspects qui viennent d'être traités, géographique et populationnel, ont d'ailleurs été des axes de travail importants du schéma gérontologique qui devait s'achever en 2008, et qui a été prorogé jusque fin 2009. Les travaux de planification future, d'ores et déjà mis en place continueront à suivre les mêmes orientations.

Les interventions au domicile des personnes âgées se font selon trois modes principaux :

- Le gré à gré : cela revient à effectuer l'embauche d'un salarié, la personne âgée prenant dès lors la qualité d'employeur. Cet aspect, hors champ d'un inspecteur de l'action sanitaire et sociale, ne sera pas traité lors de cette étude.

³⁹ Source INSEE 1^{er} janvier 2006.

⁴⁰ Sources INSEE 1999.

⁴¹ Encyclopédies des villes de France. Consultable sur www.journaldunet.com/management/ville/.

- Le mode mandataire : « ce sont les associations et entreprises de services qui assurent le placement de travailleurs auprès de particuliers employeurs. En outre, le mandataire accomplit, pour le compte de ses derniers les formalités administratives »⁴².
- Le mode prestataire : « il s'agit de fournir un prestation exécutée au domicile du particulier sous sa responsabilité et ses propres moyens. Les personnes qui interviennent sont salariées de l'association ou de l'entreprise qui assument donc toutes les obligations et responsabilités d'un employeur »⁴³.

2.1.2 L'impact certain de l'allocation personnalisée d'autonomie en Vienne

La mise en place de l'APA a démontré sans ambiguïté que la porte d'entrée dans le système est bien l'apparition de la dépendance. La montée en puissance de l'allocation personnalisée d'autonomie a été, et demeure importante et rapide. L'examen du bilan des données APA au 31 décembre 2007 est éloquent. Pour la partie domicile, 4 290 personnes ont un droit ouvert (auxquelles il faut ajouter 105 personnes âgées encore bénéficiaires de l'allocation compensatrice). A titre de comparaison, il y avait fin 2004, 3 893 personnes âgées percevant l'APA⁴⁴. Ce sont donc 397 personnes supplémentaires qui sont prises en charge, soit une augmentation de 10,17 %.

La répartition de la population par tranche d'âge au domicile est elle aussi assez explicite, puisque ce sont près de 88 % des bénéficiaires de l'APA en Vienne, qui ont plus de 75 ans :

- 42 % pour les 75 à 84 ans
- 46% pour les 85 ans et plus

La moyenne nationale est quant à elle de 85 %. Les bénéficiaires de l'APA à domicile dans le département de la Vienne sont âgés en moyenne de 83 ans.

Le montant moyen des plans d'aides mis en place reste globalement à un niveau proche de ce qui est constaté au plan national. La part prise en charge par les conseils généraux est estimée à 84 % du montant du plan d'aide, et 74 % des bénéficiaires ont acquitté un ticket modérateur d'environ 110 euros. L'évolution des montants en 2007 est

⁴² Services à la personne : portes ouvertes à l'agrément. TSA Hebdo du 16 novembre 2007n° 1137.

⁴³ Idem.

⁴⁴ Source conseil général 86.Bilan APA 2007.

notamment liée à l'augmentation des tarifs des prestataires. Le cumul des sommes versées par le conseil général de la Vienne au titre de l'APA à domicile au 31 décembre 2007, s'élève à 20 825 967 euros. La ventilation est la suivante : 16 144 445 euros aux différents prestataires (soit 77,5%) et 4 681 521 euros aux bénéficiaires (soit 22,5 %).

On voit bien au travers de ces quelques éléments chiffrés la place prépondérante prise par l'APA depuis sa création et sa mise en œuvre au 1^{er} janvier 2002. En Vienne, les équipes d'évaluation médicosociales jouent un rôle très important, à l'identique de celles du reste de la France. Une certaine originalité réside cependant dans le fait que les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), au-delà de leur rôle classique d'accueil, d'information et d'orientation, effectuent les visites de renouvellements d'APA.

La seule difficulté qui peut être soulignée est celle du plafonnement tant en montant (environ 18 euros de l'heure en semaine), qu'en nombre d'heures.

2.1.3 Le conseil général de la Vienne opte pour une vision plus large que la seule Allocation Personnalisée d'Autonomie

L'information donnée dans le département, notamment par les CLIC, ne se limite pas à la seule APA. Le conseil général de la Vienne exprime une volonté marquée de mettre à disposition des personnes âgées et de leur entourage, l'information la plus large et la plus exhaustive possible. L'équipe médicosociale en charge de l'évaluation de la situation présente aux familles l'éventail complet de l'offre existante. Il faut comprendre par là, que l'information est donnée sur les services autorisés en place, mais aussi sur ceux qui sont agréés qualité, qu'ils soient conventionnés ou non.

La loi du 26 juillet 2005 est donc bien « intégrée », dans l'offre proposée par le conseil général. Celui-ci détient une liste des services prestataires et des services mandataires avec lesquels il a passé convention, mais aussi celle des services prestataires non conventionnés, mais pour lesquels il donne aussi l'information aux différentes personnes qui font une demande d'APA.

La démarche est relativement récente⁴⁵ et a été initiée par l'Etat, au travers des sollicitations de l'agence nationale des services à la personne et de la direction

⁴⁵ Arrêté du président du conseil général de la Vienne n° 2007 DISS/PA/PH/406 du 19 septembre 2007.

départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle. Le conseil général 86 s'est engagé dans le processus et a fixé un tarif de prise en charge de ces types de services. Son montant s'élève à l'heure actuelle à 16 euros de l'heure pour leurs interventions, à condition qu'ils aient obtenu l'agrément qualité, qu'ils soient également conventionnés et que cela fasse partie intégrante du plan d'aide établi par l'équipe médicosociale dans le cadre de l'APA.

On pourrait penser que le conseil général reste dans le cadre strict de l'APA. C'est d'une certaine manière exact, mais il joue aussi un rôle important en matière de communication, qui va bien au-delà de cette seule dimension.

La législation de 2005 a permis une mise en concurrence du secteur. Les différents intervenants ont ainsi pu porter un autre regard sur ce champ, remettre à plat les pratiques, intégrer une prise en compte accrue de la qualité et de la professionnalisation. Cela fait suite à une montée en puissance rapide de l'APA, comme démontré supra, qui n'a pas permis de tout voir, de tout balayer et surtout de tout écrire. Le conseil général visualise la tendance comme un progrès puisqu'elle induit des interrogations sur les pratiques et sur la qualité du service rendu.

De plus, de nouvelles perspectives se trouvent ouvertes, notamment en raison des possibilités qui émergent en matière d'accompagnement des personnes. Le créneau est important et peut permettre de combattre l'isolement des seniors, qui est le plus souvent la cause de dégâts majeurs, notamment au travers de l'apparition de pathologies de type dépressives.

Cependant, la prestation rendue va alors bien au-delà du strict cadre de l'APA. Elle a un coût important et demande que la personne ait des moyens financiers suffisants. Le chèque emploi service universel (CESU) ne constitue pas à priori, un outil qui permette de répondre véritablement à cette problématique. La Vienne est en effet un département où le niveau des retraites (souvent agricoles) est globalement assez bas. Le taux de pauvreté des personnes de plus de 65 ans est en effet de 12 % alors que les moyennes métropolitaine et de province sont respectivement à 7,8 % et 8,3 %⁴⁶. Le système de déduction fiscale a en conséquence peu d'impact.

⁴⁶ Etude INSEE au 01/01/2004.

Dans les faits, pour des raisons de solvabilité, les familles se limitent le plus souvent à l'accompagnement quotidien « classique », sortent assez peu du contexte APA. Elles font leur choix entre les différents opérateurs, pour partie avec comme base de départ l'information qui leur est donnée par les équipes médicosociales, mais aussi en fonction de grands critères qui sont de trois ordres :

- La proximité géographique
- Le coût
- Le bouche à oreille (qui reste très important)

2.2 L'action de trois acteurs majeurs du maintien à domicile en Vienne

La population du département de la Vienne est, à l'exception de l'agglomération poitevine, et de quelques autres zones urbaines telles Chatellerault, Montmorillon et Loudun, principalement rurale. L'offre proposée aux personnes âgées a donc dû en conséquence tenir compte de cette typologie. C'est la raison pour laquelle s'est opérée une « répartition géographique » entre les différents prestataires. Ainsi, le rôle majeur joué par l'association départementale d'aide en milieu rural (ADMR) et son positionnement face aux nouveaux enjeux des services à la personne sera développé dans une première partie. En second lieu, il conviendra de s'intéresser plus particulièrement aux zones urbaines, en illustrant le propos au travers de l'action de la Mutualité Française qui intervient majoritairement en mode mandataire. L'exemple du centre communal d'action sociale de Poitiers sera en troisième lieu, une manière de visualiser une déclinaison de l'aide aux personnes âgées en zone urbaine et en mode prestataire. Au terme de ces trois analyses, il deviendra ainsi possible d'avoir une vision assez complète de l'action menée par les trois grands acteurs du maintien à domicile et des services à la personne dans le département de la Vienne.

2.2.1 Un exemple d'aide en milieu rural : le positionnement de l'ADMR 86

Après avoir rencontré différents interlocuteurs issus des services du conseil général, il m'est apparu tout à fait évident de solliciter l'ADMR pour comprendre la manière dont l'association met en place ses différentes actions auprès des personnes habitant en zone rurale. Il est à souligner d'ailleurs que l'aide en milieu rural dans le département de la Vienne est principalement le fait de l'ADMR et de ses 45 associations

locales qui couvrent tout le département, à l'exception très logiquement, de l'agglomération de Poitiers et de celle de Chatellerault.

Le maillage est tout à fait cohérent et le service rendu, est vu par le public comme une prestation de qualité. L'ADMR a en quelque sorte un positionnement de partenaire tout à fait « incontournable » dans le département. Elle prend en charge des personnes rattachées à des groupes ISO ressources (GIR) allant de 6 à 3, en dehors de son activité de SSIAD qui lui prend des GIR 2. Il convient de rappeler que les GIR 6 et 5 (faibles niveaux de dépendance) ne sont pas éligibles à l'APA et que ce sont plutôt dans la majorité des cas, les caisses de retraites et les mutuelles qui permettent de solvabiliser la demande d'aide.

La structure bénéficie d'un agrément qualité et intervient en mode mandataire. Elle est également adhérente à une grande enseigne « Personnia », en partenariat avec le Crédit Mutuel et le Groupama. La démarche qualité est une constante de l'association depuis déjà longtemps. La notion est vécue quotidiennement comme une évidence.

La demande d'intervention a des origines souvent variées. Elle peut émaner de la personne elle-même ou de sa famille, mais peut aussi venir d'une assistante sociale, de la mairie, voire encore de l'hôpital (dans l'objectif d'organiser une sortie dans les meilleures conditions possibles). Les bénévoles de l'ADMR font alors le dossier de demande d'aide auprès des caisses de retraites et des mutuelles, ou attendent la validation APA par le conseil général. Un partenariat étroit avec les différents CLIC existe, de même qu'avec le réseau gérontologique ville-hôpital de Poitiers. Les associations ADMR font aussi de l'information, comme les CLIC, mais redirigent systématiquement vers eux ou vers le réseau gérontologique. Des réunions de coordination ont d'ailleurs souvent lieu avec ces partenaires.

Cependant, l'accroissement du nombre de personnes âgées, et l'allongement de la durée de vie, mettent en lumière la question du nombre de prises en charge et les conditions dans lesquelles elles s'effectuent. L'ADMR est avant tout à l'origine (et souhaite le demeurer) une association de bénévoles très impliqués. Ceux ci disent rarement non à une demande de prise en charge. A partir de là, il est possible de se demander si le maintien à domicile se fait toujours dans les conditions les plus optimales possibles. Cette tendance est renforcée par le fait que les personnes âgées et leur famille retardent autant que possible l'entrée en EHPAD, souvent pour des raisons financières, mais aussi pour des raisons d'éloignement géographique et affective, entre autres choses. De ce fait, les structures ADMR se voient sollicitées pour des prises en charge de

GIR 2 qui relèveraient vraisemblablement beaucoup plus d'une structure permanente. On voit au fil du temps, s'installer ainsi des « glissements » et des « déplacements de problème ». Pourtant, l'aide apportée se fera grâce aux seules interventions d'auxiliaires de vie sociale (AVS) et d'auxiliaires de vie (AV), accompagnées très souvent par des passages d'infirmières.

Un point important doit tout de même être ajouté : la seule intervention des professionnels ne suffit pas. Pour garder une personne âgée à son domicile il faut avant toutes choses qu'il y ait un environnement qui le permette, et donc qu'il y ait au moins un aidant. Lorsque la famille n'intervient pas, rien n'est possible. Par contre, lorsqu'elle le fait, des personnes avec des GIR de niveaux importants peuvent rester chez elles, puisque la famille ou les proches peuvent contribuer à prendre en charge les grosses difficultés qui subsistent dans ce domaine. L'exemple typique est celui des gardes de nuit et du week-end.

La seule réelle limitation est celle des personnes atteintes de maladies de type « Alzheimer ». Il faut alors trouver d'autres solutions qui passent notamment par des collaborations avec les filières sanitaires. Le rôle de l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale est sur ce point important et doit être travaillé en partenariat tant avec la structure, le secteur sanitaire qu'avec le conseil général.

L'ADMR voit la législation de 2005 comme un élément très positif de la prise en charge des personnes âgées, même si certains aspects se révèlent peu opérants dans son cas particulier. Il en va ainsi de la saisine par le biais des grandes enseignes par exemple. Les pratiques n'ont pas changées. C'est principalement la proximité géographique et le bouche à oreille qui jouent un rôle central. De même, l'association est conventionnée pour recevoir le paiement en CESU. Dans les faits, il n'est que très peu utilisé. C'est vraisemblablement lié au faible niveau de ressources dont disposent les personnes, ce qui a pour conséquence immédiate, le fait qu'elles sortent très peu du cadre de l'APA.

Sur le fond, même si l'ADMR y voit, ou y a vu, une ouverture à la concurrence, elle estime à l'heure actuelle, que des repères communs peuvent ainsi voir le jour et créer une émulation entre les structures. Au final, cela devrait se révéler particulièrement positif en termes de services et de prestations rendus. Enfin, l'ADMR forte de ses bénévoles, avait principalement une culture de la tradition orale. On prenait en considération les demandes et on trouvait les solutions à mettre en face, sans trop se poser de questions. A l'heure actuelle, la structure s'est engagée dans la mouvance de la loi, dans un dispositif local

d'accompagnement (DLA), initié par l'Etat par l'intermédiaire de la DDTEFP. L'objectif est d'obtenir au cours du premier trimestre 2009 une certification AFNOR⁴⁷. Les pratiques ont ainsi alors pu être remises à plat, justifiées et formalisées.

J'ai eu l'opportunité lors de mon stage d'exercice professionnel d'assister à une réunion d'étape de ce DLA. J'ai pu entendre les bénévoles s'exprimer. Dans un premier temps, ils y ont vu une remise en cause de leurs pratiques, et c'est souvent avec beaucoup de méfiance, voire parfois avec un peu d'angoisse, qu'ils se sont rendus à la réunion d'introduction du processus. Au final, la satisfaction est certaine, et le travail va s'en trouver facilité et harmonisé. La formation des futurs bénévoles s'en trouvera simplifiée, très vraisemblablement.

En ce qui concerne les prestations qui tendent à apporter une meilleure qualité de vie aux personnes âgées, l'ADMR est tout à fait intéressée et convaincue du bien fondé de la nécessité de la mesure. « Maintenir une vie sociale à une personne âgée permet de générer les conditions d'une meilleure fin de vie » m'a dit une de ses responsables. La limite afférente à ce type de prise en charge est uniquement financière. Le public existe et a des demandes. Sa solvabilisation est difficile, puisqu'il s'agit très majoritairement, selon les propres termes de l'association, « d'un public APA à faible revenus ». Il est donc difficile de faire autre chose que ce qui ressort du cahier des charges APA, et on assiste à un recentrage sur les fonctions essentielles. D'ailleurs, le plafond de l'APA, en nombre d'heures d'intervention et en montant pose assez souvent des difficultés.

Enfin, cette loi a été aussi le vecteur de la reconnaissance « des métiers du domicile » qui souffraient d'un manque de notoriété depuis pas mal d'années. Leur modernisation et leur professionnalisation sont prises en compte et permettent de faire évoluer le service vers une recherche de qualité encore plus importante. Cependant, il existe des soucis de recrutement sur le secteur du département de la Vienne, comme partout en France actuellement.

2.2.2 Un exemple d'aide en milieu urbain : la Mutualité Française 86

La Mutualité Française Vienne intervient principalement en milieu urbain puisque 85 % de son activité sur situe sur la ville de Poitiers et la CAP⁴⁸. Une petite partie prend

⁴⁷ Association française de normalisation.

⁴⁸ Bilan d'activité de la Mutualité Vienne au 31/12/2007.

place cependant en milieu rural, sur des territoires où intervient assez majoritairement l'ADMR. La Mutualité Française, référencée auprès d'une grande enseigne « France Domicile », intervient en mode prestataire en ce qui concerne l'activité « emplois familiaux », dont 232 190 heures ont concerné les personnes âgées au cours de l'année 2007. L'analyse des données du bilan d'activité démontre une demande très forte de la part des usagers.

Le public touché est relativement âgé puisqu'il a en moyenne plus de 80 ans. Toutes les catégories socio professionnelles sont concernées et les niveaux de revenus sont très variables (ils ne sont d'ailleurs demandés à aucun moment). Les typologies de personnes sont elles aussi multiples : seule ou avec des aidants familiaux, voire des proches, et qui en tout état de cause est pratiquement toujours accompagnée lors de la demande.

Les niveaux de dépendance peuvent être assez importants. Des prises en charge peuvent s'effectuer sur des GIR élevés (le cas le plus fréquent est celui des neuropathies) et s'articulent avec l'action des équipes mobiles de soins palliatifs. Là encore on identifie clairement le rôle que l' IASS a à jouer dans ces domaines. Il lui faut faciliter et fluidifier les articulations entre les différents systèmes, dans l'intérêt et avec le souci permanent de l'utilisateur. Les pathologies les plus complexes doivent être anticipées dans leurs conséquences pour une prise en charge de qualité. La seule réelle limitation est cependant une fois encore, à l'identique de ce que met en avant l'ADMR, la maladie d'Alzheimer et ses corollaires. On voit bien au travers de ces deux exemples, les difficultés liées à ces types de pathologies.

Le plan « Borloo » et tout ce qui en a découlé a été l'occasion pour la Mutualité de se poser des questions de fond concernant le positionnement global de la structure face à l'émergence du secteur marchand et aux prestations « dites de confort ». La réponse est sans ambiguïté. Il faut utiliser les outils offerts, s'occuper de tout le monde en favorisant entre autres l'aide à la mobilité. Une action a d'ailleurs été mise en place dans la Vienne pour faciliter les déplacements des personnes âgées. L'objectif est de démontrer la qualité des prises en charge quelque soit la thématique traitée, même si elle est en dehors du champ des seniors. Les services à la personne sont globalement vus comme une porte d'entrée pour d'autres services, notamment lorsque la dépendance apparaît et qu'il faut avoir recours à des aides extérieures.

Le CESU est perçu comme un outil utile, mais qui néanmoins peut être pénalisant lorsque les ressources des demandeurs sont faibles. Au delà de cet aspect, la création

d'emplois peut s'avérer importante et intéressante. La notoriété du secteur s'en est trouvée fortement renforcée.

2.2.3 Un second exemple d'aide en milieu urbain : le centre communal d'action sociale de Poitiers

Il m'a paru pertinent de rencontrer un second acteur qui travaille en zone urbaine afin d'avoir la vision la plus large possible. Le choix du centre communal d'action sociale de Poitiers s'est imposé comme une évidence. Il œuvre depuis longtemps sur ce champ et est à la fois un service autorisé et un service agréé qualité. Il a en outre travaillé à l'écriture d'une charte territoriale des services à la personne, à la suite de la publication de la loi de 2005. Ce document vise à la mise en place d'un réseau d'acteurs en faveur de la promotion des services à la personne à l'échelle de l'agglomération de Poitiers. Les signataires se sont engagés sur deux plans :

- Construire et porter un réseau, des valeurs, des principes d'actions et d'engagements partagés en faveur du développement des services à la personne.
- Coordonner leurs actions dans un souci de qualité du service rendu et du respect des salariés du secteur.

En dehors de cet aspect, le CCAS de Poitiers, référencé auprès de « France Domicile », a une action auprès des personnes âgées en mode prestataire. Il a deux grands prescripteurs :

- La caisse régionale d'assurance maladie du centre ouest (CRAMCO) pour les GIR 6 et 5
- Le conseil général 86 dans le cadre de l'APA.

Les usagers sont également orientés par l'hôpital, le réseau gérontologique mais aussi par un fort phénomène de bouche à oreille. Le CCAS est très identifié dans la ville comme un prestataire de qualité.

La couverture des besoins est plutôt satisfaisante sur la ville de Poitiers qui apparaît comme un territoire relativement favorisé. Les distances géographiques sont peu importantes, la population concernée bénéficie globalement de revenus plus élevés que dans le reste du département, le service est bien identifié. En outre, il y a une bonne articulation entre les différents intervenants et notamment avec les SSIAD.

La population bénéficiant des services du CCAS est majoritairement peu dépendante puisque sur 1005 personnes suivies au cours de l'année 2007⁴⁹, 734 sont classées en GIR 5 et 6, et seulement 271 sont répertoriées dans le cadre de l'APA.

Il n'y a pas à proprement parler d'analyse fine du public, mais on peut dire qu'il est composé pour 75 % de femmes. Il concerne plutôt des personnes assez peu âgées (15% ont moins de 70 ans). Dans les 85 % restant ayant au moins 71 ans, 44 % ont entre 81 et 90 ans. On comptabilisait en outre en 2007, 195 personnes de plus de 90 ans et 6 centenaires.

Le CCAS de Poitiers commence cependant à connaître des difficultés dans la mesure où depuis le 1^{er} janvier 2008, la CRAMCO ne prescrit plus de nouveaux dossiers aux services prestataires. La caisse continue cependant de le faire pour les structures qui travaillent en mode mandataire, ou pour les personnes qui ont opté pour le système de gré à gré. En ce qui concerne le CCAS, seule fonctionne donc à l'heure actuelle la file active, ce qui ne saurait manquer de poser problème au moment où les personnes âgées sortiront du système, soit lors de leur entrée en établissement, soit lors de leur décès.

A l'identique des autres structures interrogées, le CCAS met en avant le fait que toutes les prises en charge ne sont pas possibles à domicile, même avec les progrès réalisés au cours des dernières années. Le point crucial est bien sûr toujours celui de la dépendance psychique, mais d'autres difficultés subsistent encore telles les gardes de nuit et de week-end. Il est important de travailler alors avec le réseau gérontologique en particulier et avec tout le secteur sanitaire et médicosocial en général. L'Etat, et l'inspecteur, se doit de favoriser l'émergence de solutions nouvelles, de faciliter les passages de l'un à l'autre.

En ce qui concerne les services à la personne vus au travers de l'arrivée du plan « Borloo », ils n'ont pas suscités de grands bouleversements au sein du CCAS. La recherche de qualité était déjà une constante, la démarche était d'ores et déjà enclenchée. Le référencement auprès d'une grande enseigne n'a eu que très peu d'impact. Les numéros nationaux n'ont à ce jour été que peu utilisés, de même que les plates formes. A la limite, le CCAS verrait plutôt ces aspects comme une « occultation de la proximité ». Le CESU est vu comme un facilitateur, une porte d'entrée, mais sans grand effet jusqu'à présent. La mise en concurrence apparaît « légitime », mais se pose alors de façon cruciale la question de la solvabilisation déjà au niveau de l'APA.

⁴⁹ Bilan d'activité au 31 décembre 2007.

Les prestations dites de « confort » dont l'intérêt n'est pas nié et pour lesquelles une demande existe de façon certaine, vont se heurter à leur coût.

La signature de la Charte territoriale des services à la personne constitue un pas en avant, mais dans la pratique, au-delà de la volonté clairement exprimée, il est très difficile de la faire vivre.

2.3 La spécificité du positionnement du réseau gérontologique « ville-hôpital » de Poitiers

Le réseau gérontologique ville-hôpital de Poitiers fait indiscutablement partie du maillage de la prise en charge des personnes âgées dans le département de la Vienne. C'est le plus souvent à lui que les différents intervenants font référence lorsqu'une situation pose de grosses difficultés et qu'il y a eu à un moment ou à un autre, hospitalisation. Il est fait partie intégrante du secteur sanitaire et son approche est en conséquence différente de celles des structures médicosociales. Son rôle est d'être un « facilitateur », mais il lui appartient aussi de mettre en évidence les limites des prises en charges effectuées. Enfin, à partir de la vision globale qui est la sienne, il est en mesure de proposer des règles de fonctionnement simples mais déontologiquement fortes, et qui permettent d'optimiser le secteur.

2.3.1 Une démarche prioritairement sanitaire et neutre

Le réseau ville-hôpital de Poitiers, a pour particularité d'être aussi un CLIC. Il a les deux labellisations. Cependant, c'est en s'appuyant sur l'objectif général de l'amélioration de la qualité de la prise en charge, par une approche globale et personnalisée mobilisant les ressources des champs sanitaires, médicosociaux et sociaux, qu'il intervient pleinement en tant que réseau. Il répond ainsi aux trois grands objectifs qui lui sont assignés :

- permettre le retour ou le maintien à domicile dans des conditions optimales
- prévenir l'aggravation et les conséquences de la dépendance en vue de retarder l'institutionnalisation et l'hospitalisation
- renforcer le lien ville-hôpital pour garantir la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires

Le réseau met l'utilisateur au cœur du système, et contribue à créer autour de lui une prestation de qualité. A l'heure actuelle, la difficulté majeure vient des modes de financement et au fait que l'on réduit souvent le maintien à domicile à la seule APA. Les « payeurs classiques », dont les caisses de retraites, se désengagent de plus en plus. Le travail « non déclaré » peut alors se développer et pose question, notamment sur la qualité de la prise en charge et sur la sécurité des personnes. Totalement neutre par nature, le réseau gérontologique peut jouer un rôle important de régulateur, de facilitateur sur ce champ. La réponse et le maillage territorial qui existent à l'heure actuelle dans le département sont cohérents et répondent aux demandes. Le besoin auquel il faut s'efforcer de répondre est davantage celui de la mise en place d'une réelle coordination. « Eviter les juxtapositions et favoriser la demande plus que l'offre », constituerait pour le réseau un bon pilotage de la problématique.

Le positionnement est le même concernant les services issus de la loi Borloo : il faut faire en sorte que ce ne soient pas les services qui « créent » le besoin, mais bien l'utilisateur qui exprime sa demande. La réponse doit s'y adapter.

2.3.2 Les limites de la prise en charge à domicile

Le réseau contribue grandement au maintien à domicile de personnes âgées présentant des pathologies extrêmement lourdes : sclérose en plaques, cancer.... En ce sens, il répond au besoin couramment exprimé de rester à domicile le plus longtemps possible. Des personnes très âgées vivent chez elles dans de bonnes conditions, et des fins de vie y sont possibles, en collaboration avec les services d'hospitalisation à domicile (HAD) ou encore les équipes mobiles de soins palliatifs lorsqu'elles existent.

Il faut toutefois une bonne dynamique avec la famille et les proches, et une réelle coordination des interventions s'inscrivant dans la double dimension sanitaire et sociale. Le pilotage de la prise en charge devient par là même un élément fondamental, générateur de qualité et de bien être.

La seule réelle limitation avérée est celle de la dépendance psychique. Il est extrêmement difficile, voire impossible matériellement et humainement, de laisser chez elles des personnes atteintes de maladies neurologiques, type Alzheimer et apparentés.

2.3.3 Des règles déontologiques fortes s'imposent

Le réseau gérontologique s'adresse principalement aux personnes âgées souffrant de maladies chroniques ou aiguës nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire. Il est financé sur l'enveloppe régionale de développement des réseaux gérée par l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) et l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM).

A partir de sa vision globale et de son rôle important de régulateur, de médiateur, il lui est ainsi possible de visualiser certains soucis qui se font jour. Ils sont de trois ordres :

- continuer à promouvoir une bonne application de la réglementation
- s'inscrire dans une démarche qualité
- protéger les personnes âgées

Il est donc impératif de s'entourer de règles qui permettent de pallier ces difficultés. Le rôle de l'Etat et de l'inspecteur est par la même particulièrement souligné. La prise en charge et la recherche de la démarche qualité se doivent d'être garanties. Pour cela, il est nécessaire qu'elle soit encadrée (cahier des charges, protocoles, normes) et qu'elle soit contrôlée, évaluée de manière régulière. Il faut aussi savoir aller de l'avant et « faire bouger ce qui justifie de l'être », pour coller au mieux aux évolutions qui immanquablement continueront à se produire, et cela toujours avec le corollaire du service optimal à rendre à l'utilisateur.

2.4 L'intervention au niveau départemental d'un acteur national : la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Chacun des acteurs rencontrés faisait mention dans son discours, à des degrés divers, de la place que tient aujourd'hui la caisse nationale de solidarité pour l'Autonomie (CNSA). En seulement quelques années, elle est devenue un élément central de l'aide aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Il m'est apparu intéressant de solliciter et de rencontrer certains de ses responsables.

D'une part, il me semblait important d'appréhender globalement et synthétiquement ce qu'est la CNSA et quelles sont ses missions. D'autre part, visualiser de son point de vue, avec une mise en perspective de ce que j'ai pu entendre dans le département même, le rôle de la section IV, m'apparaissait nécessaire. Enfin, je

souhaitais connaître et comprendre les orientations futures de la CNSA, telles qu'elles commencent à se faire jour actuellement.

2.4.1 Les missions de la CNSA

Elle a le statut juridique d'un établissement public administratif, et a été créée par la loi du 30 juin 2004⁵⁰, après les difficultés mises en lumière par l'épisode de la canicule de 2003. La loi du 11 février 2005⁵¹ en a précisé et élargi les missions. Globalement la CNSA a trois grands domaines de compétence :

- Financer l'accompagnement de la perte d'autonomie
- Garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire
- Assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation de réseau

Pour mettre en œuvre ces missions, elle dispose de moyens financiers importants. Au titre de 2008, ce sont 17 milliards d'euros, ventilés entre les personnes âgées et les personnes handicapés qui lui ont été attribués. Désormais le financement est également possible pour le secteur du handicap⁵². La ventilation 2008 est la suivante :

- 8,6 milliards d'euros pour les personnes âgées
- 8,4 milliards d'euros pour les personnes handicapées

2.4.2 Le rôle spécifique de la section IV

La CNSA reprend notamment les attributions du fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie, retrace ses ressources et ses charges en six sections. La quatrième reprend, en les élargissant, les attributions du fonds de modernisation de l'aide à domicile, section spécifique du fonds de financement de modernisation de l'allocation personnalisée d'autonomie⁵³.

⁵⁰ Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

⁵¹ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

⁵² Circulaire DGAS/SD3/3A/2007/433 du 6 décembre 2007 relative à la mise en œuvre des actions éligibles au financement de la section IV de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, en faveur des personnes handicapées.

⁵³ Circulaire DGAS/2C/2006/66 du 17 février 2006 relative à la mise en œuvre des actions éligibles au financement de la section IV de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

La plus value de la section IV est à rechercher dans l'extension faite aux actions de formation. Le système repose sur une procédure d'agrément qui remonte via les DDASS et les DRASS. Il y a environ 700 dossiers par an, avec une moyenne financière peu élevée d'environ 23 000 euros par action.

Le département de la Vienne et la DRASS Poitou-Charentes, ont utilisé le système pour des actions soit de modernisation soit de formation. Il convient d'en détailler certaines. Elles s'articulent autour de quatre axes :

- Soutenir le recrutement et l'insertion des nouveaux salariés : financement d'ingénierie de projets de création et de développement local d'emplois, ainsi que leur programmation et leur coordination. De même, les dispositifs d'accompagnement des nouveaux salariés, tels que des actions de tutorat ou des formations d'adaptation à l'emploi peuvent être éligibles.
- Moderniser la gestion des services d'aide à domicile : renforcement, modernisation de l'encadrement, du personnel de terrain, démarche qualité, informatisation de la gestion des services, organisation de groupes de paroles.
- Améliorer l'offre de services et de structuration du secteur de l'aide à domicile : aides au démarrage à la mise en place de prestations de psychologues, d'ergothérapeutes, d'ateliers mémoires ou de psychomotricité par exemple.
- Mettre en place des formations d'adaptation à l'emploi et de mise à jour des connaissances professionnelles de l'aide à domicile : financement de formations ponctuelles.

En 2007, l'enveloppe attribuée par la DDASS 86 a été de 168 835 euros, ventilés sur six projets allant de 10 000 euros à 54 000 euros, soit une moyenne de 28 140 euros. A titre d'exemple, on peut citer deux dossiers agréés par la CNSA :

- Celui porté par « Lien de vie », réseau gérontologique, et destiné au financement de l'équipement informatique et bureautique, la fabrication, l'édition et la diffusion des supports promotionnels, l'organisation de réunions de travail, de coordination, de formation et d'information.
- Celui présenté par « Le réseau gérontologique du pays montmorillonais » destiné à financer également de l'équipement informatique, organiser des groupes de parole et des actions de formation.

Il convient enfin de souligner que la CNSA ne fait par ailleurs aucune différence entre les services autorisés régis par le CASF⁵⁴, et les services agréés qualité dépendant

⁵⁴ CASF article L.313.1.

eux du code du travail⁵⁵. Les dossiers émanant de l'un ou de l'autre type de service sont examinés de la même manière.

2.4.3 Les premiers résultats et les orientations

Cependant, même si l'évaluation complète semble encore difficile à faire dans la mesure où le système est relativement récent, il apparaît que la procédure ne génère pas en elle-même une véritable politique cohérente, principalement avec les orientations départementales. Le nombre de dossiers se limite à environ 700 par an pour une moyenne financière assez faible de 23 000 euros. De plus, on assiste à une sous utilisation quasi chronique des fonds.

C'est ce manque de cohérence qui conduit la CNSA à s'engager pour la section IV et l'utilisation de ses fonds, dans une politique de contractualisation avec les conseils généraux. Il s'agit d'une visualisation à trois ans. La CNSA privilégie largement ce type de convention départementale, et supprime au fur et à mesure de la signature des conventions avec les départements, les droits de tirage des DDASS. La Vienne n'a pas encore contractualisé. En septembre 2008, 25 conventions ont été signées. Une quinzaine d'autres sont à l'étude.

Après l'analyse du concept dans sa globalité (I) puis sa déclinaison concrète dans le cadre du département de la Vienne (II), il est temps désormais de s'attacher à décrire dans un troisième chapitre, les perspectives futures de travail. L'objectif sera de tenter de résoudre les difficultés détectées en Vienne, mais sans aucun doute transposables pour une bonne part sur le reste du territoire national. (III).

⁵⁵ Code du travail article L.129.1.

3 Les leviers envisageables pour surmonter les difficultés actuelles

Dans cette dernière partie, il s'agira face au constat de la persistance de certaines difficultés, de tenter de proposer des pistes d'améliorations, malgré l'existence d'une prise en charge globale de qualité. Cela passera par l'inventaire des situations de blocage et par la proposition des leviers d'actions qui apparaissent envisageables.

Il est à souligner que le département de la Vienne, en étroite collaboration avec la DDASS, a travaillé ces dernières années à faire apparaître une offre quantitative très importante en matière d'hébergement permanent. Le schéma gérontologique 2003-2008 a ainsi vu la création de près de 2 000 places d'EHPAD. Les problèmes qui se font jour actuellement en termes de prise en charge à domicile ont été évoqués clairement et à de nombreuses reprises par tous les partenaires, mais n'en sont à l'heure actuelle qu'à l'étape d'ébauche de solutions. « Le chantier » est ouvert et toutes propositions ou préconisations sont possibles.

Les principaux blocages seront illustrés selon trois principaux axes : les publics concernés, les besoins répertoriés, et enfin la collaboration indispensable entre les différents acteurs du champ gérontologique.

3.1 Un maillage cohérent mais qui ne correspond pas à tous les publics

Chaque partenaire rencontré met très spontanément en avant le fait que la répartition des services contribuant au maintien à domicile des personnes âgées est globalement satisfaisante. Néanmoins, lorsque l'on s'attache à l'examen plus précis des publics concernés, il est possible de voir sans ambiguïté qu'il n'y a pas « un » mais « des » publics.

Ainsi qu'il a été mentionné supra, il y a une réelle différence tant sociologique qu'économique entre les personnes de la seule réelle zone urbaine du département (voire

même de la région Poitou Charentes)⁵⁶, l'agglomération de Poitiers et les zones essentiellement rurales qui l'entourent. La tendance ne pourra que s'accroître avec les données démographiques attendues. L'agence régionale d'hospitalisation de Poitou Charentes (ARH) estime en effet au travers des projections réalisées, qu'en 2015, la part des 85 ans et plus aura augmentée de 68,9 %⁵⁷. Selon, la même source, il y aura près de 42 % de la population du département qui aura au moins 60 ans. Les besoins « des » publics vont en conséquence croître, et les solutions proposées aujourd'hui ne permettront pas obligatoirement de répondre à tous les besoins.

3.1.1 Un dispositif fiscal plutôt inégalitaire

La solvabilisation de la demande est à l'heure actuelle un des grands enjeux du secteur. La création du CESU par la loi de juillet 2005 est un plus dans la construction de cet enjeu. Il ne permet cependant pas de contribuer à constituer une réponse applicable à tous les publics. En effet, la réduction fiscale en cas de paiement par le CESU conduit à accorder une aide à tous ceux qui paient un haut niveau d'impôts. Elle laisse par contre hors champ ceux qui sont non ou peu imposables, et qui cependant peuvent être en demande de ces types de services.

Dans les faits, c'est une demande qui est relayée par de grandes fédérations de type union nationale des associations familiales (UNAF) ou encore union nationale interfédérale des œuvres et des organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS). Il apparaîtrait opportun de substituer un crédit d'impôt aux réductions d'impôts qui par nature ne bénéficient qu'aux personnes imposables. L'objectif proposé serait qu'une personne ne payant pas d'impôts atteigne au moins le même niveau d'aide qu'une personne imposable, en additionnant les sommes perçues au titre des prestations sociales et un complément qui pourrait lui parvenir par exemple sous forme de crédit d'impôts⁵⁸. La population du département de la Vienne, particulièrement concernée par un nombre important de retraites agricoles⁵⁹ de montant relativement peu élevé, ne pourrait qu'y trouver un argument complémentaire lui permettant d'accéder à ces types de services.

⁵⁶ Schéma régional de l'organisation sanitaire en Poitou Charentes 2006-2011 (SROS 3) p.26.

⁵⁷ Source INSEE - Projection OMPHALE. SROS 3 p.182.

⁵⁸ VEROLLET Y. Rapport au Conseil économique et social « Le développement des services à la personne ». 10 janvier 2007.

⁵⁹ Schéma régional de l'organisation sanitaire en Poitou Charentes 2006-2011 (SROS 3) p.183.

3.1.2 Le peu d'impact joué par les enseignes nationales

Un des objectifs assigné aux enseignes nationales était de pouvoir répondre rapidement à la demande et ainsi mettre en place des relais de proximité ou s'appuyer sur ceux existants. De plus dans le même temps, elles devaient contribuer tant à la professionnalisation du secteur, qu'à la mise en place de référentiels qualité.

Dans la pratique, comme on a pu le constater au travers de l'étude de la situation du département de la Vienne, les enseignes nationales sont très peu utilisées, même si chaque prestataire est bien effectivement référencé auprès d'une grande enseigne. La saisine des structures, connues et choisies le plus souvent en raison de leur proximité, se fait toujours de la même façon : de manière ascendante via le bouche à oreille, les mairies et la proximité géographique. La grande majorité des services agréés qualité ou autorisés sont affiliés à une enseigne nationale. De leur propre aveu, ce n'est qu'une opération de « pure forme » dont l'impact reste extrêmement ténu. Certains observateurs nationaux considèrent que les enseignes sont probablement trop nombreuses et ne couvrent pas toujours l'ensemble des besoins. Dans ces conditions « ces plates-formes dont le coût n'est pas négligeable, seront difficilement rentables. Certaines feront payer à leurs clients un abonnement, ou utilisent un numéro d'appel surtaxéEt toutes envisagent de prendre des commissions sur les affaires qu'elles apporteront aux prestataires ... »⁶⁰.

Il en va de même, de la notion d'inscription dans une démarche qualité dont la nécessité est reconnue par tous, mais qui avait vu le jour depuis pas mal de temps déjà. Elle fait désormais pleinement partie du travail réalisé au quotidien et ne peut que continuer à être un axe important de progression. Certaines structures, comme évoqué pour l'ADMR, ont cependant mis l'occasion à profit pour se lancer dans un important travail d'écriture et de remise à plat de leurs pratiques quotidiennes.

3.1.3 Les populations les plus démunies sont peu impactées

La conséquence logique induite par les deux paramètres soulignés supra, est bien évidemment que la partie de la population des personnes âgées les plus en difficulté ne recoure qu'assez peu aux services à la personne en dehors de l'APA, du fait

⁶⁰ L'Expansion, N °708, mai 2006. « Les (trop) grands espoirs des services à la personne »

principalement de difficultés de solvabilisation. On voit là le rôle central et primordial que continue à jouer l'APA.

En outre, lorsque les personnes âgées peuvent financièrement faire appel aux autres services à la personne, la demande passe quasi inmanquablement par des circuits « classiques », sans transiter par l'échelon national. Au mieux, les enseignes nationales ne sont vues par les usagers (personnes âgées et leur famille) que comme des « plateaux d'appel téléphoniques ». L'objectif de structuration du secteur se trouve en conséquence quelque peu dénaturé et privé de son sens.

3.2 Un maillage cohérent mais qui ne répond pas encore à tous les besoins

Le secteur a connu et connaît encore des marges de progrès très importants. Il demeure cependant de grosses zones de préoccupations. Beaucoup de travail reste à accomplir, notamment sur trois types d'actions :

- Prendre en charge le nombre croissant de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer
- Développer les structures d'aide aux aidants et de répit : accueil de jour et hébergement temporaire
- Réfléchir à la mise en place de gardes de nuit et de week-end

3.2.1 Les difficultés liées à l'accroissement des maladies neurologiques de type Alzheimer

La progression rapide du nombre de personnes âgées touchées par des maladies neurologiques dégénératives de type Alzheimer et apparentées ne peut que poser question. Il faut s'efforcer d'apporter le plus rapidement possible la réponse la mieux adaptée aux malades et à leurs familles.

Au plan national, on estime que le nombre de personnes atteintes est aujourd'hui d'environ 860 000 et on prévoit un chiffre de 1,3 million pour l'année 2020. En outre, 70% des entrées en établissements y sont liées, et plus de 72 % des allocataires de l'APA présentent une dépendance de ce type. Ces affections déstabilisent fortement les proches et les familles, et par là même compromettent le maintien à domicile. Les différents « Plans Alzheimer » mettent particulièrement ces difficultés en lumière, en font

« une grande cause nationale » et proposent des solutions concrètes, notamment concernant la qualité de vie des malades et de leur entourage. On voit bien au travers de ces différentes mesures, la préoccupation de l'Etat d'avoir une vision globale et cohérente, avec toujours pour objectif l'égalité de traitement pour chaque usager.

Dans le département de la Vienne, selon l'association « France Alzheimer »⁶¹, le phénomène toucherait 6 300 malades dont 3 800 à domicile soutenu par un proche (conjoint ou enfant) et qui bénéficierait d'une aide à domicile dans la majorité des cas. Il convient donc de former et d'informer tant les proches que les intervenants à domicile. La communication est un aspect important de la prise en charge de la maladie. Le SROS III dans sa partie « Prise en charge de la personne âgée » préconise d'ailleurs l'organisation de consultations mémoire « relais » dans chaque territoire de santé, étant donné l'enjeu de santé publique en présence⁶². Cependant, cet aspect doit s'accompagner d'autres mesures pour offrir une réponse variée et potentiellement applicable au plus grand nombre.

3.2.2 Le nécessaire développement des structures d'accueil de jour et d'hébergement temporaire

Respecter le choix des usagers de rester aussi longtemps que possible à domicile passe obligatoirement par un développement des structures d'accueil de jour. D'une part, elles apportent une aide « aux aidants familiaux », en leur donnant ainsi l'occasion de pouvoir souffler au travers de ces espaces de « répit ». D'autre part, elles permettent aux personnes âgées de sortir de leur domicile, et de contribuer par là même à avoir une meilleure socialisation, des relations sociales « élargies » ou en tous cas plus larges que leur seul cercle habituel.

Dans le même esprit, on ne peut que favoriser l'hébergement temporaire qui permet là encore de soulager les aidants sur un temps plus long, mais qui présente aussi l'avantage de préparer la personne âgée à intégrer une structure d'accueil permanente dès lors que son état de santé le justifierait. On évite par là même un changement brutal de ses repères, qui a souvent pour corollaire d'accélérer sa fin de vie. C'est l'objet du « Plan solidarité grand âge » qui prévoit la création de 2 500 places d'accueil de jour et 1100 places d'hébergement temporaire sur la période 2007-2012. C'est un axe important

⁶¹ « Le journal de Civray » du 28 décembre 2008. « Alzheimer : prévenir à défaut de guérir ».

⁶² Schéma régional de l'organisation sanitaire en Poitou Charentes 2006-2011 (SROS 3) p.190

du travail de l'inspecteur de veiller à ce que de telles places voient le jour, là encore en collaboration avec le conseil général.

Dans la Vienne, la diversification des modes de prises en charge se traduit concrètement par l'autorisation systématique de places d'hébergement temporaire et de places d'accueil de jour dans les nouveaux EHPAD ou lors des conventionnements des structures existantes. La totalité des projets autorisés dans le cadre du schéma gérontologique a ainsi permis le financement et la création de 42 places d'accueil de jour supplémentaires.

Un état des lieux a été réalisé par la DRASS Poitou Charentes au 31 décembre 2007. On y apprend ainsi que le département de la Vienne comptait à cette date 96 places d'hébergement temporaire et 75 places d'accueil de jour. Le programme régional d'accompagnement (PRIAC) 2008-2012 prévoit quant à lui 7 millions d'euros sur cinq ans pour augmenter ce nombre. Ainsi ce sont 70 places d'hébergement temporaire supplémentaires (dont 10 en 2008) et 89 places d'accueil de jour (dont 17 en 2008) qui seront créés entre 2008 et 2012.

Ces créations correspondent bien aux demandes d'aides émanant des familles. Elles permettront d'améliorer les capacités de maintien à domicile qui demeure une demande prioritaire des personnes âgées. On visualise ainsi toute la dimension du travail partenarial effectué entre les services de la DDASS (et donc le travail de l'inspecteur) et ceux du conseil général au travers de la recherche de l'optimisation de l'articulation des différents outils : schéma gérontologique et PRIAC notamment.

3.2.3 Une réflexion à mener sur les gardes de nuit et de week-end

Au delà de la création de ces structures de répit, des difficultés majeures subsistent encore à l'heure actuelle, et tout particulièrement sur les thématiques des gardes de nuit et de week-end. Ce point a été évoqué de manière prégnante lors de chacun des entretiens avec les divers prestataires à domicile du département de la Vienne. C'est une préoccupation importante du moment et qui n'a pas encore trouvé de « réelle solution ». Cela fait partie intégrante des « chantiers » à travailler dans les années à venir.

De fait, le secteur des services à domicile connaît des difficultés importantes de recrutement et ne peut jusqu'à présent investir massivement ce champ. Néanmoins, le

besoin est là et la demande émerge de plus en plus. Les personnes âgées dépendantes sont demandeuses de garde de nuit, itinérantes ou permanentes. La problématique est la même pour les week-end. La solvabilisation est aussi un point crucial.

Là encore, il convient de mener une réflexion d'ensemble, à laquelle l'inspecteur sera partie prenante, avec pour objectifs de structurer, organiser et articuler les dispositifs existants, ou en tant que de besoin, en travaillant à la conceptualisation de solutions hybrides.

3.3 Une collaboration indispensable entre les différents acteurs

L'analyse de ce qui existe dans le département de la Vienne a démontré que la plupart des réponses existent déjà, même si elles demandent à être parfois affinées ou en tous cas complétées. Articuler les différents plans, programmes, schémas devient un objectif de toute première importance auquel il convient que l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale apporte un soin tout particulier.

L'un des principaux moyens à mettre en œuvre pour arriver à ce résultat passe de manière évidente par une collaboration accrue entre les différents acteurs du champ de la prise en charge des personnes âgées. En premier lieu, il s'agira de rapprocher les nombreux partenaires qui interviennent tant au domicile pour des actes de la vie quotidienne que lors de périodes plus « difficiles », comme par exemple les hospitalisations et leurs suites. Dans un second temps, il conviendra de s'interroger et de visualiser les types de collaboration qu'il serait éventuellement possible de mettre en place avec les EHPAD. Enfin, en dernier lieu, puisqu'il est devenu évident pour chacun que le souhait des personnes âgées est de rester à leur domicile aussi longtemps que faire se peut, il apparaîtrait opportun que cette dimension « domicile » soit prise en compte. La placer au centre de l'élaboration de toute la politique gériatrique présente et future, à l'identique de ce qui a été fait antérieurement pour l'hébergement permanent, serait sans doute fondamental.

3.3.1 Encourager le rapprochement des secteurs sanitaires et médicosociaux

L'un des aspects les plus visibles du maintien à domicile, est qu'il génère le plus souvent une multitude d'interventions : vie quotidienne, hygiène, soins médicaux. Rationaliser et coordonner ces diverses prises en charge apparaîtraient opportuns.

Il est relativement fréquent qu'un senior voit au quotidien trois ou quatre intervenants différents, voire parfois plus. « La situation de dépendance dans laquelle se trouve une personne âgée se traduit par un besoin d'intervention globale. De ce fait un service d'aide à domicile est rarement seul à intervenir : 80 % des bénéficiaires d'une aide à domicile reçoivent l'aide ou les soins d'autres intervenants professionnels ou informels. Un quart est pris en charge par plus de six intervenants »⁶³.

Sur ce secteur, on pourrait évoquer la création et l'expérimentation de structures de type services polyvalents d'aides et de soins à domicile (SPASAD) qui permettraient de placer la personne âgée en position centrale et de coordonner plus aisément autour d'elle et de ses besoins, les différentes prestations indispensables à l'optimisation de sa prise en charge. Par là même, il est nécessaire de promouvoir un partenariat harmonieux entre ces établissements, le conseil général, et l'Etat en charge de l'aspect soin, via les SSIAD. Une assise juridique a même été conférée à cette coordination et à l'existence possible de ces services polyvalents par un décret de 2004⁶⁴. Un tel service n'existe pas encore dans le département de la Vienne.

De même, toujours en conformité avec le plan solidarité grand âge, la promotion et la fluidification des filières gériatriques deviennent impératives. Cela passe tout d'abord par une augmentation des places d'hospitalisations à domicile (HAD). Le SROS III Poitou Charentes en donne une définition tout à fait adaptée à la situation des personnes âgées. « L'hospitalisation à domicile concerne des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisées en établissement de santé. Elle permet d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en services de soins aigus ou de soins de suites et de réadaptation, lorsque la prise en charge à domicile est possible »⁶⁵.

De même travailler, dans le cadre de l'HAD, au développement des unités de soins palliatifs à domicile, y rendant possible certaines fins de vie, devient nécessaire. Les circulaires du 30 mai⁶⁶ et du 11 décembre 2000⁶⁷ ont donné des précisions sur les patients et sur leurs prises en charge. L'HAD s'applique particulièrement aux patients

⁶³ DREES « Les bénéficiaires des services d'aide à domicile ». Etudes et résultats, n ° 296, mars 2004.

⁶⁴ Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

⁶⁵ Schéma régional de l'organisation sanitaire en Poitou Charentes 2006-2011 (SROS 3) p.191.

⁶⁶ Circulaire n° DH/E02/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile.

⁶⁷ Circulaire complémentaire à celle du 30 mai 2000. Publiée au Bulletin Officiel N° 2001-1

atteints de cancer, de maladies neurologiques ainsi qu'aux soins palliatifs. L'HAD précisée par un texte en 2004⁶⁸, vient donc compléter l'offre de proximité, notamment au regard du vieillissement de la population, afin de prendre en charge au plus près des lieux de vie, les patients qui peuvent en bénéficier⁶⁹.

On voit au travers de ces deux aspects de l'HAD, le rôle majeur que doivent jouer les réseaux gérontologiques sur l'ensemble du territoire. Il conviendrait de les généraliser dans le but de pouvoir organiser autour de la personne âgée une équipe pluridisciplinaire. Ainsi le maintien à domicile se ferait dans de meilleures conditions, les hospitalisations pourraient, dans la majorité des cas, être programmées et mieux « vécues ». L'inspecteur a un rôle important à jouer sur ce champ.

Dans la Vienne, le SROS III fait état de l'existence de 50 places d'HAD. Ventilées entre deux structures (la clinique Saint Charles pour 35 places et le CHU pour 15 places), elles sont toutes installées depuis 2006. Les aires géographiques couvertes sont pour l'instant relativement modestes :

- Pour la clinique Saint Charles : Poitiers, Saint Benoît, Montamisé, Buxerolles et Mignaloux-Beauvoir, soit environ 10 kilomètres.
- Pour le CHU : la communauté d'agglomération de Poitiers.

Une dimension départementale est envisagée pour chacune de ces deux structures après évaluation. Le processus a donc vocation à être élargi à l'ensemble du territoire départemental, et permettra ainsi une égalité de traitement entre chaque usager quelque soit son lieu de résidence.

3.3.2 Promouvoir une collaboration simple avec les EHPAD

Une autre piste de travail consisterait à mettre en place un système de « passerelles » entre les EHPAD et le domicile. A l'heure actuelle lorsqu'une famille fait entrer une personne dans un EHPAD, elle le fait le plus souvent pour des raisons impérieuses (pathologies lourdes, raison de sécurité, etc.), mais elle sait aussi que ce faisant, elle amène son parent à son dernier lieu de vie. Cette dimension peut avoir un poids psychologique important, aussi bien pour les familles que pour les personnes.

⁶⁸ Circulaire n° DHOS/O/2004/44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile

⁶⁹ Schéma régional de l'organisation sanitaire en Poitou Charentes 2006-2011 (SROS 3) p.191

L'admission dans les EHPAD, au lieu de revêtir une dimension « définitive », et « irréversible », pourrait sans doute être vue comme une entrée dans un « lieu de répit », pour les personnes âgées, pour leur famille et leur entourage. Cela dédramatiserait sans aucun doute l'acte, mais présuppose qu'il y ait en permanence un volet de places mises à disposition dans les EHPAD, que ce soit en accueil de jour ou en accueil temporaire. A l'heure actuelle, de plus en plus de places de ce type sont créées sans pour autant être clairement identifiées. Elles se trouvent intégrées et parfois « noyées » dans l'ensemble des places de l'établissement.

Il apparaîtrait donc nécessaire de passer par une délimitation claire et figée des différents types de places existantes correspondant à ces besoins. Il ne faut plus les fondre dans la masse globale de l'établissement. En conséquence, le pré requis pour l'atteinte de cet objectif est la couverture préalable des besoins en hébergement durable. Il faut au maximum éviter d'employer les autres places à cette seule fin, comme c'est encore trop souvent le cas aujourd'hui. Le second pré requis nécessaire à la mise en place de ce système, est bien évidemment d'ordre financier. Il suppose de mettre à disposition des établissements des moyens financiers suffisants pour mener à bien ces types d'opération.

Dans la Vienne, les places sont désormais clairement identifiées, tant lors de l'autorisation de places nouvelles, que lors des renouvellements des conventions tripartites. Cette première phase est extrêmement importante, même si de l'aveu même de certains directeurs d'EHPAD rencontrés, elle est parfois difficilement suivie d'effet en raison de la pression de la demande sur certaines zones géographiques précises. Il convient néanmoins de poursuivre dans ce sens.

3.3.3 Intégrer le domicile comme un élément à part entière de la politique gérontologique, notamment dans les schémas

La plupart des schémas gérontologiques ont eu jusqu'à présent pour objectif de créer des places en EHPAD, tant en terme de quantité pour coller aux besoins liés à l'évolution démographique, qu'en terme de qualité par le développement et la généralisation des conventions tripartites (Etat, conseil général et établissement). Cette démarche a constitué le préalable nécessaire et indispensable à la construction d'une véritable politique d'accueil et de prise en charge de l'hébergement permanent de la personne âgée. L'Etat et les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale s'y sont particulièrement impliqués.

Ce fut bien évidemment le cas dans le département de la Vienne. Le schéma gérontologique 2003-2008 (prorogé jusqu'au 31/12/2009) a axé principalement son action sur l'augmentation du nombre de places d'EHPAD. En effet, le taux global d'équipement en établissement d'hébergement (maisons de retraite médicalisées ou non, foyers logement et unités de soins longue durée), c'est-à-dire le nombre de places offertes pour 1 000 personnes de 75 ans et plus, était dans le département de 142,20⁷⁰. Ce chiffre était inférieur d'une part à la moyenne régionale de 149,1 et d'autre part à la moyenne nationale de 149,6. L'objectif fixé a été la création au minimum de 900 places au terme des cinq années du schéma.

Dans le même temps, la nécessité de procéder à un rééquilibrage géographique était clairement affichée. La réduction des écarts de niveaux d'équipement entre les secteurs gérontologiques était devenue impérieuse.

Après une première évaluation courant 2008, il apparaît qu'au final ce sont 2 052 places qui ont été autorisées pendant la période, en intégrant les transformations des résidences services, non prévues à l'origine. La capacité offerte dans les établissements médico-sociaux de la Vienne est aujourd'hui de 7 217 places contre 5 165 en 2002. Le taux d'équipement est ainsi passé (en prenant toujours les données du recensement INSEE de 1999 qui sont les dernières données connues et fiables à l'heure actuelle) de 142,20 pour 1 000 à 198,70 pour 1000.

Cependant, on assiste à l'heure actuelle à l'émergence d'autres souhaits et d'autres besoins. Il apparaît indispensable d'y répondre, de la même façon qu'il a été répondu aux besoins en établissements (même si tout n'est pas encore achevé sur ce point). La solution peut et doit sans doute passer par le même outil, c'est-à-dire le schéma gérontologique. Son pilotage est désormais confié aux seuls conseils généraux. L'Etat, via les DDASS, et bientôt les ARS (Agence Régionale de Santé) y est largement associé. Il ne faut pas non plus oublier l'impact du PRIAC.

Il apparaît cependant utile de compléter la démarche de planification « établissements » et « hébergement permanent » par une approche du domicile plus développée que jusqu'à présent. Des objectifs tant quantitatifs que qualitatifs, et correspondants aux réalités locales, devront être définis. Ils permettront ainsi au travers d'un outil de planification largement partenarial de viser des résultats programmés sur la

⁷⁰ Chiffre 2002.

durée des cinq années de validité du schéma, et donneront lieu à une évaluation à son terme.

Le département de la Vienne qui a déjà un volet « domicile » dans le schéma gérontologique en cours de validité, mène actuellement une réflexion importante sur les aspects « maintien à domicile » et « articulation avec le secteur sanitaire ». Cela passe notamment par des travaux ayant pour thème la fluidification des filières gériatriques. La recherche d'un partenariat accru avec le centre hospitalier universitaire (CHU) est un des objectifs forts de la réflexion menée. La DDASS est largement, et logiquement, associée à la démarche. Les différents partenaires rencontrés (ADMR, CCAS de Poitiers, réseau gérontologique, Fédération Départementale de la Mutualité Française) soulignent eux aussi largement la nécessité d'inclure un volet « domicile » au futur schéma. C'est un axe de réflexion et de travail qui apparaît désormais incontournable.

Conclusion

Ce mémoire a été pour moi l'occasion de mener un travail de documentation et d'investigations. Au delà de cet aspect, il m'a permis de me projeter en tant que futur IASS, dans la problématique des personnes âgées, avec toutes les liaisons à opérer entre les champs sanitaires et médicosociaux. J'ai ainsi pu prendre en compte l'importance de la dimension transversale de la fonction.

Cette immersion et la conceptualisation d'hypothèses de solutions m'ont également donné l'opportunité de mieux comprendre les enjeux des missions de l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale. Ce type de recherche, au travers des enseignements que je peux en retirer aujourd'hui, me paraît transposable dans d'autres domaines, et ne pourra être qu'un plus vis à vis des missions futures que je serai amenée à exercer.

La thématique des services à la personne constitue un enjeu important pour les années à venir. Chacun d'entre nous y sera confronté, à titre professionnel en tant que IASS d'abord, ou encore à titre personnel. L'ambition de ce mémoire a été de tenter d'en donner une définition, puis à partir de l'exemple concret des services de la Vienne, de mesurer l'impact des données législatives et réglementaires sur un territoire donné. Enfin, j'ai essayé de proposer des solutions aux difficultés les plus saillantes rencontrées lors de cette étude.

Il reste maintenant à étudier la mise en œuvre de ces préconisations. Certaines d'entre elles ont déjà été testées, et l'on sait qu'elles sont « pertinentes » et « jouables » : généralisation des accueils de jour et des hébergements temporaires par exemple. Il en va de même du développement de l'HAD. D'autres reposent davantage sur des besoins locaux, comme l'intégration du volet domicile dans le schéma gérontologique (même si la préoccupation est certainement aussi d'actualité dans d'autres départements). Leur développement passera par une volonté marquée de travail partenarial.

En tout état de cause, de vastes chantiers s'ouvrent pour les années à venir. L'inspecteur, quelle que soit l'évolution de nos institutions aura toujours un rôle important à y jouer en terme de régulation, médiation, conceptualisation. C'est là un des grands intérêts de cette fonction.

Bibliographie

- **Textes officiels**

Code de l'action sociale et des familles.

Code de santé publique.

Code du travail.

Conseil de l'Europe. Recommandation n° R (98) du comité des ministres aux Etats membres relative à la dépendance.

Loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale.

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Loi n° 2005-52 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale.

Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la perte d'autonomie des personnes âgées et portant création de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Loi n° 2003-289 du 31 mars 2003 portant modification de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la perte d'autonomie des personnes âgées et portant création de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Décret n° 2005-1698 du 29 décembre 2005 fixant la liste des activités mentionnées à l'article L.129-1 du code du travail.

Décret n° 2005-1281 du 14 octobre 2005 relatif à la fixation et à l'organisation des missions de l'agence nationale des services à la personne.

Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soin à domicile.

Décret n° 81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées.

Circulaire n° DGAS/SD3/3A/2007/433 du 6 décembre 2007 relative à la mise en œuvre des actions éligibles au financement de la section IV de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, en faveur des personnes handicapées.

Circulaire n° DGAS/2C/2006/66 du 17 février 2006 relative à la mise en œuvre des actions éligibles au financement de la section IV de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Circulaire n° ANSP/2006-2 du 11 janvier 2006 relative à l'agrément des services à la personne.

Circulaire n° 2005-1 du 28 novembre 2005 du ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement relative au développement des services à la personne.

Circulaire n° DHOS/O/2004/44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile.

Circulaire n° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile.

- **Ouvrages**

RAYSSIGUIER Y. « Politiques sociales et de santé, comprendre et agir ». EHESP 2008.

TUFFREAU F. « Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médicosociale ». EHESP 2007.

- **Revues**

CHASSAT-PHILIPPE S. « Services à la personne : agrément qualité ou autorisation ? ». TSA hebdo du 4 janvier 2008, fascicule 1143, pp. 15-18.

CHASSAT-PHILIPPE S. « Services à la personne : agrément qualité ou autorisation ? ». TSA hebdo du 21 décembre 2007, fascicule 1142, pp. 15-19.

Dossier « Services à la personne : portes ouvertes à l'agrément ». TSA Hebdo du 23 novembre 2007, n° 1138.

Dossier « Services à la personne : portes ouvertes à l'agrément ». TSA Hebdo du 16 novembre 2007, n° 1137.

LAMPERT S. « Aide et soins à domicile : la qualité fera la différence ». Gazette Santé Social, octobre 2007, fascicule 34, pp. 20-26.

DERCHEF F. « Réflexions sur la formation ». Gérontologie et société, septembre 2007, fascicule 118, pp. 131-140.

BODE I. « La nouvelle donne du marché providence ». Retraite et société, juin 2007, n° 51, pp. 207-233.

« Les (trop) grands espoirs des services à la personne ». L'Expansion, n° 708, mai 2006.

- **Rapports et études**

COQUILLION M. « L'impact de l'allongement de la durée de vie sur les systèmes d'aide et de soins ». Rapport au Conseil Economique et Social, 26 septembre 2007.

VEROLLET Y. « Le développement des services à la personne ». Rapport au conseil Economique et Social, 10 janvier 2007.

Cour des comptes « Les personnes âgées dépendantes ». Rapport public particulier novembre 2005.

PINAUD M. « Le recrutement, la formation et la professionnalisation des salariés du secteur sanitaire et social ». Rapport au conseil économique et social. 2004

DREES « Les bénéficiaires des services d'aide à domicile ». Etude et résultats, n°296, mars 2004

- **Internet**

Age village décembre 2008. Disponible sur www.agevillage.fr

Centre d'analyse stratégique. « Les métiers en 2015 ». Janvier 2007. Disponible sur www.strategie.gouv.fr

Encyclopédie des villes de France.

Disponible sur www.journaldunet.com/management/ville/.

- **Documents institutionnels**

Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire et Social III Poitou-Charentes 2006-2011.

Programme Interdépartemental d'Accompagnement Poitou-Charentes 2007-2012.

Arrêté du président du conseil général de la Vienne n° 2007 DISS/PA/PH/406 du 19 septembre 2007.

- **Autres documents**

Bilan d'activité 2007 de la Mutualité de la Vienne.

Bilan d'activité 2007 du Centre Communal d'Action Social de Poitiers.

« Alzheimer : prévenir à défaut de guérir » article du « Journal de Civray », 28 décembre 2008.

Liste des annexes

Annexe 1 : La contractualisation avec les départements au titre la section IV du budget de la CNSA (septembre 2008).

Annexe 2 : Liste des services mandataires du département de la Vienne.

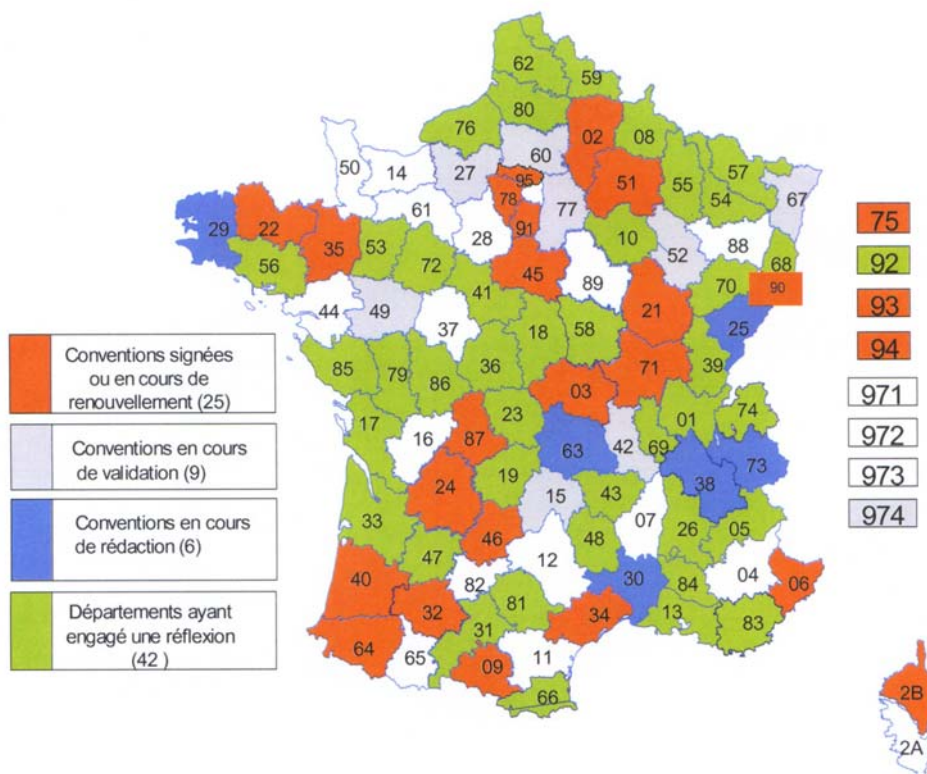
Annexe 3 : Liste des services prestataires du département de la Vienne.

Annexe 1 : La contractualisation avec les départements au titre la section IV du budget de la CNSA (septembre 2008).



Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

**LA CONTRACTUALISATION AVEC LES DEPARTEMENTS
au titre de la section IV du budget de la CNSA**



Annexe 2 : Liste des services mandataires du département de la Vienne.

LISTE DES SERVICES MANDATAIRES

A.D.A.P.A. Availles-Limouzine (Association d'Aide à Domicile aux Personnes Agées)	Mairie - 86460 AVAILLES-LIMOUZINE	05 49 48 37 07
A.D.A.P.A. Chauvigny	4 rue de la Paix - 86300 CHAUVIGNY	05.49.56.02.95
A.D.A.P.A. Montmorillon	4 rue des Récollets – BP 68 - 86500 MONTMORILLON	05.49.91.56.93
A.D.M.R. (Biard) (Fédération Départementale des Associations d'Aide à Domicile en Milieu Rural de la Vienne)	18 rue Nungesser – Biard - BP 1169 86062 POITIERS CEDEX 9	05 49 30 35 45
A.G.M.P. (Association des Garde-Malades du Poitou)	21 place Philippe le Bel – 86000 POITIERS	05.49.44.02.54
A.M.F. (Aides aux Mères et aux Familles)	36 rue Gustave Courbet - 86100 CHATELLERAULT	05.49.21.03.85
A.P.E.F. (Association pour le Placement en Emplois Familiaux)	8 rue Emilien Fillon - 86160 GENCAY	05 49 53 02 16
A.S.A.D. (Aide et Soutien à Domicile)	13 rue Frédéric Mistral - 86180 BUXEROLLES	05.49.45.63.42
C.C.A.S. Châtellerault	15 rue Choisinin - BP 832 - 86100 CHATELLERAULT	05 49 02 56 80
EMMA SAP	21 place du 28 août 1944 – 86230 ST GERVAIS LES TROIS CLOCHERS	05.49.98.95.89
Mutualité de la Vienne	60-68 rue Carnot - 86000 POITIERS	05 49 50 02 90
S.A.D. Châtellerault (Service d'Aide à Domicile)	La Grange - 86100 CHATELLERAULT	05.49.02.36.76
SEFA/CSF (Association Service Emplois Familiaux)	60 rue de Slovénie - 86000 POITIERS	05 49 01 65 85

Annexe 3 : Liste des services prestataires du département de la Vienne.

LISTE DES SERVICES PRESTATAIRES CONVENTIONNES

CENTRES COMMUNAUX D'ACTION SOCIALE		
C.C.A.S. Bonnes	Mairie - place Jean Baptiste - 86300 BONNES	05 49 56.40.17
C.C.A.S. Buxerolles	Mairie - 12 rue de l'Hôtel de Ville - 86180 BUXEROLLES	05 49 38 38 49
C.C.A.S. Châtellerault	15 rue Choisinin - BP 832 - 86100 CHATELLERAULT	05 49 02 56 80
C.C.A.S. Poitiers	45 avenue de la Marne - BP 593 - 86100 POITIERS	05 49 52 38 00
C.C.A.S. St Benoit	Mairie - BP 11 - 86280 St BENOIT	05.49.37.44.00
ASSOCIATIONS D'AIDE A DOMICILE AUX PERSONNES AGEES		
A.D.AP.A. Availles-Limouzine (Association d'Aide à Domicile aux Personnes Agées)	Mairie - 86460 AVAILLES-LIMOUCINE	05 49 48 37 07
A.D.A.P.A. Chauvigny	4 rue de la Paix - 86300 CHAUVIGNY	05.49.56.02.95
A.D.A.P.A. Montmorillon	4 rue des Récollets - BP 68 - 86500 MONTMORLLON	05.49.91.56.93
A.D.M.R. (Biard) (Fédération Départementale des Associations d'Aide à Domicile en Milieu Rural de la Vienne)	18 rue Nungesser - Biard - BP 1169 86062 POITIERS CEDEX 9	05 49 30 35 45
A.P.E.F. (Association pour le Placement en Emplois Familiaux)	8 rue Emilien Fillon - 86160 GENCAY	05 49 53 02 16
Mutualité de la Vienne	60-68 rue Carnot - 86000 POITIERS	05 49 50 02 90

LISTE DES SERVICES PRESTATAIRES NON CONVENTIONNES

ASSOCIATIONS D'AIDE A DOMICILE AUX PERSONNES AGEES		
AGE D'OR Services (Douce Vie Services)	10 rue du Gué Sourdeau - 86360 CHASSENEUIL	05.49.47.53.08
A.M.F. (Aides aux Mères et aux Familles)	36 rue Gustave Courbet - 86100 CHATELLERAULT	05.49.21.03.85
ANY'S CARPE DIEM	5 rue des Chenerrottes - La Bardonnière - 86170 AVANTON	05.49.56.70.07
A.S.A.D. (Aide et Soutien à Domicile)	13 rue Frédéric Mistral - 86180 BUXEROLLES	05.49.45.63.42
DOMIFACILE	2 bis Plan de la Celle - 86000 POITIERS	05.49.47.39.44
EMMA SAP	21 place du 28 août 1944 - 86230 ST GERVAIS LES TROIS CLOCHERS	05.49.98.95.89

Service PA/PH/15/05/2008