

## La prise en charge des personnes âgées

### > A SAVOIR

#### AIDE À DOMICILE MODE D'EMPLOI

La personne âgée a la possibilité de recourir à différentes offres de services :

► **Le CCAS** : il peut intervenir lors de l'instruction du dossier de demande de la prestation et, lorsque existe un service d'aide à domicile, comme prestataire pour le compte des financeurs multiples : départements, caisses de retraite, régimes spéciaux ;

► **l'association prestataire** : conventionnée avec les financeurs du secteur, elle propose une prestation effectuée par des professionnelles encadrées et formées, permet à la personne âgée la simplification des démarches (ces associations sont souvent prestataires et mandataires) ;

► **l'association mandataire** : elle propose un salarié à la personne, moyennant une cotisation en contrepartie des démarches administratives liées à l'embauche d'un salarié – la personne âgée est l'employeur ;

► **le chèque emploi service et le titre emploi service** : le chèque emploi service tient à la fois lieu de contrat de travail, de bulletin de salaire et bordereau de déclaration aux organismes sociaux – l'utilisateur doit trouver son personnel et est employeur ;

► **le gré à gré** : c'est l'emploi direct d'un salarié, avec toutes les démarches administratives et les déclarations obligatoires liées à l'embauche.

Quelle que soit l'appellation utilisée – foyer-logement, maison de retraite ou unité de soins de longue durée -, le secteur d'hébergement des personnes âgées connaît une profonde évolution. Et si l'allongement de l'espérance de vie a provoqué une augmentation de la proportion de personnes âgées dans la population, reste qu'il y a mille et une façons de vieillir en fonction de son état de santé, de son environnement familial, de son appartenance socioprofessionnelle, de ses moyens financiers, de son implantation géographique...

### LE PROBLÈME POSÉ



**Aujourd'hui, on compte les centaines, mais une personne âgée sur douze est dépendante. La « perte d'autonomie » se mesure, différents modes d'accueil se juxtaposent au fil des lois... sans pouvoir empêcher les listes d'attente d'entrée dans les institutions spécialisées.**

**Dans l'immédiat après-guerre** et jusqu'au début des années soixante, la question du vieillissement et de la prise en charge de la personne âgée ne se pose quasiment pas : cette population est naturellement prise en charge par la famille ; et quand c'est nécessaire, priorité est donnée au maintien de la personne âgée chez elle, le plus longtemps possible.

**Si, en 1962**, le rapport Laroque pose les bases de l'action sociale vieillisse, jusqu'en 1970, les actions de maintien à domicile n'en sont qu'à leur début, résultat d'initiatives disséminées et non d'une véritable action médico-sociale. **Entre 1972 et 1977**, différents plans portent sur le maintien à domicile et la participation sociale des personnes âgées. La **loi du 30 juin 1975** donne une assise légale à tout le secteur social et médico-social, en précisant notamment les procédures de tarification. **De 1975 à 1980**, le programme d'actions prioritaires (PAP 15) valide quatre principes : la notion de secteur géographique, la coor-

## LES FICHES | Multiple

dination des aides, l'attribution de crédits de l'État subordonnés à la signature d'un contrat de secteur et la déconcentration du rôle d'impulsion au niveau des régions. **Entre 1986 et 1996**, différentes dispositions sur les emplois familiaux percutent le secteur : le chèque service et le chèque à domicile fait de la personne âgée un employeur, avec toutes les responsabilités que cela implique. En décembre 1996, le toilettage de la loi de 1975 est entamé. Objectif ? Mieux définir la place des usagers et de leurs familles tout en clarifiant le champ d'application de la loi, la concertation et l'organisation entre les différents acteurs en présence, les critères d'évaluation de l'activité des établissements et les critères d'allocation de ressources.

La prestation spécifique dépendance (PSD) voit le jour : elle est gérée par les départements, sa tarification est fondée sur le niveau de dépendance évalué selon une grille nationale commune, la grille AGGIR (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources).

**Dernier épisode en date** : l'instauration de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), effective depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2002, destinée aux personnes qui, en plus des soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.

### CE QUI FAIT DÉBAT



**La prise en charge des personnes âgées est en pleine mutation. Au-delà des raisons qui provoquent ces évolutions, la qualité des prestations – professionnelles et emplies d'humanité – est au cœur du débat.**

**Les raisons inhérentes** à la profonde évolution que connaît actuellement le secteur relatif à l'hébergement des personnes âgées sont essentiellement liées au public accueilli, à la réglementation et au financement.

Pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, de nombreuses personnes atteignent un âge très « canonique » : avoir 100 ans constitue dès lors un événement, même si le nombre de centenaires explose. Un phénomène qui s'explique par le progrès médical et l'amélioration des conditions de vie et de travail. Résultat : chaque année, l'espérance de vie augmente d'un trimestre – et il en est de même pour l'espérance de vie sans incapacité. Dans le même temps, les services à

### > A SAVOIR

#### ACCUEILS TRADITIONNELS ET NOUVEAUX MODES D'HÉBERGEMENT

- **Les « cantous »** : accueillent des personnes âgées, dépendantes psychiques (type Alzheimer), dans des unités de vie, chacun d'eux constituant un milieu familial, où travaux et vie quotidienne sont partagés avec les résidents.
- **Les maisons de retraite** : accueillent des personnes valides ou semi valides, offrant des services collectifs et un encadrement médical. Elles sont adaptées pour accueillir des personnes aux revenus modestes (aide sociale).
- **Les maisons de retraite avec section de cure médicale** : prennent en charge les personnes âgées avec des fonctions mentales altérées ou non, ayant conservé une capacité à se déplacer ou non, avec un besoin de soins.
- **Les centres ou unités de long séjour** : accueillent les personnes dépendantes confinées au lit, avec des fonctions mentales gravement altérées, nécessitant la présence continue d'intervenants.
- **Les foyers-logements** : permettent de résider en appartement autonome, avec services collectifs facultatifs.
- **L'accueil familial** : l'action des familles d'accueil n'est pas reconnue comme un exercice professionnel – elles travaillent 24 heures/24, n'ont pas droit au chômage et ne peuvent prendre de vacances que si elles trouvent une famille relais. Ces contraintes sont très lourdes à assumer et ce mode d'accueil ne peut évidemment pas concerner des personnes âgées ou handicapées très dépendantes.
- **Les nouveaux modes d'hébergement** : l'accueil de jour, de même que l'accueil temporaire pour personnes dépendantes, peuvent apporter une prise en charge adaptée à ce type de situations. L'un et l'autre offrent, à la famille, un moyen de lutter contre l'épuisement et l'essoufflement, mais leur coût reste onéreux. La prise en charge possible, par l'APA, constitue une opportunité pour développer ces modes d'accueil.

domicile se sont améliorés, en diversité et en qualité, alors que la rénovation de l'habitat participait à favoriser le maintien à domicile. Au final, l'entrée en établissement concerne des personnes âgées avoisinant les 85 ans, victimes d'une perte d'autonomie plus ou moins prononcée, indépendamment de leur niveau de ressources.

Parallèlement, **la réglementation**, a considérablement évolué. Qu'on en juge : entre janvier 1997 et janvier 2002, pas moins de six lois et décrets tentent de réglementer le secteur. De cette effervescence juridique, deux éléments majeurs sont à mettre en exergue : l'évaluation des personnes – rendue possible grâce à un outil, la grille AGGIR, permettant d'analyser l'autonomie des personnes — et la démarche qualité – rendue obligatoire, notamment dans le cadre du conventionnement tripartite État/département/établissement que requiert toute autorisation de fonctionnement à laquelle sont soumis les EHPAD.

**Côté financement**, même constat : si la tarification n'avait pas changé depuis 1958 (prix de la journée d'hébergement) et 1978 (forfaits divers), la prestation spécifique dépendance (PSD) votée au Sénat en 1997 (mise en œuvre, théoriquement, par les départements) a précédé de quatre ans la création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), en janvier 2002. La réforme de la tarification, envisagée à la fin de la décennie 90, visait deux objectifs : faire prendre en charge, par le tarif adéquat, les dépenses en relevant, réajuster les dotations budgétaires des établissements les plus mal dotés du secteur. Le premier nécessitait notamment que l'Assurance-maladie reprenne à sa charge les dépenses indûment supportées par le prix de journée hébergement et, corrélativement, par les résidents ou leur famille, voire l'aide sociale. Le second nécessitait quelque éclaircissement, dans la mesure où cette allocation a été présentée comme une « subvention » permettant de faire face aux dépenses générées par la perte d'autonomie et s'appliquant à l'ensemble de la facture (tarifs hébergement et dépendance).

## LA POSITION DE LA CFDT



**La collectivité nationale doit se prononcer sur les choix de société et apporter sa contribution : si l'usager est au centre des projets, la qualité des prestations est au cœur de nos préoccupations. Sans l'un ou l'autre, rien n'est possible.**

**Au stade actuel**, la Fédération CFDT santé-socials entend relayer quelques-unes des priorités mises en avant par les résidents, comme étant autant d'attentes légitimes :

► **Le confort hôtelier.** Les établissements d'hébergement accueillant des personnes âgées en perte d'autonomie sont de véritables domiciles. Les personnes hébergées bénéficient des allocations logement [allocation logement à caractère social (ALS) ou aide personnalisée au logement (APL)]. Les autres prestations à caractère hôtelier (repas, prise en charge du linge) ne sont cependant pas toujours à la hauteur des tarifs. Ces derniers recouvrent souvent tellement de domaines, que l'hôtellerie et ses prestations sont les premières sur lesquelles portent les économies.

► **Des projets personnalisés d'accompagnement et de soins.** **La Loi du 2 janvier 2002**, rénovant l'action sociale et médico-sociale, indique, dans l'**article L. 311-3** du Code de l'action sociale, que chaque personne se voit assurée « [d'] une prise en charge et [d'] un accompagnement individualisé, de qualité, favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. [...] La participation directe — ou avec l'aide de son représentant légal — à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne. » **L'article L. 311-4** précise qu'« un contrat de séjour est conclu — ou un document individualisé de prise en charge — avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal. Il définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement, dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement. » Ces prérogatives doivent être appliquées. Le cahier des charges de la convention tripartite fixe les différents indicateurs recommandés au regard de la qualité de prise en

charge : d'une part, la vie dans l'institution (rythme de vie, activités proposées, personnel, relations avec l'environnement immédiat et intégration dans la vie sociale, etc.), d'autre part, quelques axes spécifiques liés à l'état de santé des résidents.

➔ **Des moyens matériels et humains.** Face au nombre grandissant de personnes âgées présentant des troubles du comportement, il devient urgent de **mettre en place des cellules ou des établissements pour une prise en charge spécifique, avec personnel et matériel adaptés.**

Actuellement, toutes les pathologies sont rassemblées en un seul et même lieu. Ce qui génère stress, usure professionnelle, glissement de tâches... **Par ailleurs, le personnel est confronté à des maladies graves et transmissibles**, contractées par des personnes âgées au cours d'interventions chirurgicales (hépatite...). Il en ressort de nouveaux protocoles, des précautions, une surveillance spécifique... quand le personnel est informé.

**D'autre part, on voit se développer des nouveaux besoins**, donc de nouveaux métiers, comme animateur socioculturel, aide médico-psychologique (chargé de l'assistance et de l'accompagnement, en complément de l'aide soignant). Certains (petits) établissements, passent des conventions avec des intervenants médicaux du secteur libéral : médecins, infirmières, masseurs kinésithérapeutes, diététiciens, ergothérapeutes, psychomotriciens... Seules les grosses structures peuvent se permettre d'avoir ces professionnels à demeure.

Enfin, on voit apparaître des intervenants pour des besoins parallèles (coiffeur, pédicure, etc.).

**Enfin, côté formation professionnelle**, s'il existe un panel de programmes spécialisés, il est bien sûr moins utilisé dans les petits établissements que dans les plus importants en effectif, pour cause de difficultés de remplacements. Les établissements qui sont sous convention tripartite ou en passe de l'être, vont devoir former du personnel. La CFDT souhaite avancer dans la validation des acquis de l'expérience (VAE), pour les métiers du sanitaire.

➔ **Coordination domicile et établissement.** Avec le vieillissement croissant de la population, la question de la prise en charge des personnes âgées doit devenir un point central des préoccupations des médecins, intervenants sociaux et pouvoirs publics. C'est un triple enjeu, humain, médical et économique. Le réseau gérontologique local doit rassembler les communes par l'intermédiaire des CCAS, l'intercommunalité, le conseil général, l'État, les services d'aide à domicile, les services de soins infirmiers à domicile, les établissements hospitaliers, les instances locales de gérontologie, les associations et leurs bénévoles et les familles. Une réponse globale, coordonnée et adaptée, doit être donnée.

La réflexion et l'analyse de la coordination du service rendu aux personnes âgées fait notamment apparaître l'intervention de plusieurs acteurs et professionnels auprès des personnes âgées :

- les assistants de service social, CCAS, conseil généraux, Cram, MSA, équipes médico-sociales,
- les médecins traitants et généralistes, les infirmières libérales ou en centre de soins,
- les kinésithérapeutes et autres personnels paramédicaux (pédicures, diététiciens...),
- les services d'aide à domicile (auxiliaires de vie sociale, gardes à domicile...),
- les services de proximité (portage de repas, télé alarme...), les associations culturelles,
- les établissements sanitaires et médico-sociaux (hospitalisation, retour au domicile).

**Pour la CFDT, il est primordial de définir :**

- ▶ les modalités d'intervention des professionnels en construisant des synergies, tout en identifiant précisément les compétences et en valorisant les formations qualifiantes,
- ▶ les modalités de coopération et de régulation, ce qui implique un dossier unique,
- ▶ des lieux de concertation et de régulation des différentes interventions, ainsi que les territoires d'intervention en gérontologie (schémas départementaux).

En préalable à une véritable coordination, dont la personne âgée serait au centre du processus, il convient de définir les modalités d'évaluation des besoins initiaux de la personne (information, suivi, plan d'aide). Il s'agit d'une évaluation réalisée par un organisme neutre, indépendant vis-à-vis des structures.