

Le maintien à domicile des personnes âgées en Bretagne de 1962 à nos jours

Adeline RUP

pour le compte du Comité breton d'histoire de la Sécurité sociale avec les
contributions de Mme Allain Marie-Jeanne et de Mme Salou Marie-Thérèse

Prologue : la genèse d'une politique publique tournée vers le maintien à domicile

L'assistance à la personne âgée n'est pas un système nouveau institué par le rapport Laroque en 1962. En effet, l'aide à la personne âgée a fait l'objet à travers l'histoire d'une prise en charge, plus ou moins structurée, par les sociétés.

Durant l'Ancien Régime, l'Eglise a un rôle prépondérant dans l'aide aux personnes âgées. Ainsi, l'Eglise développe un système cohérent d'établissements et d'institutions ayant notamment pour but de pallier la misère et la maladie. Les personnes âgées dépendantes miséreuses sont envoyées en fin de vie dans des centres. Ces établissements n'ont pas pour but de prévenir la maladie ou la dépendance et encore moins de les guérir. Ils représentent aux yeux de la société un lieu de fin de vie pour personnes âgées. Loin d'être négligente envers ce type de public fragile, l'Eglise leur offre un toit et une prise en charge sommaire. Elle permet d'être une alternative au fait de finir sa vie dehors dans les ruelles de la ville ou chez soi dans la misère la plus totale. De plus, l'Eglise représente sous l'Ancien Régime une autorité spirituelle concurrente du pouvoir politique. Elle est donc hiérarchisée, coordonnée et puissante. Elle dispose de fonds importants grâce aux dons et aux legs des fidèles. Elle est capable de créer un réseau d'établissements visant à recueillir les plus démunis et notamment les personnes âgées sans ressources. L'Eglise se situe ainsi dans la droite ligne des préceptes religieux notamment la charité chrétienne. D'ailleurs, cette fonction de secours et d'aide est un des principaux rôles qu'elle joue dans cette société d'Ancien Régime divisée en trois classes de population (Noblesse, Clergé et Tiers-état).

Toutefois, la place monopolistique prise par l'Eglise est perçue comme une atteinte à l'autonomie et à la puissance d'autres autorités. Au niveau infranational, les communes prospères s'immiscent dans le fonctionnement des établissements charitables. Au XVIème siècle, « *les municipalités se préoccupent de la situation des établissements charitables et interviennent plus ou moins dans leur fonctionnement (aide financière, contrôle).* »¹ En parallèle, la royauté s'investit également dans l'aide sociale en faveur des personnes âgées. Ainsi, en 1544, François Ier crée le Grand Bureau des Pauvres afin d'aider les personnes indigentes à rester à leur domicile. Sous Louis XIV, l'institution de l'hôpital général apparaît dans les grandes villes afin de créer un hébergement et une prise en charge pour les personnes nécessiteuses dont les personnes âgées dépendantes. En parallèle, se développent les sociétés de secours mutuels organisées par corps et par métiers qui ont pour but de prévenir notamment les risques maladie ou infirmité par un droit d'entrée et par des cotisations annuelles. Certaines de ces sociétés de secours mutuels peuvent gérer des fonds de retraite. L'aide aux vieillards est donc très restreinte et le montant des aides reste faible.

Par la suite, après la Révolution, les pouvoirs publics instituent l'Assistance publique par de nombreux décrets. En effet, après avoir confisqué une très grande partie des biens du clergé, le pouvoir politique se voit dans l'obligation de remplacer l'Eglise dans ses domaines d'intervention. L'assistance est désormais comprise comme un **devoir de la société** envers ses

¹Machecourt A. Législation sociale, collection dirigée par le professeur H. Gounelle de Pontanel, édition Foucher, 1978, p 7

citoyens les plus faibles et les plus âgées. En conséquence, une vague de mesures ont été prise en faveur des personnes indigentes, **mais** celles-ci ont eu un impact tout à fait relatif. La loi du 19 mars 1793 ajoute que l'« *assistance du pauvre est une dette nationale* ». La société change de regard sur la personne âgée pauvre. Elle doit désormais lui accorder une attention particulière. Le décret du 24 vendémiaire an 2 vise l'extinction de la mendicité. Dans le titre V, l'article 16 précise que les vieillards de plus de 70 ans disposent d'un droit à hospitalisation avec des « *secours de stricte nécessité* ». Mais cette disposition ne fut presque pas appliquée. Par la suite, sous le Directoire, la loi du 7 frimaire an 5 établit officiellement les Bureaux de bienfaisance. Les communes doivent prendre en charge les personnes indigentes et pauvres dont les personnes âgées sans ressource et dépendantes qui représentent 15 à 25% de la population visée. L'aide se fait sous forme d'interventions spécifiques comme des distributions de pain ou de bons d'achat, de secours temporaires. Le rôle des Bureaux de bienfaisance est également de porter secours au domicile de la personne âgée. Le problème majeur reste à cette époque l'insalubrité des lieux et le manque de fonds permettant une politique de grande ampleur. Ainsi, le travail réalisé par les Bureaux de bienfaisance était véritablement nécessaire et utile mais il n'a pas permis de modifier en profondeur les conditions de vie des personnes âgées.

Toutefois, l'assistance publique se développe de nouveau notamment après le rapport Villermé de 1841 décrivant les conditions de vie épouvantables des ouvriers dans les usines et dans les mines. Malgré ce rapport et l'accroissement de la misère, l'Assistance publique ne donne pas une couverture sociale aux ouvriers. Elle ne les protège pas contre les risques sociaux. C'est pourquoi, se développent les **mutualités** notamment les mutualités ouvrières qui permettent aux actifs ayant des revenus bas de bénéficier d'une couverture des risques maladie et chômage. Ainsi, chaque travailleur cotise périodiquement à un organisme afin de pouvoir prétendre en cas de la survenue d'un risque à l'attribution d'une prestation. En parallèle, une loi du 7-13 août 1850 prévoit des dispositions spécifiques pour la vieillesse. D'une part, un quota de lits dans les hôpitaux et les hospices doit être réservé pour les vieillards. D'autre part, la commission administrative de ces établissements a la possibilité de réserver un cinquième de son crédit annuel au secours à domicile pour les vieillards et les infirmes.² Ces mesures n'ont pas eu un effet pleinement satisfaisant. En effet, les conditions d'accès aux lits dans les hospices et les hôpitaux étaient subordonnées aux règlements de l'établissement qui s'avéraient être stricts et restrictifs. Dans les campagnes, les municipalités ne délivraient que très peu d'aides aux vieillards et aux infirmes. Malgré plusieurs dispositions prises en faveur des personnes âgées, celles-ci n'ont qu'un effet limité. Les personnes âgées vivent donc encore dans des conditions précaires.

Néanmoins, il est nécessaire de préciser que la prise en charge des personnes âgées reste différenciée selon la catégorie sociale visée. Ainsi, une famille ouvrière ne se trouve pas dans les mêmes conditions financières qu'une famille paysanne ou une famille bourgeoise. La prise en charge de la dépendance se fonde principalement sur le lien de transmission, l'héritage. La transmission lie doublement le donataire au donateur. L'héritage constitue un

²Rivière L., Mendiants et vagabonds : économie sociale, V.Lecoffre, Paris 1902, p148

patrimoine légué que le destinataire doit accepter pour continuer l'activité de sa famille. Cet héritage constitue également une obligation pour le donataire de prendre en charge ses parents. « Le don lie le donateur au donataire qui a la double obligation de recevoir et de rendre ». ³

Dans les zones rurales où la famille était paysanne, les générations vivaient sous un même toit mêlant jeunes enfants et personnes âgées dépendantes. Le mode de transmission était double en Bretagne puisqu'une partie des régions de Bretagne étaient soumises au système égalitaire. En d'autres termes, tous les enfants sont successeurs et tous doivent s'occuper de leurs parents âgés chacun leur tour. Les frais de prise en charge étaient divisés de manière égalitaire entre tous les enfants lors d'une réunion de famille ayant lieu le plus souvent une fois dans l'année. Le maintien à domicile était donc très fréquent. De même, la prise en charge était variable selon les familles et les ressources. En cas d'absence d'exécution de leur obligation par les enfants et pour ne pas devenir mendiants, les parents passaient des contrats avec leur enfant stipulant qu'à la transmission était subordonnée l'obligation de prise en charge de la personne âgée (rente, mise à disposition de denrée alimentaire notamment). Un deuxième mode de prise en charge se dessine également en Bretagne: le modèle inégalitaire ou précipitaire. Seul un des enfants hérite du patrimoine des parents afin de le faire fructifier. Cet enfant devra s'occuper de ses parents jusqu'à leur mort sans que les autres enfants ne **supportent** cette charge. ⁴

Dans le monde ouvrier, le modèle intergénérationnel est totalement bouleversé puisque toute la famille travaille dans les industries (minières, textiles, de sidérurgie). L'ensemble des salaires sert à faire vivre la famille. Ces salaires ouvriers sont très faibles et aucune transmission n'est possible. La nécessité de travailler jusqu'à ses dernières forces ne permet pas aux adultes de passer dans le troisième âge. La vieillesse est un problème restreint car l'espérance de vie chez les ouvriers est très faible. La prise en charge des personnes dépendantes est donc une préoccupation secondaire d'autant plus que les conditions d'hygiène et salubrité sont très mauvaises.

Toutefois, la Troisième République est un tournant majeur dans l'établissement d'**Institutions** d'Assistance Publique. En effet, l'aide apportée aux personnes âgées reste, en dépit de multiples mesures, sans réelle efficacité. En conséquence, la Troisième République dont la mise en place a été longue et difficile (proclamation 1870, lois 1875 constitutionnelles) jette les bases d'une politique d'assistance affirmée. Le 15 juillet 1893 **l'assistance médicale gratuite** est instituée et le 14 juillet 1905, une loi d'assistance aux vieillards, infirmes et incurables est votée. Cette loi offre une assistance obligatoire et gratuite aux vieillards et indigents. Celle-ci remet partiellement en question l'existence des

³Martine Segalen « Continuités et discontinuités familiales : approche socio-historique du lien intergénérationnel » dans Les solidarités entre générations, p27, Nathan

⁴Martine Segalen « Continuités et discontinuités familiales : approche socio-historique du lien intergénérationnel » dans Les solidarités entre générations, p27, Nathan

mutualités qui prennent en charge le risque maladie ce qui engendre une certaine hostilité des mutualités envers la loi d'assistance aux vieillards.

La prévoyance se généralise et devient obligatoire durant la première moitié du XXème siècle. L'assurance devient le moyen par lequel un actif peut s'assurer contre le risque vieillesse, en témoignent les Retraites **Ouvrière et Paysanne** en 1910 bien qu'elles furent globalement un échec. Mais, les **Assurances Sociales** des ordonnances de 1945, socle de notre système de Sécurité sociale actuelle, permettent de s'assurer contre le risque vieillesse en ponctionnant une cotisation salariée et employeur. Le début des années 1900 tend plus à élaborer un système d'assurances sociales qu'une politique construite d'action sociale en faveur des personnes âgées. En effet, la priorité est de créer une organisation solide permettant aux actifs et à leur famille de prévenir les risques sociaux que sont la maladie, la maternité, l'invalidité, la vieillesse et le décès. A souligner que le nombre de personnes âgées en 1945 reste très faible.

Or, à partir des années 1960, la situation se modifie totalement. En effet, le rapport Laroque, en 1962, met en lumière les difficultés rencontrées par les personnes âgées. Il propose de mettre en place un ensemble de mesures visant à améliorer les conditions de vie de cette catégorie sociale fragilisée. En Bretagne, où le nombre de personnes âgées est supérieur à la moyenne nationale française, le problème se pose avec plus d'acuité. La Caisse régionale d'assurance maladie se positionne comme acteur central du développement de l'action sociale sur la région Bretagne.

Introduction :

Le maintien des personnes âgées à domicile en Bretagne de 1962 à 2014

En 2008, l'INSEE dénombre plus 750 000 personnes en Bretagne âgées de plus de 60 ans⁵. Selon les estimations, en 2030, la Bretagne devrait abriter 1,1 millions de personnes âgées de 60 ans et plus⁶. Entre 2010 et 2030, le nombre de personnes âgées aura donc augmenté de 40%. Dès lors, le vieillissement impacterait directement l'emploi. En Bretagne, les postes en équivalent temps plein supplémentaires relatif à ce secteur s'élèveraient à 9200 répartis comme tel : 2100 équivalents temps plein d'infirmiers, 1000 équivalents temps plein d'aides-soignants et autres personnels paramédicaux et 6100 équivalents temps plein de personnel non-soignants.⁷

En raison de l'accentuation du vieillissement de la population française, de nombreuses mesures d'action sociale ont été prises depuis les années 1960.

Le rapport Laroque, publié en 1962, considéré comme le socle de l'action sociale en faveur des personnes âgées, plaide en faveur du maintien à domicile amélioré. En effet, il souligne les lacunes et les carences des politiques pour les personnes âgées percevant une pension de retraite ou des revenus autres très faibles. D'ailleurs, Pierre Laroque précise que *« poser le problème de la vieillesse en France c'est essentiellement rechercher quelle place peut et doit être faite aux personnes âgées dans la société française d'aujourd'hui, et plus encore, dans celle de demain. »*⁸

Depuis ce rapport, les acteurs du maintien à domicile (Caisses de Sécurité sociale, Conseils généraux, médecins, travailleurs sociaux, CCAS...) ont mis en place en Bretagne une politique volontariste d'action sociale en faveur des personnes âgées. En réalité, les politiques du maintien à domicile ne sont pas apparues avec le rapport Laroque, et, dès le XVII^e siècle, les modalités de prise en charge des personnes âgées font débat. Faut-il placer la personne âgée dépendante dans des hospices ou des lieux de fin de vie, considérés comme des mouloirs ou est-il envisageable de la maintenir à son domicile tout en préservant sa dignité ? Le débat reste le même depuis 1962, mais se pose en d'autres termes aujourd'hui.

Or, le maintien à domicile semble être une voie plus adaptée aux personnes âgées, et, au fil du temps, les politiques d'action sociale en France, et notamment en Bretagne, ont précisées et perfectionnées ce type de prise en charge. Le maintien à domicile est considéré, peut-être à tort, comme étant moins coûteux que l'hébergement en établissement. Du latin

⁵Faure K, Un programme régional de prévention des chutes des personnes âgées en Bretagne : le programme Equilibreizh, 2012

⁶Elément de cadrage régionaux. Débat interdépartemental en région Bretagne, 29 avril 2011, Dinan.www.bretagne.pref.gouv.fr/content/download/6178/39379/file/D

⁷Ludvine Neveu-Cheramy et alii, Personnes âgées dépendantes en Bretagne à l'horizon 2020 : des incidences potentielles sur les emplois et les besoins de prise en charge financière (Octant Analyse n° 36)

⁸Laroque P ou Comité d'histoire de la Sécurité sociale, Au service de l'Homme et du droit, Paris, Association pour l'étude de l'Histoire de la Sécurité sociale, 1993, p281

« manu tenere » signifiant tenir avec la main, le maintien à domicile entraîne une implication de différents acteurs autant professionnels que familiaux.

Ce maintien à domicile répond également au désir de la personne âgée de rester à son domicile dans un environnement connu. Dans ce cadre, le maintien à domicile se perçoit comme l'ensemble des moyens mis en œuvre pour prendre en charge la personne âgée à son domicile. Celle-ci reçoit à cette occasion des soins et des aides protéiformes pour continuer à vivre décemment dans la dignité.

Le domicile constitue un lieu de confluence où sont connectés des personnes âgées dépendantes, affaiblies, diminuées mentalement et/ou physiquement et des acteurs du secteur sanitaire, social et médico-social. Or, le domicile est le lieu où vit la personne âgée, elle est son antre d'intimité. Il n'est donc pas aisé de pouvoir introduire une personne inconnue qui d'autant plus va partager avec la personne âgée des moments comme la toilette ou l'habillage. La transition n'est pas si simple. Le besoin est certes détecté et évalué mais l'adaptation à de nouvelles pratiques est très souvent difficile. Il faut du temps pour que la personne s'habitue à être aidé par un professionnel.

Le domicile connaît plusieurs définitions : il est « *un lieu d'expression d'une identité personnelle et sociale privilégiée* », « *un endroit de reconstitution des forces vitales des personnes* », mais il est aussi un espace privé dont la responsabilité revient à la personne âgée en perte d'autonomie. Le maintien à domicile représente en conséquence une continuité de vie pour la personne âgée. A l'inverse, le placement en établissement marque une réelle rupture, il est le dernier lieu de vie de la personne âgée.

Le maintien à domicile reste donc une option réconfortante, rassurante. La relation que l'individu possède avec son domicile, notamment lorsqu'il y a passé une grande partie de sa vie, est de l'ordre de l'intimité et de l'identité. L'individu conserve ses particularités, ses souvenirs, ses habitudes et son réseau de voisinage grâce au maintien à domicile.

Mais, la personne âgée aujourd'hui a changé. Elle n'est plus, au même âge, aussi dépendante. L'âge de soixante ans choisi comme seuil d'entrée dans le monde des seniors ou le monde du troisième âge, ne paraît plus pertinent. En effet, la personne âgée de 60 ans, en 2014, est encore une personne active ou sort juste du monde professionnel. De même, les progrès médicaux ont permis l'allongement de l'espérance de vie. Les conditions de travail encadrées, les nouvelles organisations du temps de travail, l'apparition d'une société de loisir, les cinq semaines minimum de congés payés contribuent à l'amélioration de l'état de santé des personnes âgées. En conséquence, la personne arrive à l'âge de la retraite en meilleure forme que ses parents avant elle. D'ailleurs, cette amélioration des conditions de vie fait désormais apparaître une quatrième génération dans les familles permettant aux arrière-petits-enfants de connaître leurs arrière-grands-parents.

La vieillesse apparaît aujourd'hui plus tard dans le temps. Il existe donc un décalage entre l'âge de 60 ans qui dans les textes marque le début de l'entrée dans le troisième âge et l'âge réel de la vieillesse (environ 80 ans).

La vieillesse est difficile à appréhender par la société car elle renvoie à l'idée de la mort et à la finitude de l'Homme. C'est pourquoi, sa définition reste figée. Ainsi, la vieillesse est comprise aujourd'hui comme une construction sociétale qui vise à découper la société en tranches d'âge et à lui accoler des stéréotypes véhiculés par plusieurs générations. La vieillesse n'est qu'un avancement dans la vie et résulte d'un processus triple. Selon Claudine Attias-Donfut⁹, la vieillesse est un moment définissable par l'âge certes, mais aussi par un ensemble de vécu similaire durant une période donnée. Le vieillissement, sous cet aspect, pourrait s'appliquer à toutes classes d'âge puisque chacun évolue avec sa tranche d'âge de manière similaire. Dès lors, il apparaît peu opportun de marginaliser la personne âgée qui n'est en réalité que le prolongement de sa future propre vie. Prendre soin des personnes âgées aujourd'hui revient à s'assurer une prise en charge cohérente et satisfaisante pour les futures générations dont nous faisons partie. La vieillesse souffre d'une mauvaise réputation. Or, cette réputation est une pure construction sociale. L'idée de vieillesse est purement abstraite. En effet, pour la société, la vieillesse doit être fortement encadrée. La personne âgée est infantilisée ; plusieurs actes de la vie courante lui sont interdits accélérant le processus de dépendance.

Toutefois, le vieillissement biologique induit une vulnérabilité sur le plan médical et sur le plan psychologique. C'est pourquoi, les politiques publiques ont eu pour ambition, outre de casser ces idées reçues, de développer progressivement des programmes d'actions adaptées concernant l'habitat, l'aide à domicile ou les soins infirmiers. Le maintien à domicile comporte de nombreux enjeux. Il permet de répondre aux attentes des personnes âgées de rester le plus longtemps possible chez elles et/ou de mourir à leur domicile. Il représente un enjeu financier. Le placement des personnes âgées en établissement représente un coût non négligeable qui peut être contrebalancé par des mesures de maintien à domicile. De plus, cette politique interventionniste résout partiellement le dilemme persistant depuis le XVII^e siècle entre le placement en institution et le maintien à domicile.

La Bretagne est, dans ce domaine, une région très innovante et précurseur de mesures d'action sociale majeures. Ainsi, la région s'est lancée, depuis le rapport Laroque, dans une lutte contre la misère des personnes âgées. Plus tard, l'Ille-et-Vilaine, à travers la prestation expérimentale dépendance, a par exemple, fortement contribué à la réflexion de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) sur la politique en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie. En matière d'habitat, la Bretagne a favorisé l'amélioration du domicile, plan d'action ambitieux en raison du faible équipement des maisons bretonnes. Enfin, en matière de soins à domicile, la région a anticipé les politiques nationales en créant des réseaux de soins performants avant le décret de 1981 instituant les services de soins à domicile.

Du côté des acteurs de l'action sociale en faveur des personnes âgées, ce programme volontariste a favorisé les coopérations entre les caisses de Sécurité sociale et les Conseils Généraux. Le développement du recours au conventionnement a permis de multiplier les partenariats et de couvrir l'ensemble du territoire breton. Au niveau local, de multiples relais

⁹Attias-Donfut C, « Générations et âge de la vie » Paris, PUF, 1991

comme les centres communaux d'action sociale, les centres locaux d'information et de communication, les associations et les entreprises privées facilitent le maillage du territoire. Une véritable culture de la convention et de la coopération est mise en place en Bretagne. Celle-ci se propose d'expérimenter des nouvelles mesures sociales pour les personnes âgées dépendantes. Elle a pour tradition d'innover et de se démarquer des autres régions françaises.

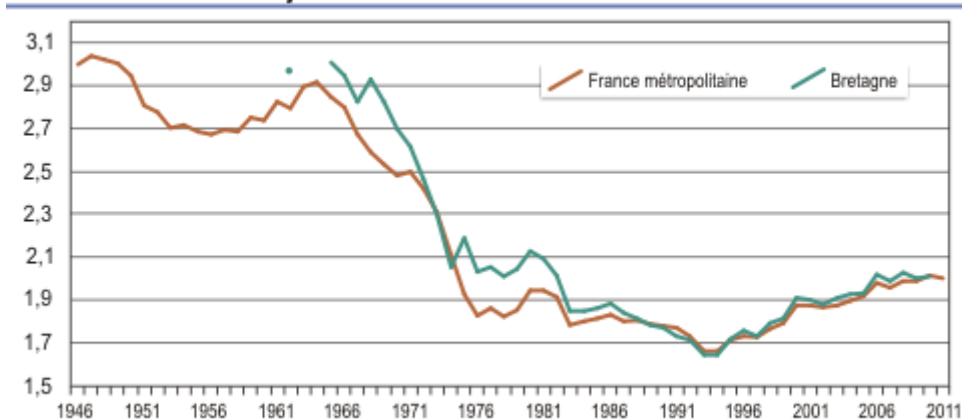
Pourquoi la Bretagne se place-t-elle en tant que précurseur des politiques d'action sociale en faveur des personnes âgées ?

Contexte démographique de la Bretagne impliquant l'intervention des organismes de Sécurité sociale en faveur des personnes âgées

La Bretagne connaît un vieillissement de sa population à l'instar des autres régions de la France métropolitaine. Ce phénomène résulte de l'augmentation du nombre de personnes âgées dès 1960, conséquence de l'allongement de la durée moyenne de la vie avec un accroissement de l'espérance de vie au-delà de 60 ans (vieillissement par le sommet de la pyramide), mais aussi par une baisse de la mortalité d'où le vieillissement de la population bretonne. Ce vieillissement se conçoit comme « *l'accroissement du rapport du nombre de personnes âgées à la population totale* »¹⁰. Il s'explique aussi par une baisse de la natalité ce qui entraîne un déficit de jeunes individus. Trois éléments majeurs le caractérisent :

- la baisse de la fécondité. Le taux de fécondité en Bretagne a connu comme dans la majorité des régions françaises une baisse spectaculaire du nombre de naissances entre la moitié des années 1960 et la moitié des années 1970. La chute des naissances en Bretagne amène donc la population bretonne à vieillir « par le bas ». Cette chute de la fécondité se comprend aisément au regard de trois facteurs principaux : la contraception en libre accès, l'allongement des études et l'insertion des femmes dans le monde du travail.

Une forte chute suivie d'un semblant de reprise
Évolution de l'indice conjoncturel de fécondité



Source : Insee, recensements de la population, état civil

- Le recul de la mortalité en Bretagne. Le taux de mortalité¹¹ a réellement diminué en Bretagne, même s'il reste plus élevé que dans les autres régions. De 60 000 morts en 1900, la Bretagne en compte 29 000 en 1998 soit une réduction de plus de moitié du nombre de décès. Ce recul de la mortalité est dû à une amélioration de la prise en charge du patient et des progrès médicaux. A souligner que le fort taux de suicide des personnes âgées est une caractéristique bretonne.

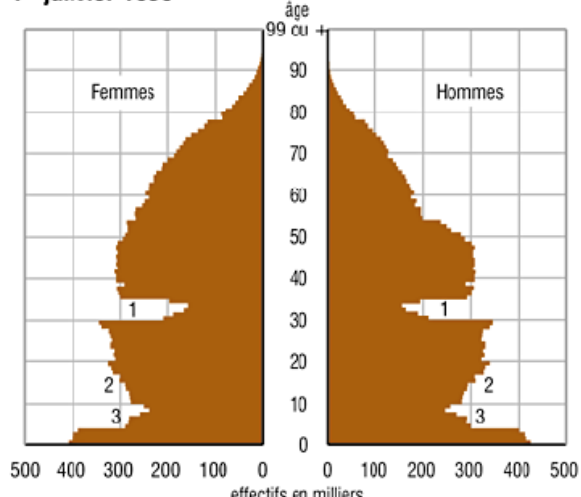
¹⁰Dumont G-F, Les territoires face au vieillissement en France et en Europe, Editions Ellipses, Paris, 2006, 416p.

¹¹Le taux de mortalité est tombé de 21 pour 1000 au début du XX siècle à 13 pour 1000 en 1950 et à 10 pour 1000 en 1999. (Insee)

- Le solde migratoire et le bilan naturel. Le solde migratoire breton est déficitaire jusqu'aux années 1960 lorsque l'Etat et la région Bretagne mettent en place des politiques publiques visant à favoriser la migration vers le territoire breton. Certaines initiatives privées, comme la décentralisation de Citroën à Rennes, impactent ce solde migratoire. Le bilan naturel de la Bretagne devient excédentaire. Durant la période du baby-boom, la Bretagne a connu un nombre de naissances important qui a permis au solde naturel d'atteindre le nombre de 15 000 (différence entre les naissances et les décès).

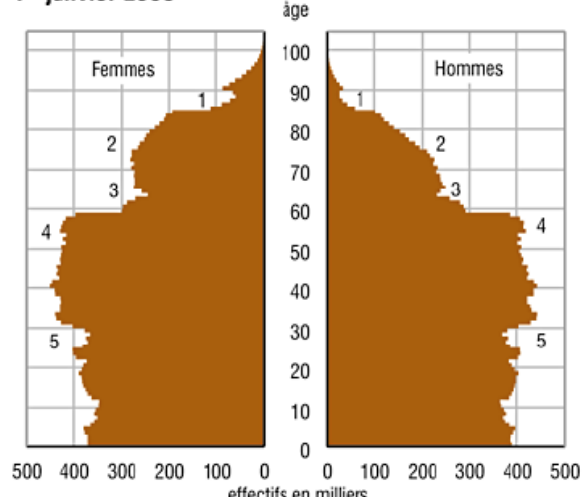
Or, après les années 1970, le solde naturel breton diminue progressivement passant de 10 000 en 1975 à 5 000 en 1991 pour tendre vers un solde proche de zéro voire négatif. La chute du nombre des naissances et l'augmentation en nombre de personnes âgées expliquent la correspondance du nombre de décès et du nombre des naissances. Ainsi, la génération du « baby-boom » née après la guerre 1939-1945, tend aujourd'hui à vieillir et à engendrer un solde naturel négatif. Cependant, l'amélioration des conditions de vie et les progrès médicaux ont favorisé l'allongement de l'espérance de vie. Cette situation conduit à ce que l'on appelle un vieillissement par le haut. Ainsi, la population âgée bénéficie d'une prise en charge

1 - Répartition de la population par sexe et âge au 1^{er} janvier 1950



1 : déficit des naissances dû à la guerre de 1914-1918 (classes creuses) ;
2 : passage des classes creuses à l'âge de la fécondité ;
3 : déficit des naissances dû à la guerre de 1939-1945.
Source : Insee, État civil.

2 - Répartition de la population par sexe et âge au 1^{er} janvier 2005



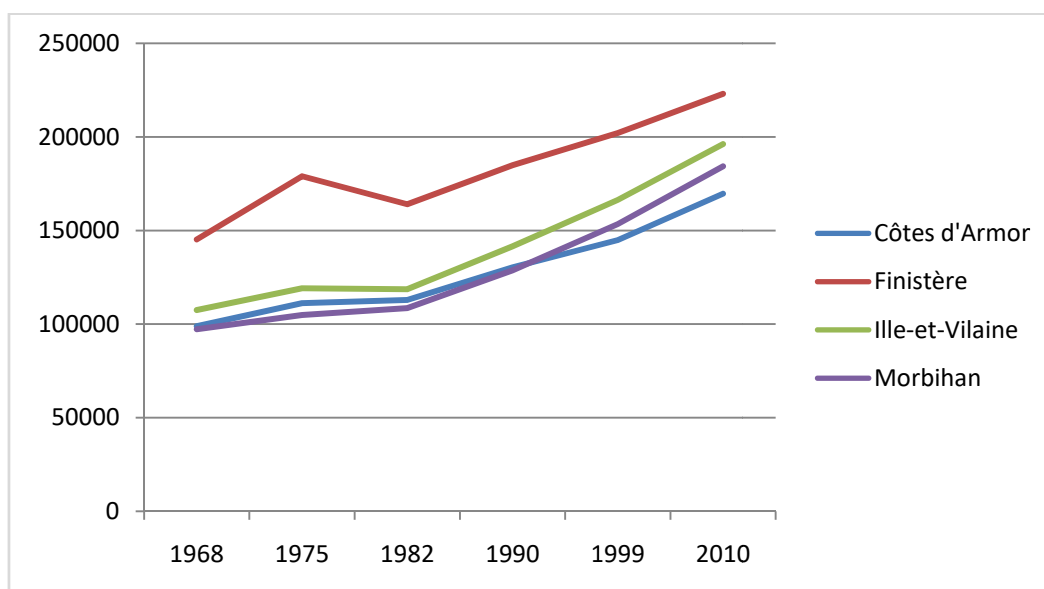
1 : déficit des naissances dû à la guerre de 1914-1918 (classes creuses) ;
2 : passage des classes creuses à l'âge de la fécondité ;
3 : déficit des naissances dû à la guerre de 1939-1945 ;
4 : « baby-boom » ;
5 : fin du « baby-boom ».
Source : Insee, État civil.

médicale et sociale plus efficaces ce qui contribue à l'allongement de leur vie.

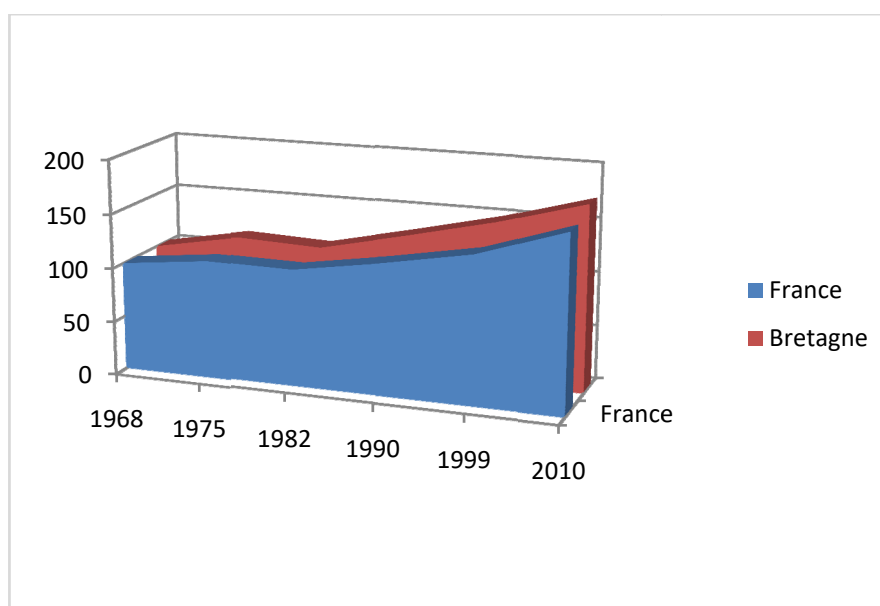
Sur les pyramides des âges de l'Insee, les baby-boomers constituent la classe d'âge la plus étendue.

¹²Rouxel M., Recensement 1999, Occitan n 80, Insee

En 1950, la population française ne connaît pas une classe d'âge pleine des 10/20 ans et des 30/40 ans en raison de la guerre 1914-1918 et 1939-1945. Le nombre de naissances s'accroît fortement après la seconde guerre mondiale ce qui explique l'apparition des « baby-boomers ». De même, cette situation se répercute en 2005 avec l'extension de la classe d'âge des 30-60 ans en 2005. Cette classe d'âge passe progressivement la barre des 60 ans dès la deuxième moitié des années 2000 contribuant à l'accroissement de la population âgée.



Nombre de personnes âgées de plus de 60 ans en Bretagne par département



Evolution du nombre de personnes âgées en France et en Bretagne

Le nombre de personnes âgées en Bretagne dépasse largement la moyenne française dès l'année 1968. Autrement dit, la population bretonne est structurellement plus âgée, le plus grand nombre de personnes âgées se trouve dans le département du Finistère suivi d'un peu plus loin par le département de l'Ille-et-Vilaine.

La Bretagne est une des régions les plus touchées par le vieillissement de la population. En effet, elle abrite une population de plus de 75 ans plus importante que la plupart des autres régions de France.¹³ Elle doit en assumer les conséquences notamment à travers son action sociale.

¹³INSEE, Estimation de population par région, sexe et âge quinquennal des années 1990 à 2014

CHAPITRE 1 Rechercher, adapter, améliorer : les mesures volontaristes bretonnes dans la mise en place des politiques publiques en matière d'aide à domicile (1959-1979)

Le vieillissement de la population à l'échelle de l'Europe est un phénomène constant de ces dernières décennies. La France est également touchée par ce phénomène qui se manifeste plus particulièrement en Bretagne. Ce vieillissement entraîne des conséquences qu'il faut appréhender et a conduit les pouvoirs publics à prendre des mesures pour mieux gérer cette situation, mesures parmi lesquelles le maintien à domicile occupe une place prépondérante.

Ainsi, les pouvoirs publics ont voulu mettre en place une politique d'action sociale de maintien à domicile pour les personnes âgées afin de permettre à celles dont le niveau de retraite était très faible de financer ces services. Les acteurs de l'action sociale, dont les **Caisses de Sécurité Sociale Bretonnes** font parties, ont joué un rôle majeur dans l'exécution de ces politiques. De même, ils ont participé directement ou ont contribué à l'expérimentation de projets novateurs, profitables à l'ensemble de la population âgée bretonne.

I) Vers une couverture généralisée de l'action sociale des personnes âgées en Bretagne (1959-1969)

- les premières aventures à grande échelle des politiques publiques en faveur des personnes âgées

En raison de son contexte démographique, la Bretagne est dans l'obligation d'affronter le défi de la vieillesse. La région doit étendre la couverture de l'action sociale sur tout le territoire pour lutter contre la précarité et l'exclusion des personnes âgées. Le thème de la dépendance n'est pas au cœur du dispositif, l'essentiel est de permettre aux personnes âgées de bénéficier des programmes de l'action sociale. Une circulaire du 18 janvier 1960 résume les préoccupations de la décennie : *« le problème de l'action sociale en faveur des personnes âgées revêt en France une acuité toute particulière, tant en raison du nombre important de Français qui ont atteint l'âge de soixante-cinq ans, ou qui ont été reconnus inaptes au travail à soixante ans, que de la faiblesse des ressources dont ils disposent »*.¹⁴

Un des premiers buts de l'action sociale en Bretagne fut de créer une couverture territoriale généralisée. L'objectif était de favoriser des relations de proximité avec les personnes âgées et de faciliter leur maintien à domicile. Dès 1962, le maintien à domicile des

¹⁴Circulaire du 18 janvier 1960 relative à l'action sociale en faveur des personnes âgées du ministre de la santé publique et de la population

personnes âgées est devenu un enjeu majeur. Le rapport Laroque soulignait la nécessité de développer les services d'aide ménagère pour faciliter le maintien des personnes âgées à leur domicile. Dès lors, il ne s'agit plus d'assister les « vieillards » (loi du 14 juillet 1905) mais de les intégrer à la société. La dynamique n'est donc absolument pas la même. Ainsi, le rapport Laroque qui met en lumière le manque de politiques publiques en faveur de l'insertion des personnes âgées, propose plusieurs mesures pour favoriser le soutien à domicile avec notamment comme l'adaptation du logement, mais aussi réduire leur isolement avec la création de clubs de loisirs. Ce rapport met en avant le manque de politiques publiques en faveur de l'insertion des personnes âgées dans la société. La commission d'études des problèmes de la vieillesse, à l'origine du rapport Laroque, renforce cette conception à savoir que la population âgée a besoin de soins et d'accompagnements. Elle ne doit pas être en situation de marginalité et d'exclusion sociale.

Pour que le maintien à domicile puisse être réalisable, il est nécessaire de proposer une aide efficiente en termes de moyens et de financements. Autrement dit, la personne âgée n'a la possibilité de rester chez elle que si elle dispose des éléments nécessaires conditionnant son maintien à domicile.

Mais, la question du libre choix est en réalité une « escroquerie intellectuelle »¹⁵. La personne âgée, faute le plus souvent de moyens financiers, suit le mouvement des politiques publiques. « *Les choix de chaque individu, surtout s'il n'a pas d'argent et une santé fragile, sont fonction des choix collectifs qui sont faits et dépendants essentiellement des aides dont il peut disposer* »¹⁶. C'est pourquoi, la Bretagne souhaite apporter à travers l'action sociale une aide suffisante pour permettre à la personne âgée de réaliser un choix : celui de rester à son domicile ou de partir en établissement. En conséquence, les diverses caisses de Sécurité sociale proposent des prestations diversifiées.

¹⁵ Ennuyer B., 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile », Fonds national de gérontologie p 2

¹⁶ Ennuyer B., 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile », Fonds national de gérontologie p 2

- Le logement de la personne âgée : le passage des politiques de « bricolage » à des dispositifs structurés d'amélioration de l'habitat

La première démarche de l'action sociale au début des années 1960 fut de s'intéresser tout particulièrement au logement et à l'habitat des personnes âgées¹⁷. Permettre une vie décente à cette catégorie sociale fragilisée dont l'habitat n'est pas toujours attractif, est un des objectifs des politiques d'action bretonne.

Vivant à domicile, les personnes âgées ne sont pas toujours en mesure (physiquement et financièrement) de réaliser des travaux. Certaines résident dans un lieu de vie collectif comme les hospices ; elles sont tributaires de l'aménagement des locaux par les établissements. Or, les hospices ne sont pas des espaces adaptés pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Ces hospices manquent d'« humanité ». Dès lors, une des premières mesures réside « *dans l'humanisation et la modernisation des hospices existants* »¹⁸. Ces établissements ont fait dès 1965 l'objet de réhabilitation pour s'adapter aux personnes âgées y résidant : la hauteur des marches, par exemple, ne doit pas dépasser 15 centimètres. Toutefois, ces hospices ne semblent pas être la forme d'accueil d'avenir des personnes âgées. Celles-ci manifestent fortement leur volonté de rester à domicile.

En effet, l'impulsion de l'action sociale au début des années 1960 s'inscrit plus dans une dynamique de maintien à domicile. A ce titre, le rapport introductif faisant l'inventaire de l'action sociale en faveur des personnes âgées précise : « *dans les années à venir, il ne devrait plus y avoir de secteur sanitaire réservé exclusivement aux personnes âgées si ce n'est des services spéciaux de grabataires* »¹⁹. La politique vieillesse passe d'une logique d'institutionnalisation à une logique d'intégration de la personne âgée.

Dans un premier temps, la Caisse Régionale de Vieillesse à Rennes s'intéresse à la rénovation et à la création d'habitats dédiés aux personnes âgées. En effet, les Caisses Régionales Vieillesse sont des acteurs de premiers plans dans ce domaine. Les documents législatifs, le décret du 8 juin 1946, le Code de Sécurité sociale²⁰ leur attribuent un rôle pivot dans la mise en œuvre de la politique en faveur des personnes âgées. La loi du 6 mars 1950 confère aux caisses dont la Caisse régionale de Sécurité sociale à Rennes, la mission « *de promouvoir et de coordonner*²¹ *une politique sociale en faveur de ses ressortissants* ».

¹⁷Rapport introductif, « inventaire de l'action sociale en faveur des personnes âgées », Journées nationales d'études des caisses régionales à Rouen, 4,5 et 6 mai 1965, p3. « *En effet, la section spécialisée du Comité Technique d'Action Sanitaire et Sociale qui a été appelée à se prononcer sur ce problème le 10 décembre 1964, constatant que depuis 1959 l'action sociale en faveur des personnes âgées avait été essentiellement centrée sur la construction immobilière [...]* ».

¹⁸Rapport introductif, « inventaire de l'action sociale en faveur des personnes âgées », Journées nationales d'études des caisses régionales à Rouen, 4,5 et 6 mai 1965, p5.

¹⁹Rapport introductif, « inventaire de l'action sociale en faveur des personnes âgées », Journées nationales d'études des caisses régionales à Rouen, 4,5 et 6 mai 1965, p5

²⁰Article 34 du Code de la Sécurité Sociale, décret du 8 juin 1946 articles 73§2 et 3, 89,119 ,120§4, 131 bis

²¹Ouest-France, Une intéressante initiative de la Caisse régionale Vieillesse de Rennes en faveur des vieux travailleurs, 11 avril 1961.

Seulement, le décret délivrant les crédits ne paraît que le 25 septembre 1959 et la Caisse régionale de Vieillesse met en œuvre en 1961 une politique d'action sociale.

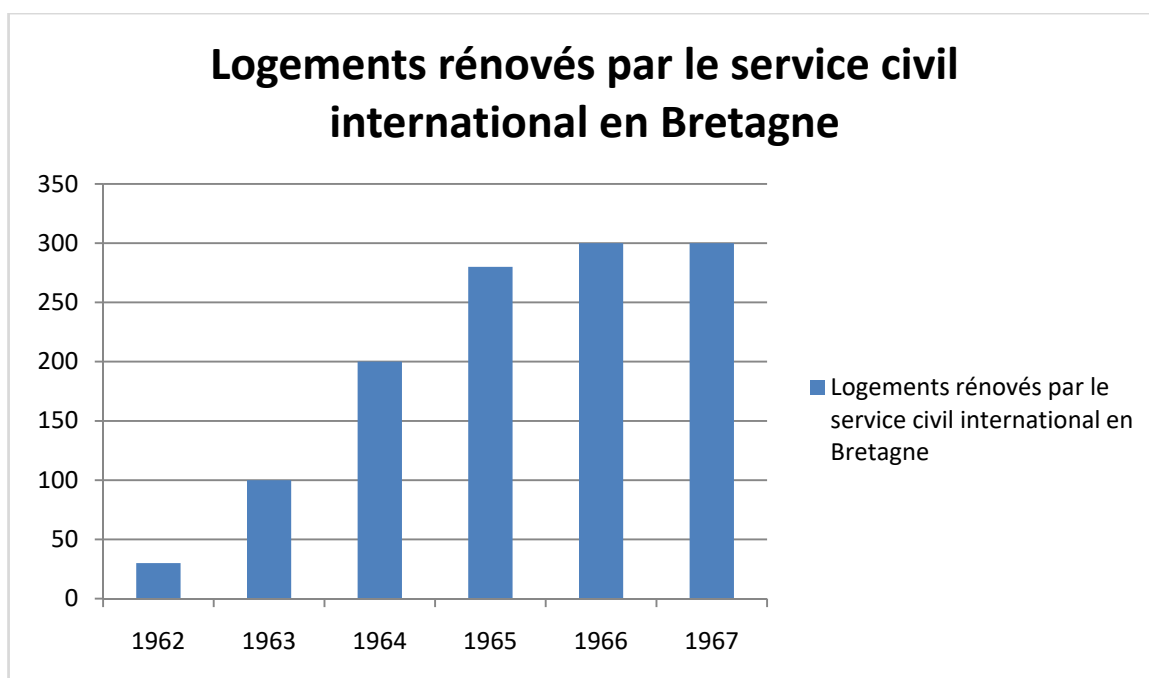
Ainsi, il importe que les personnes âgées puissent rester à leur domicile, en témoigne M. Muller, Président du Conseil d'administration de la CRSS en 1961. « *Notre première préoccupation a été de maintenir la personnes âgée dans son milieu, dans son cadre* »²². La Caisse régionale Vieillesse se montre active dans le domaine de l'habitat et du logement. Dans un premier temps, elle s'engage à financer les menus travaux à réaliser au domicile de la personne âgée comme la peinture, la tapisserie car l'objectif premier est de maintenir le « vieux travailleur » (appellation d'origine) chez lui, selon son souhait et d'améliorer son cadre de vie. A cette époque la Cram passe un accord avec les organisations HLM pour que certains appartements soient réservés à cette population. La Caisse finance une partie du projet pour que la personne âgée puisse de retrouver un domicile personnel et de profiter de services collectifs. Ce programme va être réalisé dans de nombreuses villes : Saint-Malo, Rennes, Lanvollon, Guingamp, Paimpol, Perros-Guirec, Matignon, Callac ou Tréguier. A titre d'exemple, la Caisse régionale de Sécurité sociale a aidé (prêt et subvention²³) à la construction d'un logement-foyer rennais, rue Geoffroy de Ponblanc, à hauteur de 26 millions d'anciens francs. La facture totale s'élevait à 65 millions.

Il est patent que le budget limité de la Caisse régionale de la Sécurité sociale ne permet la prise en charge totale des travaux. Aussi, la Caisse a fait appel à plusieurs initiatives privées ou publiques. Le Service Civil International a travaillé en collaboration avec la ville de Rennes pour l'amélioration de l'habitat des personnes âgées. Le 20 août 1962, 30 jeunes venus de plusieurs horizons notamment européens et américains ont réalisé des travaux dans les logements de plusieurs personnes âgées. En 1970, l'aide ainsi apportée par le service civil international a profité aux départements du Morbihan et de l'Ille-et-Vilaine avec des chantiers dans les communes de Belz, Plouhinec, Riantec, Locmiquelic, Pluvigner et Baud dans le département du Morbihan²⁴. Les chantiers du service civil international se sont accrus considérablement durant les années 1960. En effet, en 1962, 30 logements ont été remis en état dans la ville de Rennes alors qu'en 1967 300 chantiers dans 20 villes avaient été réalisés. La Caisse a donc trouvé à moindre frais de contribuer au bien-être des personnes âgées.

²²Ouest-France, Une intéressante initiative de la Caisse régionale Vieillesse de Rennes en faveur des vieux travailleurs, 11 avril 1961.

²³Ce mode de financement se réalise en vertu de l'article 127 du décret du 8 juin 1946 : « Les Caisses Primaires et Régionales de la Sécurité Sociale peuvent accorder des prêts ou des subventions à des œuvres ou institutions sanitaires et sociales qui rentrent dans les catégories définies par le Comité Technique d'Action sanitaire et sociale ».

²⁴Compte rendu de la réunion des délégués de l'Action Sociale en faveur des Personnes Agées du 20 mars 1970, p1



Pour la MSA, les personnes âgées peuvent bénéficier de réparations ou de réalisation de menus travaux à leur domicile. Les réparations peuvent être également effectuées dans les locaux à usage d'habitation seulement si le propriétaire s'engage à réserver ce logement pour une durée d'au moins cinq ans à des personnes âgées.²⁵

La rénovation de l'habitat des personnes âgées représente donc un travail de grande ampleur dans la perspective d'étendre l'ensemble de l'action sociale sur toute la Bretagne où en 1962 le logement est plutôt insalubre.

Parallèlement, d'autres initiatives sont prises dans le cadre de l'habitat. Le 28 août 1964, l'association « Jeunesse et Foyer-PACT » est créée, à l'initiative de Eugène Douard, directeur de la CPAM, afin de venir en aide aux personnes âgées à Saint-Brieuc. Une autre association PACT est mise en place en novembre 1964 en Ille-et-Vilaine par la suite. Ces associations ont pour but de répondre aux besoins des personnes âgées en matière d'habitat mais surtout d'apporter leur savoir-faire dans le domaine. Dès l'année 1964, les CPAM signent des conventions avec le PACT dans chaque département. Ainsi, une convention est signée avec le Sud Finistère le 28 mai 1964, avec le Nord Finistère le 28 juin 1964, avec les Côtes d'Armor le 28 août 1964 et avec l'Ille-et-Vilaine le 10 octobre 1964. Dès lors, la région de la Bretagne est couverte par les conventions PACT permettant de délivrer une aide aux personnes âgées sur tout le territoire.

La mise en place de ces politiques d'action sociale représente une réelle avancée pour les « vieux travailleurs ». Une aide leur est fournie et la région se dote d'équipements supplémentaires. La volonté est de bâtir dans la région des points relais permettant la prise en charge des « vieux travailleurs ». Ces premières expériences d'action sociale vont être

²⁵ Procès-verbal du Conseil d'administration de la Mutualité sociale agricole relatif à l'action sociale en faveur des personnes âgées, 24/03/1964.

renforcées par une volonté étatique et régionale de prise en charge de la personne âgée dépendante via l'aide-ménagère.

- Le rôle dominant de la prestation d'aide-ménagère

La situation des personnes âgées reste, malgré les mesures d'action sociale, assez précaire en Bretagne et en France. La majorité d'entre elles perçoit des retraites très faibles et leur condition de vie apparaît très difficile. Très souvent, les personnes âgées vivent seules et isolées d'où la nécessité de leur apporter une aide.

En Bretagne, l'origine de l'aide ménagère date de 1957. Mise en place par l'adjoint aux affaires sociales de Brest avec des religieuses et des gens de bonne volonté²⁶, cette aide, ancêtre de l'aide ménagère légale, instituée par les politiques publiques permet aux personnes âgées de bénéficier d'une femme de ménage. Les modalités de financement étaient assez rudimentaires car les porteurs du projet allaient faire la quête auprès des commerçants et des habitants des villages. Cette aide permettait d'éviter l'hospitalisation. Cette situation a duré six ans jusqu'en 1962-1963 lorsque la Cram Bretagne met en place l'aide ménagère.

Le rapport Laroque insiste précisément, en 1962, sur la généralisation de la prestation d'aide ménagère. Le décret du 14 avril 1962 crée la prestation d'aide ménagère à domicile et institue le principe de l'aide sociale en nature. Cette prestation est servie après que les services sociaux aient détectés les personnes âgées ayant besoin d'une aide. Cette aide est calculée à partir des ressources de la personne âgée principalement. C'est dans ces conditions que la CNAV et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole adressent leurs directives à la CRAV et aux MSA bretonnes qui dès 1962 ont officiellement financé des prestations d'aide-ménagère à domicile.

Cette action de grande envergure répond à un besoin prégnant en Bretagne dès lors que la caisse régionale de Vieillesse de Rennes verse des pensions de retraites à 81 500 prestataires. Or, 3 000 d'entre eux ont moins de 400 nouveaux francs pour vivre annuellement ; 64 000 touchent une retraite allant de 400 à 1 200 nouveaux francs ; 13 000 ont une retraite comprise entre 1 200 et 2 000 nouveaux francs. Seuls 1 500 perçoivent une retraite supérieure à 2 000 nouveaux francs²⁷. Le service d'aide à domicile est prévu pour des retraités ne percevant pas plus de 2010 nouveaux francs.

Dans un procès-verbal du conseil d'administration de la MSA 35 du 24 mars 1964²⁸, il est indiqué que l'aide en faveur des personnes âgées s'effectue notamment à travers l'aide ménagère à domicile. Ainsi, pour cette prestation, l'aide ne peut pas dépasser deux heures par jours durant un laps de temps d'un mois. En matière d'action sociale, le rôle de l'assistante sociale est primordial dans l'évaluation de la situation de la personne âgée. En effet, l'assistante sociale apparaît comme le pivot de la procédure. Pourtant, cette démarche ne

²⁶ Marie-Françoise Malo, Directrice du service d'aides et de soins à domicile de Brest

²⁷ Ouest-France, Une intéressante initiative de la Caisse régionale Vieillesse de Rennes en faveur des vieux travailleurs, 11 avril 1961

²⁸ Procès-verbal du Conseil d'administration de la Mutualité sociale agricole relatif à l'action sociale en faveur des personnes âgées, 24/03/1964

convient pas à toutes les personnes âgées qui, pour certaines, considèrent la venue des services sociaux comme une intrusion.

Cette aide ménagère se développe grâce à un tissu associatif très performant en Bretagne. La prestation d'aide ménagère est une prestation en nature, autrement dit elle est une prestation effective.

En 1964, année d'expérimentation, le budget de la MSA 35 pour l'action sociale en faveur des personnes âgées s'élevait à 5000 francs pour l'Aide ménagère à domicile, à 2 500 francs pour le secours éventuels, et à 25 000 francs pour l'amélioration de l'habitat.²⁹ Cette répartition se justifie par le caractère solidaire du voisinage et des familles d'une part, et de la nécessité d'améliorer un habitat très rudimentaire d'autre part.

Quant à la Cram, les budgets ne sont pas dépensés en totalité. Par exemple, il restait 60 000 francs non utilisés dans le budget action sociale. Le directeur de la Caisse préconise de dépenser le reliquat en développant l'aide-ménagère à domicile³⁰ afin de toucher le plus grand nombre. Ceci a pu se révéler ultérieurement préjudiciable, l'aide-ménagère ayant été attribuée à certaines personnes dont les besoins n'étaient pas totalement avérés à travers le temps.

- L'apparition des vacances hôtelières : le bouleversement des loisirs des personnes âgées

L'action sociale de la Caisse régionale Vieillesse va porter sur la lutte contre l'isolement et favoriser le bien-être des personnes âgées en leur offrant la possibilité de partir en vacances. Au niveau national, cette action est regardée avec bienveillance³¹. A l'échelle de la Bretagne, la Cram a instauré un programme de vacances hôtelières. Ce programme offre aux personnes âgées qui ne perçoivent qu'une petite pension de retraite la possibilité de partir en vacances à moindre frais. A souligner, les services sociaux des caisses rencontraient des personnes âgées qui avouaient n'avoir jamais quitté leur lieu de vie. Ainsi, telle personne vivant à Quimper n'était jamais partie de chez elle sauf pour se rendre à « Ty mam Doue » chaque année au 15 août. Le programme de vacances hôtelières lui a permis de partir pour 5 francs la semaine à Loctudy découvrir la mer.

Plusieurs initiatives découlent de ce projet comme le complexe de vacances du Dourdy³². Ce complexe financé par les Caisses **d'Allocations Familiales** permettait aux

²⁹ Procès-verbal du Conseil d'administration de la Mutualité sociale agricole relatif à l'action sociale en faveur des personnes âgées, 24/03/1964.

³⁰ Compte rendu de la réunion des délégués de l'Action Sociale en faveur des Personnes Agées du 20 mars 1970,

³¹ Rapport introductif, « inventaire de l'action sociale en faveur des personnes âgées », Journées nationales d'études des caisses régionales à Rouen, 4, 5 et 6 mai 1965, p17. Concernant l'aide aux vacances, « *il s'agit là d'une formule déjà mise en œuvre par les Caisses Régionales et que la Section spécialisée a encouragée en raison du bien être qu'elle apporte aux vieillards aussi bien sur le plan physique que sur le plan psychologique* ».

³² B.E.P.R.E.S, « Le complexe de vacances du Dourdy », novembre 1966, p17

Caisses Régionales Vieillesse de disposer de locaux et d'offrir des vacances aux personnes âgées hors des périodes de vacances scolaires.³³.

Mais, avant de connaître un réel succès auprès des personnes âgées, le programme de vacances hôtelières a rencontré des difficultés dans les années 1963, 1964 et 1965. En effet, les personnes âgées **ne sont pas habituées** à ce genre de pratique. Dès lors, le personnel des services sociaux de la Cram, les comités ou les établissements communaux vont faire du porte à porte pour « démarcher » les personnes âgées comme cela se pratiquait pour l'ensemble des prestations d'action sociale vieillesse.

Rompre la solitude et multiplier les échanges sociaux permettent aux personnes âgées de rester autonomes plus longtemps. Les vacances organisées pour les personnes âgées favorisent leur intégration dans la société. Ces vacances contribuent à l'épanouissement de la personne âgée ainsi qu'à un maintien à domicile de meilleure qualité. Le programme est très satisfaisant en témoignent les nombreuses lettres de participants, soucieux de remercier les organisateurs. En effet, les voyages rassemblaient des personnes d'une même zone géographique ce qui contribuait à créer du lien **social**, relations se prolongeant au-delà des vacances.

- la place primordiale des relais locaux dans le paysage de l'action sociale

Les ADMR (Aide à domicile en milieu rural) ont été créés après la seconde guerre mondiale. Elles ont pour but de compléter les services d'action sociale en proposant notamment des aides à domicile. 4 conventions principales sont signées dans chaque département. Cependant, le Finistère est le seul département où les ADMR restent le principal relais de l'aide à domicile.

Les bureaux d'aide sociale, créés en novembre 1953, couvrent dans chaque commune les besoins en aide sociale. Ces bureaux gèrent les aides légales et extralégales en matière d'aide sociale ; Ils résultent de la fusion entre les bureaux d'assistance et les bureaux de bienfaisance. En effet, les bureaux d'assistance devaient appliquer la réglementation en matière d'aide sociale légale alors que les bureaux de bienfaisance géraient l'aide sociale facultative. En conséquence, en 1953, les bureaux d'aide sociale s'occupent de l'ensemble de l'action sociale dont les personnes âgées. Au début des années 1980, les organismes de Sécurité sociale bretons ont signé 286 conventions avec ces bureaux d'aide sociale.

Les Associations communales ou cantonales, et plus tard intercommunales, permettent un relai de l'action sociale dans chaque commune. Ces associations pallient les difficultés rencontrées par les mairies en tant que structures de proximité. Ces associations fonctionnent grâce aux conventions passées avec les organismes de Sécurité sociale. Au début des années 1980, ces associations avaient passées 51 conventions.

³³Dans l'étude sociale et économique relative au complexe de Dourdy, le bureau d'étude précise que le complexe est ouvert pour les personnes âgées hors des périodes hautes afin de pouvoir accueillir des congrès ou des stages

II) La recherche d'une information renforcée auprès des personnes âgées et d'un accès facilité aux prestations d'action sociale (1969-1979)

Après avoir mis en place une politique de couverture territoriale dans les années 1960, la CRAM de Bretagne a souhaité favoriser des logiques de proximité dans les années 1970. Au niveau national, la circulaire du 24 septembre 1971 propose plusieurs plans d'action à l'attention des personnes âgées comme les clubs du troisième âge ou les foyers restaurants³⁴. En Bretagne, environ 40 000 personnes sont aidées en 1971.

Mais, un débat s'installe sur le type de solidarité souhaitée. En effet, faut-il préférer un financement destiné aux seules personnes ayant des ressources faibles ou à l'ensemble des personnes nécessitant une aide pour rester à leur domicile ? La décision prise fut que l'ensemble des personnes âgées pourrait bénéficier des aides proposées.

Pour faire connaître sa politique d'action sociale et favoriser le développement de cette prestation, la Cram et ses partenaires ont mis en œuvre une politique d'information et de communication renforcée. Ses premiers effets ont été constatés au travers l'aide aux vacances

- Le renforcement de l'information auprès des personnes âgées

Afin que les politiques publiques d'action sociale en faveur des personnes âgées touchent réellement le public visé, la Cram Bretagne diversifie ses lieux d'accès à l'information et se tourne vers d'autres partenaires (association, office des retraités).

En effet, plusieurs rapports soulignent la faiblesse du recours à l'action sociale par les personnes âgées en raison de ce manque d'informations. Plusieurs services sont proposés mais les personnes âgées continuent à « *ignorer les avantages qui leur sont offerts* »³⁵. Pourtant, un grand nombre de dispositifs ont été mis en place : texte-affiche, édition d'une brochure-guide, émissions à l'ORTF, multiplication des permanences de renseignements... Plusieurs initiatives de la Caisse régionale Vieillesse sont notables. Ainsi, un stand à la Foire-exposition de Rennes a été tenu par le groupe « Vieillesse-ASPA » du 27 avril au 6 mai 1968 dans le but de relayer les informations concernant les droits à la retraite et les aides à l'attention des personnes âgées. En 1969, l'expérience a été renouvelée enregistrant une augmentation des visites³⁶.

Dés lors, des partenariats s'établissent pour mieux toucher les personnes âgées. La commission chargée de l'information auprès de l'OPAR a réalisé plusieurs propositions comme établir une carte des lieux et heures de permanences, organiser des rencontres entre les organismes chargés des permanences dans le but d'améliorer le dispositif de renseignement, créer un fichier unique des personnes susceptibles de bénéficier des possibilités d'aides et de

³⁴ CLEIRPPA, « Le maintien à domicile : contexte, enjeux et dispositifs », 2009, p8

³⁵ Office des personnes âgées de Rennes, « propositions pour un programme d'actions », février 1970 p1.

³⁶ En 1968, le nombre de visites s'élevait à 291 alors qu'en 1969 elle se montait à 335

loisirs. L'information est un enjeu central comme le souligne le rapport sur « l'information sur les vacances » du Cleirppa.³⁷

La Cram « a mis au point une politique d'action sociale et a été une des premières de France, certainement, à le faire de cette façon là »³⁸. En effet, avant les politiques de décentralisation de 1982, la Cram Bretagne crée le poste de « **Délégué ASPA** » dans chaque département (5 départements : Ille-et-Vilaine, Côtes d'Armor, Finistère Nord, Finistère Sud, Morbihan). Favoriser l'information directe auprès des partenaires sociaux et des bénéficiaires des politiques publiques en faveur des personnes âgées était l'une de **leurs missions principales**. A partir de ce relai, se développe une véritable politique de diffusion et d'information en faveur des personnes âgées.

En parallèle, l'information est également véhiculée par les communes ou les regroupements intercommunaux. Par exemple, sous l'influence du modèle du CCE de Broons, les communes alentour souhaitent mettre en place à leur tour des CCE. Seulement, il est nécessaire de trouver et de convaincre la personne âgée qui ne souhaite pas forcément d'une aide ménagère. Encore une fois, les acteurs locaux des services sociaux en faveur de la personne âgée vont devoir cibler et démarcher celles-ci. Cette démarche porte ses fruits puisque la prestation « aide ménagère » a de plus en plus de succès.

- La faveur donnée à la proximité : le développement des réseaux d'action sociale et des réseaux médicaux

La prestation d'aide ménagère connaît un grand succès auprès des personnes âgées. Plusieurs réseaux de proximité se développent sur la région afin réaliser un maillage territorial. Des comités d'action sociale ainsi que des services d'hygiène s'organisent afin de pallier les difficultés rencontrées par les personnes âgées.

- Le succès de la prestation aide-ménagère

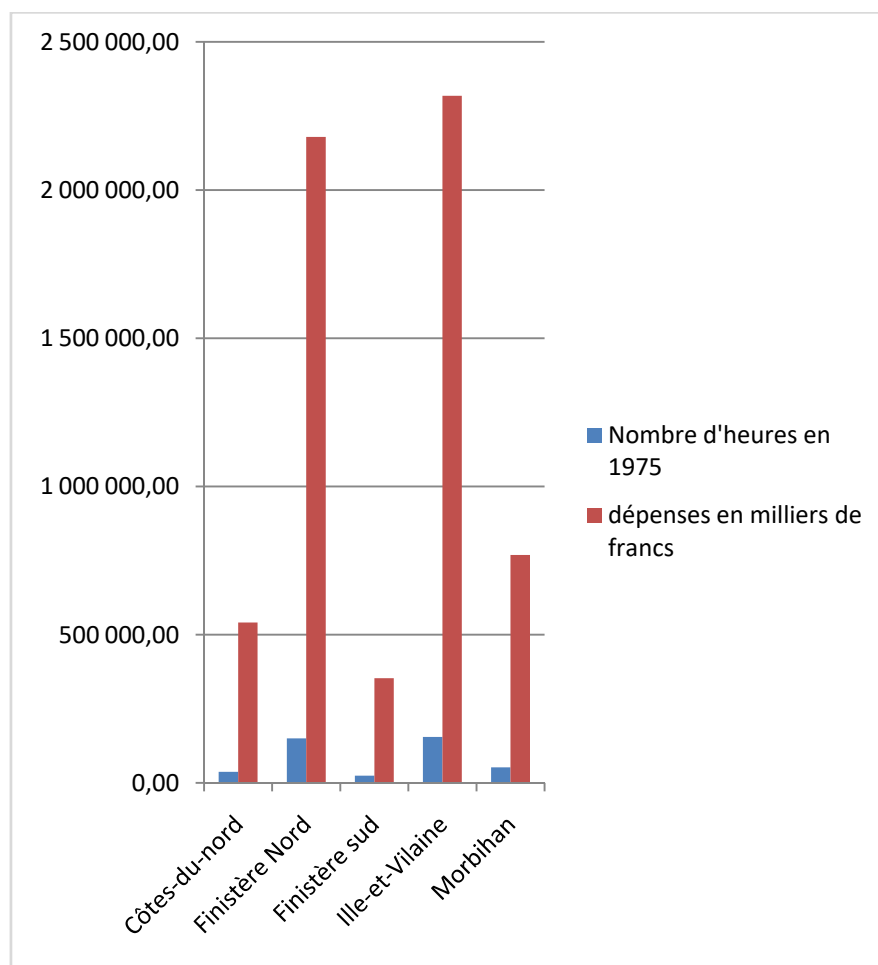
La région Bretagne cherche à créer des rapports de proximité entre les programmes de l'action sociale et la personne âgée. En effet, de plus en plus de personnes âgées sont concernées par les prestations d'action sociale. Entre 1970 et 1975, les dépenses liées à l'action sociale en faveur des personnes âgées ont été presque multipliées par 6. En 1970, le budget s'élevait à 1 756 358 francs alors qu'il se montait à 10 134 445 francs en 1975. L'aide ménagère à domicile ainsi que l'aide paramédicale et le lavage de draps constitue le pôle le plus important. En 1975, il représentait un montant de 6 331 522,48 francs.³⁹ Au niveau géographique, les zones les plus consommatrices d'aide ménagère sont l'Ille et Vilaine et le Finistère Nord. En conséquence, le maintien à domicile des personnes âgées reste un enjeu majeur qui s'inscrit dans la droite lignée des politiques publiques régionales et du rapport Laroque. Victime de son succès, la prestation d'aide ménagère est fortement

³⁷ C.L.E.I.R.P.P.A, « L'information sur les vacances », 1974-1975, p7 En matière d'action des organismes en matière de vacances « le rôle de l'information occupe une place privilégiée ».

³⁸ Hervé Bodeur, Directeur de la Fondation Lannouchen dans le Finistère

³⁹ Rapport d'activité, caisse régionale d'assurance maladie de Bretagne, Rennes 1975, p70

demandée. En 1970, le budget n'était utilisé qu'à hauteur de 84,97% alors qu'en 1975, presque la totalité du budget (99,56%) fut utilisé.



C'est pourquoi, la Cram multiplie les initiatives favorisant la répartition des services d'action sociale sur le territoire. De manière idéale, chaque commune ou intercommunalité devrait avoir un relai d'action sociale qui permet aux personnes âgées de bénéficier des diverses prestations de la Cram. Un réel maillage du territoire se met en place.

Dans ce cadre, la Cram passe des conventions avec les services d'aide à domicile. Elle apporte aussi son soutien technique et financier pour la création de Comités Cantonaux d'Entraide ménagère.

- Le développement d'une expérience de réseau : le CCE de Broons

Les bureaux d'aide sociale gèrent depuis 1959 les aides ménagères à domicile. Mais, le réseau ne se développe pas : les personnes âgées dépendantes ne sont pas nombreuses ou inconnues des services. Chaque mairie dispose de son propre bureau d'aide sociale sans pour autant essayer de développer des réseaux entre elles.

C'est pourquoi, il est nécessaire de trouver un nouveau fonctionnement pour distribuer la prestation d'aide ménagère. Une nouvelle organisation apparaît à travers le comité cantonal

d'entraide. En 1969, le CCE de Broons, association de 1901 à but non lucratif, a été le premier comité cantonal d'entraide à être implanté en Bretagne. Eugène Douard, directeur de la Caisse Régionale de Bretagne s'est inspiré du fonctionnement des comités cantonaux d'entraide lors d'une de ses visites dans le département de l'Orne pour mettre en place ces mêmes entités dans le département des Côtes d'Armor. Sous l'influence d'Eugène Douard, directeur de la Caisse régionale Bretagne, Pierre Douard, son frère, conseiller général du canton de Broons propose d'expérimenter cette nouvelle structure sur son canton. Il est spécifiquement dédié au service de l'aide-ménagère. Des conventions sont passées avec le bureau d'aide sociale de chaque commune. En contrepartie, les présidents d'aide sociale que sont les maires sont devenus membres de droit de ce comité. Le comité cantonal d'entraide a donc fait une place aux maires qui ont souhaité participer à cette association qui regroupait 9 communes.

Plusieurs conventions ont été signées avec la Caisse régionale d'Assurance Maladie de Bretagne, la Mutualité sociale agricole et la direction de l'action sanitaire et sociale. Les communes préfèrent se regrouper dans une association cantonale pour faciliter la coordination des équipes tout en répondant à des besoins locaux⁴⁰. Ces comités cantonaux d'Entraide ménagère ont pour but d'être un relai pour la Caisse régionale Vieillesse. Ils doivent s'assurer, dans le respect des règles évoquées par la Cram que chaque personne âgée demandant une aide puisse bénéficier d'une aide ménagère à domicile⁴¹. Ces comités répondent à plusieurs défis. Ils permettent de réduire le nombre de placement en hospice. Les interventions ont une valeur préventive. Elles visent à stimuler la personne âgée, à rompre l'isolement et à apporter une présence réconfortante. Ainsi, l'aide ménagère exécute des tâches d'entretien telles que la confection des repas, les courses, les travaux d'entretien courant du logement. Bien que l'aide ménagère existait dans de nombreuses villes en Bretagne, le comité d'entraide de Broons est la première forme d'organisation entre communes pour l'organisation et la coordination de la prestation aide ménagère. Cette forme d'organisation convient tout autant en ville qu'à la campagne. En effet, en ville, la famille reste dispersée. La campagne subit progressivement l'exode rural. Les personnes âgées sont donc progressivement moins prises en charge par la famille. De plus, le comité cantonal d'entraide ménagère, en proposant un service de proximité, favorise une logique de réduction de coût. En raison des conventions signées avec le CCE de Broons, le coût d'une aide ménagère revient à 210 francs par mois, le plafond d'heure étant estimé à 30 heures. En parallèle, le prix de journée pour la prise en charge d'une personne âgée est très élevé : 53,70 francs à l'hôpital de Dinan, 66,20 francs à l'hôpital de Saint-Brieuc, 38,50 francs à l'hôpital de Tréguier⁴². Le comité cantonal d'Entraide ménagère paraît dès lors être une avancée pour

⁴⁰Le Gac Yves, Après l'expérience de Broons, généralisera-t-on, dans le département les comités cantonaux d'Entraide ménagère en faveur des personnes âgées et des infirmes ?, 22 Côtes-du-Nord

⁴¹Convention concernant l'aide ménagère à domicile en faveur des personnes âgées entre la Cram de Bretagne et le CCE de Broons, 1 mai 1972. Article 1 « Le comité cantonal d'Entraide de Broons s'engage dans les limites et conditions fixées par ses statuts, à assurer une aide ménagère à domicile à toutes les personnes âgées qui font appel à ses services ».

⁴²Le Gac Yves, Après l'expérience de Broons, généralisera-t-on, dans le département les comités cantonaux d'Entraide ménagère en faveur des personnes âgées et des infirmes ?, 22 Côtes-du-Nord

l'amélioration du service rendu des personnes âgées et une démarche constructive pour les communes adhérentes. Yves Le Gac, journaliste Ouest-France, invite d'ailleurs à multiplier les expériences sur les départements de Bretagne.

Le comité cantonal d'entraide de Broons a fait cavalier seul de 1969 à 1976. Mais à partir de 1976, le gouvernement souhaite développer les structures de réseau facilitant l'accès aux prestations d'action sociale vieillesse. Ainsi, le canton de Broons bénéficie du plan d'action prioritaire 15 qui permet d'obtenir des subventions importantes. Dès lors, plusieurs comités cantonaux d'entraide se créent en Côtes d'Armor et en Bretagne. De plus, les clubs du troisième âge qui se sont développés principalement dans les années 70 se joignent au comité cantonal d'entraide. Ainsi, les présidents des clubs font partie des comités. Dès lors, il paraît plus simple de faire passer l'information concernant les prestations d'action sociale vieillesse par ce biais, les délégués ASPA et les services sociaux servant de relais d'information. Les structures, les financeurs et le public collaborent efficacement sous une même entité : le comité cantonal d'entraide.

Au vu des demandes, notamment dans le milieu rural, les services des comités d'entraide se diversifient et s'orientent vers le soin à domicile. Le Bretagne devient une région précurseur dans le domaine des soins à domicile.

Histoire récapitulative du CCE Broons (Côtes du Nord/ Côtes d'Armor)

En 1969, l'initiative de créer un comité cantonal d'entraide à Broons est née de l'idée de M. Eugène Douard, directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie de Saint-Brieuc et de Monsieur Pierre Douard, son frère, conseiller général du canton. Sa présidence fut assurée par M. Charles Sangan et le CCE de Broons fut déclaré officiellement à la sous-préfecture de Dinan le 17 juin 1969. A l'origine, le CCE de Broons n'a pas fonctionné avec beaucoup de moyens financiers. Seules deux avances de trésorerie de 2500 francs pour la Cram et de 1500 francs pour la MSA. Le CCE de Broons est la première expérience en milieu rural de services d'aide aux personnes âgées. Il regroupait, en 1969, 9 communes du canton et travaillait avec la CRAM, la MSA et la DASS. Les aides ménagères devaient être polyvalentes. Elles pouvaient être amenées à faire du feu lorsqu'elles arrivaient alors que leur rôle était de faire du ménage dans le logement de la personne âgée.

Le fonctionnement du CCE de Broons est assuré par Mme François. A l'origine, Mme François est secrétaire de mairie à temps partiel de la commune de Trémeur. Mais, elle s'engage dans la mise en place du CCE de Broons au départ en tant que bénévole de l'association puis à mi-temps en tant que secrétaire administrative. Les conditions de travail étaient difficiles lors de la création du CCE. Elle ne disposait pas d'un bureau spécifique au CCE. Les locaux étaient mis à la disposition par la commune de Trémeur et par celle de Broons. En 1978, c'est dans un appartement de l'ancienne gendarmerie que les bureaux furent installés dans des conditions sommaires, les archives se trouvant dans la baignoire.

Mme François avait une réelle volonté de créer un organisme fonctionnel au service des personnes âgées. Partie de rien, elle a dû jouer plusieurs rôles : directrice, comptable, secrétaire. Libre de réaliser les projets qu'elle voulait mettre en place, Mme François s'est vite imposée comme étant la personne de référence du CCE de Broons.

Le modèle du comité cantonal d'entraide s'est fortement développé après avoir fait « cavalier seul ». En effet, l'expérience réalisée dans le canton de Broons avait été une réussite. C'est pourquoi, grâce au soutien des plusieurs personnalités dans le domaine de l'action sociale, le modèle du CCE de Broons a été repris sur le département. Ces initiatives ont été soutenues par M. Maurice Lucas, chef de service de l'action sociale à la MSA, M René Carfantan, délégué à l'action sociale des personnes âgées à la CRAM et M. Jacques Connan, inspecteur à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

Le CCE du canton de Broons prend un nouveau tournant en 1975 avec la naissance des clubs du troisième âge dans les communes rurales, initiative encouragée par la MSA. Ces clubs ont été l'appui principal pour l'analyse et la détermination des besoins des personnes âgées. Après une enquête réalisée en 1977, le CCE de Broons signe le 30 novembre 1978 un contrat de secteur du programme prioritaire n° 15 avec le préfet. Les présidents des clubs du troisième âge deviennent au même moment des membres de droit du CCE. Trois services principaux se sont mis en place (aide à domicile, service de soins infirmiers et le service « pap » 15) faisant du CCE un véritable coordonnateur du maintien à domicile. Le CCE de Broons a développé des partenariats et des conventions avec les infirmiers libéraux et le centre de soins de Broons afin d'adapter l'offre de soins aux demandes des personnes âgées en milieu rural. Les infirmiers libéraux n'étaient pas intégrés au CCE, ils étaient **salariés** du comité.

Fin 1982, Mme François, à l'origine secrétaire de mairie, quitte la mairie pour prendre la direction du comité cantonal d'entraide de Broons. Le CCE a pu bénéficier de nouveaux locaux au foyer logement de Broons. En raison de l'extension du domaine d'action comité, se crée une fédération des services de maintien à domicile au niveau du département. La création d'une fédération a été soutenue par les élus, par les financeurs (CRAM, MSA principalement). La Fédération avait pour but de créer un relais départemental d'information en lien avec la CRAM.

En 1983, le service de CCE de Broons s'est fortement développé. 198 personnes âgées et handicapées bénéficient de l'intervention de 54 aides ménagères tous les mois.

Le CCE de Broons connaît un grand succès qui l'amène à développer ses services et à se structurer. Ainsi, plusieurs services sont créés afin de répondre spécifiquement aux demandes des usagers : un service d'auxiliaire de vie pour les personnes handicapées et un service de lavage de linge le 1^{er} novembre 1983, un service SOS alarme en avril 1986, un service d'aide à la démarche administrative pour l'emploi d'une aide ou garde à domicile le 1^{er} avril 1987.

En 1987, une étable a été achetée et rénovée par le comité afin qu'il puisse s'y installer en 1989. Le comité s'est étendu en janvier 1993 sur les cantons de Dinan Est et Ouest.

- La Bretagne, précurseur en matière de SSIAD

La population âgée devient de plus en plus importante. Or, un défi pour le maintien à domicile reste l'offre de soins d'hygiène et de santé. La bonne santé d'une personne âgée est une condition essentielle de son maintien à domicile. Les soins infirmiers sont perçus comme une extension des services de maintien à domicile. Ces soins permettent un meilleur état de santé des personnes âgées certes, mais surtout ils repoussent l'âge d'entrée en établissement. De même, les séjours en hôpital peuvent être abrégés grâce à ces soins. La région Bretagne avait compris avant 1981, date du décret relatif aux SSIAD, l'importance de créer un tel système. En janvier 1974, la CNAVTS avait donné son accord pour que le Bureau d'Aide sociale de Rennes réalise une expérience concernant les soins d'hygiène à domicile. A la même période, la Bretagne disposait de 9 services proposant du soin d'hygiène à Bourbiac, Saint-Quay et Perros, Quintin, Lannion, Chatelaudren, Brest, Saint Etienne en Cogles et Guipavas. D'ailleurs, le rapport d'activité de 1975 de la Cram Bretagne montre que la caisse régionale subventionnait les associations dans le domaine de l'aide paramédicale en faveur des personnes âgées. Celles-ci ont offert des soins à environ 280 bénéficiaires. Les subventions se montaient pour les Côtes-du-Nord à 4 878,58 francs, pour le Finistère Nord à 52 821,92 francs et pour l'Ille-et-Vilaine à 49 821,92 francs. Le budget alloué, relativement élevé, prouve l'implication de la caisse régionale et des associations dans l'aide paramédicale. L'expérience menée par la Cram de Bretagne « *constitue un complément indispensable à l'aide ménagère à domicile* ». ⁴³

A une échelle locale, le comité cantonal de Broons a également mis en place le premier service de soins à domicile rural. Les services de soins à domicile dans les villes existaient déjà. Mais, dans les zones rurales, les infirmiers étaient libéraux et ne souhaitaient pas devenir salariés d'une structure. En parallèle, les personnes âgées dépendantes ne voulaient pas recevoir des soins délivrés par des professionnels autres que ce qu'elles avaient l'habitude de rencontrer. Après un long travail de négociation, le comité cantonal de Broons a réussi à intégrer les infirmiers libéraux dans leur structure par le biais de contrats à temps partiels afin de respecter les désirs de tous les acteurs.

Au niveau national, les services de soins infirmiers à domicile sont créés par un décret du 8 mai 1981 et mis en œuvre par la circulaire du 1 octobre 1981. Ces services prodiguent des soins techniques (actes réalisés par des salariés du SSIAD ou des infirmiers libéraux) ou de base (soins d'entretien et de continuité de la vie) aux personnes âgées. Ils font se rencontrer des aides-soignants et des infirmiers. Le SSIAD est géré par un infirmier coordinateur qui, selon les articles L311-4 et D 311 de l'Action sociale et des familles, « *évalue les besoins de soins au domicile du bénéficiaire, et élabore un projet individualisé de soins. Ce projet de soins fait l'objet d'un contrat de prestation de service avec le bénéficiaire* ».

⁴³ Action sanitaire et sociale sous commission d'action sociale en faveur des personnes âgées, procès verbal 10 décembre 1975 p3

Ces services ont été pionniers et surtout innovants, leur expérience a permis le développement rapide et généralisé sur tout le territoire breton. La Bretagne semble avoir été en avance puisqu'elle dénombrait en 1982, 43 services de soins infirmiers à domicile qui totalisaient 1238 places. La région Bretagne centralisait davantage de services et de places que dans le reste de la France. Elle se situe donc au premier rang concernant la mise en place des SSIAD. A souligner que fin 2012 133 services de soins sont conventionnés en Bretagne et offrent 5503 places.

En conséquence, la Bretagne s'appuie sur des relais de proximité (CCE, associations) aidés par des structures de sécurité sociales régionales et départementales (CRAM, MSA, CPAM) afin d'améliorer le service à domicile. Les besoins de la personne âgée sont désormais pleinement pris en compte puisque des entités locales assurent le relai de l'information et le déploiement des services et prestations. Cependant, le début des années 1980 est un tournant majeur dans l'économie française. Ces années sont marquées par la montée du chômage et l'augmentation du nombre de personnes âgées. C'est pourquoi, il est nécessaire de redéfinir l'Action sociale.

Face au développement des SSIAD, plusieurs organisations syndicales de médecins libéraux ont décidé de créer des associations locales de développement sanitaire (ALDS) afin de garder la mainmise sur les soins à domicile. En effet, le corps médical souhaite gérer les soins à domicile. Les ALDS sont créées **sur** des zones déterminées afin de développer les soins à domicile et de conserver le statut libéral des infirmiers. Ainsi, le Docteur **Bonnell**, a été le premier à développer une ALDS dans le secteur **de Dinard**.

Chapitre 2 Une rénovation de la logique d'intervention dans le dispositif de maintien à domicile en Bretagne

- le passage d'un « droit à » à la définition du besoin

Les personnes ayant cotisé considèrent qu'elles disposent d'un droit potentiel aux prestations sans pour autant que le besoin d'aide soit justifié. La relation de l'administré avec les caisses se traduit par une situation de créancier et de débiteur.

A l'échelon local, les structures doivent faire face à un accroissement des demandes émanant des personnes âgées mais aussi d'autres types de public fragile. Certes, les budgets alloués au niveau national au service **d'Action sociale sont croissants**, mais les demandes se multiplient. En conséquence, les sommes dévolues pour chaque individu sont réduites. Viennent s'ajouter à cette situation de restructuration budgétaire les effets de la crise économique et du chômage.

En parallèle, les lois de décentralisation de 1982 entraînent un redéploiement des compétences en faveur du département. Désormais, il est le premier interlocuteur en matière d'attribution de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), créée en 1975. En raison d'une absence spécifique de prestation en faveur des personnes âgées dépendantes, celles-ci demandent à bénéficier de l'ACTP. D'un côté, le conseil général a du mal à faire face à ses nouvelles compétences notamment dans le domaine financier. D'un autre côté, cette prestation n'est pas égalitaire sur tout le territoire. Chaque Conseil Général fixe selon son propre barème le montant des prestations.

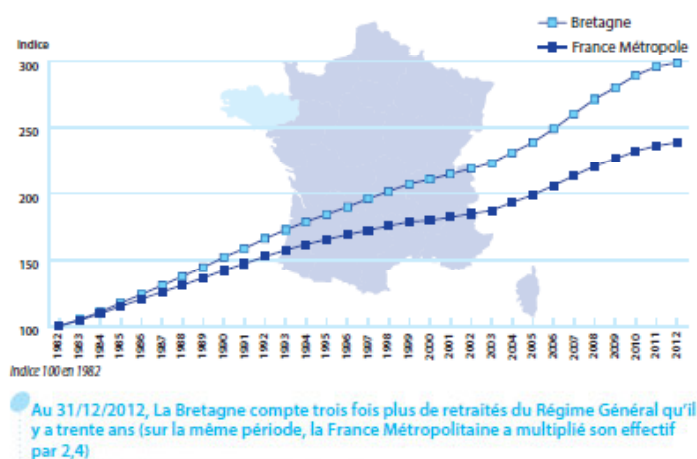
I) La faillite du système : une réorientation nécessaire des politiques d'action sociale

Les années 1980 marquent le début de l'accroissement ininterrompu du nombre de personnes âgées en France. En 1973, le nombre de bénéficiaires d'aide à domicile se montait à 115 000 alors qu'en 1985, ils sont 500 000. A souligner qu'en 1981, un **secrétariat d'Etat chargé des problèmes des personnes âgées et des retraités** est mis en place. De même, un 4 août 1982 un décret porte la création du Comité national des retraités et des personnes âgées (CNRPA). Le vieillissement de la population reste un enjeu de premier plan pour la nation française. Cette prise en charge qui nécessite des moyens supplémentaires se heurte aux difficultés économiques. Les années 1980 sont marquées par un taux de chômage de 7%. Le chômage, presque inexistant après la seconde guerre mondiale et plutôt faible dans les années 1960 et au début des années 1970, concerne désormais un nombre important de personnes en âge de travailler. L'Aide sociale doit donc se partager.

Les logiques nationales et les logiques locales, sans se contredire, ne perçoivent pas les enjeux de la vieillesse de la même manière. Le terme dépendance apparaît dans les rapports officiels dès les années 1980, notamment le rapport Théo Braun alors secrétaire d'Etat. Les politiques publiques nationales se concentrent sur la gestion alors que les structures locales, soucieuses de développer leurs prestations, se heurtent à des difficultés budgétaires. Le problème se pose avec d'autant plus d'acuité que le phénomène de la dépendance et du

vieillesse s'accroît durant cette période. Le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans devient de plus en plus important. Ainsi, en 1980, les personnes âgées de plus de 80 ans Bretagne s'élevaient au nombre de 65 681 alors en 1989 elles étaient au nombre de 95 735.⁴⁴ Or, en 1975, le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans n'était que de 52 519. En conséquence, la « dépendance » se renforce au cours des années 1980. La prise en charge de ce public devient un réel enjeu des politiques publiques.

Évolution du nombre de retraités depuis 1982



45

- Une nécessité de recadrage de la politique d'action sociale en faveur des personnes âgées au niveau local

Au niveau local et départemental, l'action sociale en faveur des personnes âgées commence à connaître des limites. Comme en témoigne le titre du journal Ouest-France daté du 3 novembre 1987 « Les personnes âgées ne sont plus les seules à avoir besoin du système »⁴⁶. Ainsi, le CCAS de Vannes constate que les personnes âgées ne sont plus les seules utilisatrices du service de repas à domicile et souhaite étendre les livraisons à toute personne quel que soit son âge.

A travers cet exemple, il est patent que la Caisse régionale d'assurance Maladie doit repenser la mise en œuvre de la politique d'action sociale en faveur des personnes âgées. Plusieurs constats alarmants sont mis à jour dans la presse locale et régionale. La C.F.D.T-Santé dénonce l'absence de données et de statistiques sur les quatre départements bretons permettant de faire un réel bilan sur la situation de l'aide-ménagère en termes de besoin et de professionnels de l'aide à domicile. En effet, de nombreux discours mettent en avant l'emploi engendré par la « silver economy ». Mais, dans les faits, les heures réalisées mensuellement par les aides à domicile, aides-soignantes ou auxiliaires de vie sont restreintes. « *Bien heureuses celles qui ont pu faire plus de 70 heures pour prétendre ensuite à une couverture*

⁴⁴ INSEE, Estimation de population par région, sexe et âge quinquennal des années 1990 à 2014

⁴⁵ Abrégé statistique retraite et action sociale, Carsat Bretagne, 2012

⁴⁶ Crouan X., Extension du service de repas à domicile, Ouest-France, 3 novembre 1987 p55

sociale »⁴⁷ déclarent les représentants de la C.F.D.T- Santé. En effet, le constat est que le statut d'aide à domicile quelle que soit sa forme implique une situation précaire et à temps partiel. Une partie d'entre elles signent des contrats de moins de 200 heures avec les associations permettant à celles-ci de ne pas payer des cotisations sociales. L'emploi existe mais il n'offre pas les garanties nécessaires pour l'obtention d'une couverture sociale.

Le discours de syndicalistes est relayé en d'autres termes par la fédération départementale des associations d'aide à domicile en milieu rural. Dans le Finistère, la fédération emploie 1500 personnes pour intervenir chez 6 623 bénéficiaires.⁴⁸ Les caisses de retraite en Bretagne ne peuvent plus financer un volume horaire aussi important. Les conditions financières sont drastiques. A cette époque, l'évaluation du besoin de la personne âgée est confiée aux services d'aide à domicile. Ces services gèrent l'enveloppe allouée par la Cram annuellement. Ceux-ci ne sont pas enclins à respecter les directives des organismes ce qui créait des tensions entre les financeurs et les services. Les personnes âgées en sont les premières victimes. La dette sociale se creuse et l'augmentation du chômage engendre des restructurations budgétaires importantes. Cette situation crée des tensions y compris avec les services de soins infirmiers où l'intervention est financée par prescription médicale.

En parallèle, certaines professions ne sont pas encore reconnues par les partenaires sociaux. Ainsi, la garde des personnes âgées à domicile reste sans statut. Ces gardes ne sont ni des aides soignantes ni des aides ménagères. Elles sont formées sommairement par l'ORPAB (office des retraités) qui leur fait suivre un programme de 30 heures les initiant à des notions de secourismes et des gestes d'urgence ou encore aux aspects psychologiques de la relation garde-personne/ personne gardée. Pourtant, ce domaine pourrait être considéré comme un gisement d'emplois et de croissance puisqu'il a injecté trois millions et demi de francs dans l'économie locale. La garde à domicile n'étant pas encore reconnue, elle ne bénéficie pas de conventionnement et de financement par les partenaires sociaux.⁴⁹ Les Caisses de Sécurité sociale n'instituent la prestation de garde à domicile qu'en 1992 par le biais de conventions.

Les sommes allouées à chaque bénéficiaire de la Cram sont de plus en plus restreintes ce qui oblige les institutions à choisir les programmes d'actions qu'elles peuvent financer. A demi-mot, une lettre de la direction de la CNAVTS enjoint au directeur de la Cram de diminuer les dépenses liées à l'action sociale en faveur des personnes âgées. *« En raison de la situation très préoccupante et des incertitudes qui demeurent sur le montant et les modalités d'octroi de ressources nouvelles au Fonds National d'Action Sanitaire et Sociale en faveur des Personnes Agées, j'ai l'honneur de vous recommander d'appliquer un certain*

⁴⁷ Guérin Y. « Maintien à domicile : « Beaucoup de discours, peu de moyens » dénonce la C.F.D.T-Santé, Ouest-France Rennes, 24 novembre 1987.

⁴⁸ Ouest France Finistère, Aide à domicile en milieu rural, Les caisses serrent la vis, 16 novembre 1987

⁴⁹ Ouest-France Brest, La garde des personnes âgées à domicile, En attendant un statut ..., 23 décembre 1987

*nombre de mesures susceptibles, de part leur nature, de permettre à votre organisme régional de rester dans le cadre budgétaire défini. »*⁵⁰

D'ailleurs, la Cram met en œuvre dès l'année 1980 des enquêtes sur le fonctionnement de l'aide ménagère. Elle met en place un contrôle sur les modalités de fonctionnement des services conventionnés. (Concrètement, les agents de la Cram de Rennes ont interrogé les services conventionnés dans le but de recenser des informations relatives aux modalités de fonctionnement.) Cette initiative réalisée par la Cram de Bretagne a été fortement appréciée de la Caisse nationale qui a souhaité étendre cette pratique sur tout le territoire.⁵¹ En effet ces études mettent en lumière les tarifs pratiqués par les services. Il est notable que les services privés dépassent les dotations en heure conventionnées et que les aides ménagères ne sont pas rémunérées sur une base horaire suffisante.⁵²

Dans le volet amélioration de l'habitat, l'Ille-et-Vilaine a fait l'objet d'une expérimentation. En effet, les Pact Arim, association spécialisée dans la rénovation de l'habitation se voient déléguer des compétences supplémentaires. Ils ont à charge au début des années 1980 l'évaluation des besoins des personnes âgées. En effet, la Cnav souhaite rationaliser les dépenses, et, souhaite que des départements testent la possibilité d'une délégation, à terme permanente, de l'instruction du dossier ainsi que de l'évaluation des besoins dans le domaine de l'habitat.

En conséquence, les politiques publiques doivent repenser leur budget avec les moyens réels disponibles. Les demandes sont de plus en plus nombreuses mais les financements sont de plus en plus réduits. Il devient donc nécessaire de remodeler la prise en charge des personnes âgées et le rapport Théo Braun paraît indispensable.

- Les constats alarmant du rapport Braun dans le secteur de l'aide à domicile: le départ d'une réforme sociale de grande ampleur

- La désorganisation du service d'aide à domicile

La question de la dépendance apparaît avec plus d'acuité dès les années 1980. Une étude approfondie dès l'année 1986 débouche sur un rapport de Théo Braun et Michel Stourm relatif aux personnes âgées dépendantes. Ce rapport souligne diverses situations inquiétantes.

La multiplication des statuts professionnels dans le domaine du maintien à domicile engendre une **stratification de l'aide à domicile**. Cette diversification des services entraîne parfois une mauvaise coordination des services rendus et oblige la personne âgée à s'orienter vers un hébergement collectif. Les services d'aide à domicile se trouvent confrontés à des

⁵⁰ Lettre de la CNAVTS adressée au directeur de la Cram relative à l'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées, Procès verbal de la sous-commission régionale d'Action sociale en faveur des personnes âgées, Cram, 14 décembre 1983 P17

⁵¹ Sous commission régionale d'action sociale en faveur des personnes âgées, procès verbal du 17 mars 1983, Cram, P31

⁵² Sous-commission régionale d'action sociale en faveur des personnes âgées, procès verbal du 14 décembre 1982, P29

problèmes d'organisation comme la permanence les weekends ou les vacances. Enfin, le financement des services de **soins infirmiers** à domicile n'est pas suffisant pour développer sur le territoire tout un réseau performant. L'hospitalisation paraît inévitable.

- Des statuts professionnels en manque de reconnaissance

Le rapport Braun revalorise le statut d'aide-ménagère. Le rapport propose de séparer le travail d'exécutante de travaux ménagers du travail médico-social. En effet, l'aide-ménagère élargit son champs d'action en assurant des soins d'hygiène, en permettant la prise de médicaments prescrits voire en jouant le rôle d'aide soignante.

La garde à domicile selon le docteur Vincent Petit (Garde, aide, réconfort à domicile) permet à la personne âgée d'avoir une présence et également de créer des emplois. En Bretagne, plusieurs initiatives avant-gardistes de garde à domicile ont été mise en place par l'ORPAB de Brest ou inter-génération à Rennes.

- Une volonté de coordination renforcée

Le rapport souligne la nécessité de créer des conventions de secteur avec les services de soutien à domicile, les établissements d'accueil, le secteur psychiatrique, le médecin et les professions paramédicales, les travailleurs sociaux.

Une des idées phares du rapport Braun est de proposer la décentralisation comme outil de développement d'actions de coordination⁵³ En effet, les départements sont depuis la loi du 22 juillet 1983, article 42, en charge de la politique sociale. « *un schéma départementale des établissements et des services sociaux et médico-sociaux est arrêté par le Conseil Général sous réserve de l'accord pour la partie qui le concerne du représentant de l'Etat dans le Département* ». L'échelon départemental est tout désigné pour réaliser l'expérience de la coordination.

II) Le tournant de 1994, vers une nouvelle prise en charge des personnes âgées à domicile et une réorientation des pratiques professionnelles (1994-2001)

Les années 1990 ont fortement été marquées par la recherche constante d'une prestation cohérente avec les besoins des personnes âgées. Le rapport Braun a lancé l'idée d'une coopération des acteurs de l'action sociale. En parallèle, un voyage d'étude organisé dans le Kent a permis de faire découvrir à la **Direction** de la Cram Bretagne la méthode anglaise du « case management ». En Angleterre, l'aide apportée aux personnes âgées était étudiée au cas par cas. Fort de cette expérience, l'Ille-et-Vilaine s'est proposée ainsi que douze autres départements français pour mettre en œuvre une prestation expérimentale dépendance, totalement inédite sur le territoire français. Cette expérimentation a contribué à créer par la suite la prestation spécifique dépendance et l'allocation personnalisée d'autonomie.

⁵³Braun T et Stourm M, Rapport relatif aux personnes âgées, La documentation française, collection des rapports officiels, mai 1998p 102

- L'implication de l'Ille-et-Vilaine dans le projet de prestation expérimentale dépendance

En 1994, les politiques publiques en faveur des personnes âgées se précisent. Les pouvoirs publics proposent une expérimentation concernant la mise en place d'une prestation dépendance. En effet, Simone Veil, ministre des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville de 1993 à 1995, n'a pas réussi à imposer une prise en charge collective de la dépendance au niveau national. Cependant, elle arrive à inscrire dans la loi l'obligation d'une expérimentation interinstitutionnelle dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées dépendantes⁵⁴. L'Ille et Vilaine, candidate au projet, est retenue pour expérimenter cette démarche. Dans ce département, les partenaires que sont le Conseil Général et la CRAM, la MSA, l'AVA et l'ORGANIC ont souhaité travailler ensemble pour réaliser un projet de prise en charge des personnes âgées et financer les dépenses liées à la perte d'autonomie (personnels, matériels, services, aide à domicile). Le département de l'Ille-et-Vilaine a, lors de sa candidature, mis en avant la nécessité de placer la personne âgée au sein du dispositif d'action sociale. Il a proposé un projet novateur qui servira en grande partie de base pour la création de la prestation spécifique dépendance en 1997. Dans ce projet, on distingue en quatre piliers fondamentaux :

- découpage son territoire en secteurs gérontologiques pour favoriser la cohésion des différents acteurs (personnes âgées, équipes médico-sociale et organismes financeurs). 42 secteurs ont été créés au sein de 18 zones gérontologiques ;

- création des équipes médico-sociales de référence sur chaque zone géographique pouvant intervenir rapidement ;

- traitement toutes les demandes quel que soit le régime d'appartenance ;

- contractualisation des relations entre l'organe financeur et la personne âgée

La prestation expérimentale dépendance est instaurée par la loi du 25 juillet 1994. Cependant, elle n'est réellement effective qu'après la signature de la convention du 30 janvier 1995 mettant en place cette prestation en Ille-et-Vilaine. L'importance de ces conventions est précisée par l'article 28 de la loi du 25 juillet 1994 : *« Des conventions conclues entre certains départements, des organismes de Sécurité sociale et , éventuellement, d'autres Collectivités territoriales définissent, dans le cadre d'un cahier des charges établi, au plan national, par le Ministre d'Etat, chargé des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, les conditions de la mise en œuvre de dispositifs expérimentaux d'aide aux personnes âgées dépendantes. »* Cette convention fait ressortir un nouvel acteur, financeur de la dépendance : le Conseil général. En effet, le Conseil général devient le premier interlocuteur dans la prise en charge des personnes âgées.

⁵⁴Munier Dubois N, La coopération inter-institutionnelle en action sur le territoire d'Ille et Vilaine, Les conditions de sa réussite et de sa continuité, Maitrise en Aménagement et Développement Territorial, Université Paris XIII, Juin 2005, p52

A savoir que dès 1994 se pose le questionnement sur la prestation dépendance. Celle-ci relève-t-elle d'un cinquième risque. Le Législateur fait le choix de la confier aux Conseils Généraux.

En 1995, le taux de personnes âgées de plus de 60 ans s'élève à 18,78% et le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans se monte à 5,32%⁵⁵. La CRAM de Bretagne met à disposition 18 assistants sociaux et 4 médecins conseil de l'assurance maladie. La MSA propose 13 assistants sociaux pour mener à bien cette expérimentation alors que l'Organic et l'Ava n'ont aucun personnel social au temps de l'expérimentation.⁵⁶ Ces personnels viennent renforcer les personnels du Conseil Général.

La PED, par principe, vient remplacer l'allocation compensatrice pour tierce personne établie par la loi du 30 juin 1975. En effet, cette prestation ne s'adressait pas directement aux personnes âgées puisqu'elle venait compenser un handicap. Ainsi, la prestation servie n'avait pas d'adéquation avec les besoins réels des personnes âgées. Aucune prestation ne permettait la prise en charge spécifique des personnes âgées. Cependant, pour éviter une rupture de prise en charge, la construction de la prestation dépendance reprend certains éléments connus. C'est pourquoi, elle se divise en deux sous-prestations qui peuvent être cumulables : l'allocation pour tierce personne et une prestation supplémentaire dépendance. La première prestation est versée par le conseil général alors que la seconde est versée par la caisse de retraite

Cette prestation expérimentale poursuit plusieurs objectifs : favoriser le maintien à domicile, développer une prise en charge globale, faciliter une coordination des acteurs, rendre solvable les personnes âgées dépendantes et faire fructifier l'emploi dans ce domaine.⁵⁷ De même, les aidants familiaux sont soulagés d'une part de leur charge de travail et d'autre part la prestation expérimentale dépendance (PED) favorise la création d'emploi. Afin d'améliorer les emplois et services de proximité, et, les services rendus l'Ille et Vilaine a adopté une Charte de qualité des services et emplois de proximité et un dispositif de formation d'aide à domicile.

La formalisation d'un suivi médico-social grâce à la PED

La prestation expérimentale dépendance place la personne âgée au cœur des politiques d'action sociale. Elle permet d'évaluer les besoins réels de la personne, de lui proposer un plan d'aide et de lui assurer un suivi après octroi de la prestation. L'Ille-et-Vilaine reprend les grands principes du projet⁵⁸ se trouvant dans le cahier des charges de la CNAV et les adapte

⁵⁵ Munier Dubois N, La coopération inter-institutionnelle en action sur le territoire d'Ille et Vilaine, Les conditions de sa réussite et de sa continuité, Maitrise en Aménagement et Développement Territorial, Université Paris XIII, Juin 2005, p52

⁵⁶ Munier Dubois N, La coopération inter-institutionnelle en action sur le territoire d'Ille et Vilaine, Les conditions de sa réussite et de sa continuité, Maitrise en Aménagement et Développement Territorial, Université Paris XIII, Juin 2005, p53

⁵⁷ La prestation expérimentale dépendance en Ille et Vilaine, Jean-Vincent Trelu, actualité et dossier en santé publique n20, septembre 1997

⁵⁸ CNAV, Cahier des charges, prise en charge des personnes âgées dépendantes expérimentation par voie contractuelle, 6 octobre 1994. Les principes de l'expérimentation sont de faire converger les efforts des

sur son territoire en ajoutant au dispositif un critère de qualité. La CNAV s'intéresse aux transferts possibles d'une partie des bénéficiaires vers les Conseils Généraux. Ainsi, la PED en Ile-et-Vilaine institue une évaluation au plus près de la personne âgée.

Les interlocuteurs, travailleur social et médecin, de chaque découpage territorial jouent donc un rôle majeur. La demande d'aide se fait auprès du CCAS ou de la mairie auquel il faut apporter un certificat médical attestant de la dépendance du patient et du besoin d'aide et d'accompagnement. Puis la demande va à la COTOREP qui avise le médecin. Le travailleur social qui est le plus souvent une assistante sociale et le médecin doivent travailler de concert pour évaluer tour à tour puis ensemble l'état de dépendance de la personne âgée. Ils préparent un plan d'aide à la personne. Dans un premier temps, l'évaluation des besoins de la personne âgée se fait à son domicile afin que le médecin et le travailleur social puisse réaliser un examen fiable et concret des demandes du bénéficiaire. Le médecin doit examiner le patient et rendre un rapport concernant son état de santé. Il a l'obligation d'évaluer son taux d'incapacité et de dépendance en référence à **la grille AGGIR**.

Dans la volonté d'améliorer la démarche qualité de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées et de ce fait de leur maintien à domicile, le Syndicat National de Gériatrie souhaitait mettre en place une grille d'évaluation unique pour quantifier la dépendance.

Les pouvoirs publics décident donc en 1994 de proposer une grille AGGIR (Autonomie Gériatrie Groupe Iso Ressources). Cet outil national permet de cibler au mieux les attentes des personnes âgées. En effet, l'évaluation se réalise sur un indice de GIR 1 à 6 sachant que le GIR 1 est considéré comme l'indicateur le plus lourd. En conséquence, cette nouvelle grille favorise une adéquation de l'offre et de la demande, nécessaire en temps de crise.

Grille AGGIR

Gir	Degrés de dépendance
Gir 1	• Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants

institutions concernées par la dépendance et d'organiser la PED, d'évaluer le coût, les transferts financiers et l'impact d'une généralisation de la prestation,

Gir	Degrés de dépendance
	<ul style="list-style-type: none"> • Ou personne en fin de vie
Gir 2	<ul style="list-style-type: none"> • Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante • Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	<ul style="list-style-type: none"> • Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage • Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
Gir 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

Grille AGGIR service-public.fr

Le travailleur social, quant à lui, doit être à l'écoute de la personne âgée et de ses proches. Il analyse les conditions de vie, le logement, l'environnement de la personne ainsi que les services et les aides utilisés habituellement. Il a pour mission en complément de son rôle social de veiller à la prise en charge administrative. Cette tâche ne lui est pas dévolue par principe, mais le département de l'Ille-et-Vilaine a souhaité que la personne âgée s'adresse à un seul interlocuteur afin de simplifier la demande d'action sociale. Après évaluation, un plan d'aide et le contrat d'aide sont proposés à la personne âgée. Si celle-ci l'accepte, le contrat est signé entre la personne âgée ou son représentant et les partenaires financeurs. Le financeur s'engage à verser la somme nécessaire pour financer les aides (technique, humaine...) et la personne âgée s'engage à utiliser l'argent versé pour rémunérer une aide ou acheter du matériel médical. Ceci évite que les sommes allouées soient utilisées à d'autres à l'instar de

l'allocation compensatrice telle qu'elle a pu l'être. C'est pourquoi, la prestation expérimentale dépendance porte sa préférence vers les prestations en nature et les prestations en espèce affectées. En conséquence, les prestations sont utilisées directement à la prise en charge de la personne âgée et à son maintien à domicile. La prestation ne se pense plus comme étant un revenu mais comme étant un accès à des services.

La logique même de la contractualisation de l'aide pour le maintien à domicile rentre dans cette nouvelle gestion de la dépendance. En effet, par le contrat, la personne âgée est responsabilisée d'une part mais elle prend l'engagement d'utiliser les ressources allouées pour l'emploi d'un intervenant spécialisé d'autre part. Après la mise en place de la prestation, un suivi social régulier est instauré pour s'assurer que l'évaluation correspond toujours au besoin de la personne âgée. Ainsi, un contrôle en amont et en aval est effectué. Un suivi post-prestation est assuré par un contrôle de l'effectivité.

En conséquence, la PED modifie le rapport à la personne âgée. L'analyse de la dépendance opère une mutation de la logique d'octroi des prestations. Le bénéficiaire n'a plus un « droit à » un service ou une aide. Désormais, il doit se replacer dans une logique de couverture des besoins. L'expérimentation a bien fonctionné en Ille-et-Vilaine car les partenaires sociaux avaient une longue tradition de coopération. Le bilan s'avère plutôt positif.

Le bilan de l'expérimentation

Le bilan de la prestation expérimentale dépendance montre que celle-ci a fait l'objet d'une forte sollicitation. Sur 2102 dossiers déposés, 1448 ont été totalement instruits soit environ 69%. Seulement, 1083 ont fait l'objet d'un accord soit environ 51%. Le nombre de dossiers acceptés est plus important lorsque les demandes concernent les groupes 1 à 4 de la grille AGGIR alors que la demande pour le nombre de dossiers acceptés pour les groupes 5 et 6 (moins dépendant) est beaucoup plus faible.⁵⁹ Cependant, cette prestation n'a été servie qu'à 2% de la population âgée de plus de 75 ans en Ille-et-Vilaine.

L'intérêt premier d'une expérimentation de la prestation dépendance, en Ille et Vilaine, s'explique par le fait que les personnes âgées bretonnes sont majoritairement propriétaires de leur logement en 1995 et le maintien à domicile reste donc très important pour elles. Entre 60 et 75 ans, 80% des personnes en Bretagne sont propriétaires et après 75 ans, ils sont 65%. Cette proportion se situe largement au dessus de la moyenne française qui s'élève à 69% pour les personnes entre 60 et 75 ans et 59% pour les personnes ayant plus de 75 ans.⁶⁰

Comme le souligne le rapport « *les personnes âgées en Bretagne aujourd'hui* », le nombre de locataires chez les 65 ans et plus est plus faible que la moyenne nationale. C'est pourquoi, le maintien à domicile comporte un enjeu essentiel : la salubrité et le confort du logement des personnes âgées. Or, on retrouve dans 14% des logements en Bretagne une absence d'installation sanitaire.

⁵⁹ Les personnes âgées en Bretagne aujourd'hui, CRAM de Bretagne

⁶⁰ Les personnes âgées en Bretagne aujourd'hui, CRAM de Bretagne

Les services de santé sont plus développés en Bretagne comparativement à la moyenne française. En effet, l'offre de SSIAD est de 18,5 places pour 1000 personnes de plus de 75 ans (12,3 en France) et l'offre de cure médicale en hébergement est de 43 places pour 1000 personnes (35 en France).

Les pensions de retraite des personnes âgées sont plus faibles que le niveau national car la population est en grande partie rurale et paysanne. 28% des retraités sont des agriculteurs paysans. Donc leur retraite est plus faible.

Le mode d'habitation est plutôt rural dans les années 1990. En effet, 43% de la population en Bretagne vit dans des communes rurales alors que seulement 26 % en moyenne en France. Le taux d'équipement médical de la région Bretagne est plus élevé que dans le reste de la France. En effet, il est possible de constater que le nombre de places pour les lits de long séjour hospitalier, hébergement temporaire ou hébergement permanent augmente plus rapidement que le taux moyen français.

La densité moyenne des généralistes est de 88 pour 1000 personnes ce qui reste porche de la moyenne nationale qui est de 92 pour 1000 (étude datant du 1^{er} janvier 1994).

Le montant des retraites en Bretagne en 1993 est le plus faible de toute la France. En conséquence, même si l'on note un recours plus faible au Fonds National de Solidarité, la part des allocataires du FNS est plus élevée en Bretagne que dans le reste de la France.

A l'échelle des aidants familiaux, la prestation expérimentale dépendance a permis de délivrer une compensation. Isabelle Pirou parle de « *nouvelles pratiques de salariat* ». ⁶¹ Certes la pratique veut que l'aidant familial ait une feuille de salaire, mais le montant reste toujours faible et ne permet pas de rémunérer l'entièreté du travail réalisé. De même, le statut professionnel n'est pas reconnu. Aider ses parents au quotidien ne signifie pas que le statut de l'aidant ait été qualifié. En d'autres termes, les aidants ne disposent pas d'un statut professionnel. Ils arrivent d'ailleurs peu à donner un nom à leur travail. ⁶²

La prestation expérimentale dépendance en Ile et Vilaine se montait à 3100 francs alors que l'ancienne ACTP dévolue par défaut aux personnes âgées ne se montait qu'à 2800 francs ⁶³. Ainsi, la PED constitue une aide financière améliorée qui favorise une pris en charge globale de l'ensemble des besoins et des demandes des personnes âgées.

La mutation des rapports entre organismes financeurs

La prestation expérimentale dépendance a modifié les rapports entre les structures finançant les aides en faveur des personnes âgées. En effet, jusqu'en 1994, le Conseil général

⁶¹Pirou I., Les aidants familiaux et les personnes âgées dépendantes, un salaire pour s'occuper de son parent, Université de Bretagne occidentale, 24/11/1997, p 60

⁶²Pirou I., Les aidants familiaux et les personnes âgées dépendantes, un salaire pour s'occuper de son parent, Université de Bretagne occidentale, 24/11/1997, p 61

⁶³Jourdain A et alij La prestation Dépendance en Ile-et-Vilaine : les premiers constats, et François-Xavier Schweyer Accompagner nos aînés, Actes de la Journée d'Etude, 26 octobre 1995, CRAM de Bretagne

ne distribuait que l'aide-ménagère au titre de l'aide sociale. Mais, en 1994, le Conseil Général d'Ille-et-Vilaine devient le principal financeur de la prestation expérimentale dépendance mais aussi désormais le premier financeur des services d'aide à domicile, place occupée antérieurement par les caisses de retraite. Le conseil général a initié des réunions entre ses services, les caisses de retraite et les services d'aide à domicile. C'est pourquoi, il doit établir des partenariats avec les services d'aide à domicile afin de configurer la politique d'action sociale envers les personnes âgées et tenter d'aplanir les tarifs en application des tarifs d'aide-ménagère pris en charge par les caisses de retraite. En effet, un débat, toujours actuel, concernant le tarif horaire des aide-ménagères, oppose le Conseil Général et les organismes de Sécurité sociale. Les services d'aide à domicile doivent en principe appliquer les tarifs du Conseil Général pour les bénéficiaires des prestations délivrées par le Conseil Général. De même, le tarif indiqué par la Cnav et pratiqué par les Cram ou Carsat depuis 2010 doivent être appliqué pour les usagers des prestations d'Action sociale. Or, les prestataires de services, les associations ou encore les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale **souhaitent 'utiliser** les barèmes donnés par le Conseil Général au lieu de celui de la CNAV.

Les enseignements de la prestation expérimentale dépendance

La prestation expérimentale dépendance a constitué en Bretagne une avancée certaine pour la prise en charge des personnes âgées . Elle a amené les partenaires sociaux financeurs à mutualiser leurs moyens et à trouver une réelle dynamique interinstitutionnelle. De plus, le département d'Ille-et-Vilaine ajoute au processus d'analyse des besoins la mise en place d'équipes médico-sociales. Elles permettent une évaluation au plus près de la personne âgée. L'objectif à atteindre est l'adéquation des souhaits de la personne âgée dépendante avec l'offre de soins et de services disponibles sur le territoire.

Le travail en commun des organismes de Sécurité sociale et du Conseil Général de l'Ille et Vilaine s'est révélé très épanouissant pour les travailleurs sociaux. « *La PED était un dispositif très très riche, on avait une vision globale des situations et l'entrée dans le dispositif se faisait par le GIR, l'environnement et les besoins* » témoigne un travailleur social.⁶⁴

Un autre travailleur social ajoute : « *Pour la PED, tout était à construire et une fois l'expérience acquise, elle a servi de socle pour la suite* ». ⁶⁵

En conséquence, les agents ayant travaillé à la mise en place de la PED se sont sentis impliqué dans une nouvelle politique publique, contrastant avec l'ancienne action sociale en faveur des personnes âgées. De part leur travail et leur implication au sein de la PED, ils ont

⁶⁴ Munier Dubois N, La coopération inter-institutionnelle en action sur le territoire d'Ille et Vilaine, Les conditions de sa réussite et de sa continuité, Maitrise en Aménagement et Développement Territorial, Université Paris XIII, Juin 2005, p55

⁶⁵ Munier Dubois N, La coopération inter-institutionnelle en action sur le territoire d'Ille et Vilaine, Les conditions de sa réussite et de sa continuité, Maitrise en Aménagement et Développement Territorial, Université Paris XIII, Juin 2005, p55

contribué à créer un dispositif opérationnel qui servira de base à la prestation spécifique dépendance et à l'allocation personnalisée à l'autonomie.

Toutefois, l'application de la PED a rencontré quelques obstacles. Ainsi, l'augmentation du nombre de demandes a fait ressortir le manque de moyens et de personnels au service de l'exécution de la prestation expérimentale dépendance y compris le temps global d'instruction du dossier qui dure 6h30.⁶⁶ Or, les organismes de Sécurité sociale en Bretagne n'étaient pas pourvus de moyens humains suffisants pour parer à toutes les demandes.

De même, les travailleurs sociaux restaient assez réticents quant au volet « contrôle de l'effectivité de la prestation ». Dès lors, ce contrôle se cantonnait à une simple vérification comptable.

Mais, de manière globale, l'expérimentation reste une réussite pour les organismes financeurs, pour les travailleurs sociaux et les médecins, et le public fragile visé. Le recours sur la succession ou sur les donations n'existe pas pour cette prestation ce qui la rend d'autant plus attractive.

Claude Martin, sociologue, constate que la prestation expérimentale dépendance en Ille-et-Vilaine s'est mise en place rapidement. Il précise que la collaboration entre les acteurs est forte. « *Dans certains sites comme c'est manifestement le cas en Ille et-Vilaine, la tradition de collaboration étant forte, on a assisté à une mobilisation, certes inégale, mais productive.* »⁶⁷ En effet, une tradition de coopération entre la CRAM de Bretagne et le Conseil Général existait. L'Ille-et-Vilaine avait choisi de découper le département en 18 secteurs. Dans chaque secteur, une équipe médico-sociale est responsable des demandes de PED. En ce sens, 42 travailleurs sociaux provenant de la CRAM, du conseil général et de la MSA, ainsi que 5 médecins équivalents temps ont fait partie de l'expérience. Cette bonne coordination est également soulignée par Thomas Frinault : « *l'Ille –et-Vilaine est l'un des très rares départements à répondre pleinement au caractère médico-social de l'équipe* »⁶⁸. En conséquence, l'Ille-et-Vilaine a su mettre en œuvre une collaboration du sanitaire et du social rapidement. Pourtant, la loi du 30 juin 1975 consommait la rupture entre le secteur sanitaire et médico-social d'une part et le secteur social d'autre part. Cette coordination démontre la volonté pour faciliter l'adaptation du département à s'ajuster aux nouveaux enjeux liés à la dépendance des personnes âgées.

Au-delà d'un bon fonctionnement global, le département a également créé des **groupes de parole** pour permettre aux aidants, aux intervenants et aux différents acteurs liés au maintien à domicile des personnes âgées de pouvoir échanger. Sur ce point, l'Ille-et-

⁶⁶ Munier Dubois N, La coopération inter-institutionnelle en action sur le territoire d'Ille et Vilaine, Les conditions de sa réussite et de sa continuité, Maitrise en Aménagement et Développement Territorial, Université Paris XIII, Juin 2005, p55

⁶⁷ Aulagnon M. (1998) « Premier bilan mitigé pour l'aide aux personnes âgées dépendantes » Le Monde, 16 janvier 1998 p 84

⁶⁸ Frinault Thomas, « Des procédures automatiques aux nouveaux modes de gestion individualisée : les recompositions de l'action gérontologique départementales », Revue française des affaires sociale, 2005/3 n3 p33-54

Vilaine devance une proposition du rapport « Vieillir en France »⁶⁹ de Paulette Guinchard-Kunstler qui met en évidence les contraintes liées à l'absence du statut d'aidant. Ce rapport propose la création de groupes de parole favorisant les échanges entre les aidants animés par des professionnels ou des psychologues. La MSA et la Cram ont soutenu financièrement de telles initiatives.

Au vu de cette expérience, les pouvoirs publics décident d'étendre le dispositif (avec quelques changements) sur tout le territoire à travers la prestation spécifique dépendance. Ainsi, la prestation expérimentale dépendance est remplacée par la prestation spécifique dépendance en 1997.

- Les déceptions liées de la prestation spécifique dépendance

Les carences organisationnelles

Instituée par la loi du 24 janvier 1997, la prestation spécifique dépendance fait suite à la prestation expérimentale dépendance. En effet, elle est destinée aux personnes âgées d'au moins 60 ans, dépendantes, de nationalité française. Elle est attribuée selon un schéma, presque identique à celui de la PED et vise au maintien à domicile de la personne âgée.

La prestation spécifique dépendance est entièrement gérée par le Conseil Général. Autrement dit, la coordination existante entre les acteurs lors de la PED est à l'heure de la PSD mise à mal. Les Conseils Généraux doivent financer seuls les demandes de PSD, mais en plus ils doivent faire face à la gestion (instruction, délivrance, suivi) de cette nouvelle prestation. Cette nouvelle dynamique déstabilise les conseils généraux qui se tournent notamment vers la CRAM et la MSA pour essayer de mettre en place une politique vieillesse cohérente. En effet, les organismes de Sécurité sociale devront s'occuper de la prise en charge des personnes âgées considérées comme les moins dépendantes ce qui correspond aux groupes iso-ressources 4, 5 et 6. A l'inverse, les conseils généraux se chargent des personnes les plus dépendantes en d'autres termes les groupe iso-ressources 1, 2 et 3. La politique vieillesse est désormais scindée en deux. Dès lors, les partenariats sont beaucoup plus difficiles à mettre en place. Dans ce climat de tension, l'Ava se retire du projet commun.⁷⁰ De plus, le service social de la CRAM de Bretagne décide de prendre en charge des quotas. En effet, seules 400 personnes pourront être prises en charge par les organismes de sécurité sociale du régime général car les effectifs ne sont pas assez importants pour couvrir toutes les demandes. Or, la CRAM Bretagne couvre les besoins des personnes les moins dépendantes. Celles-ci constituent la majeure partie des personnes prises en charge par les politiques

⁶⁹Guinchard-Kunstler P. « Vieillir en France » Enjeux et besoins d'une nouvelles orientation de la politiques en direction des personnes âgées en perte d'autonomie, juin 1999

⁷⁰Munier Dubois N, La coopération inter-institutionnelle en action sur le territoire d'Ille et Vilaine, Les conditions de sa réussite et de sa continuité, Maitrise en Aménagement et Développement Territorial, Université Paris XIII, Juin 2005, p59

« vieillesse ». De plus, les équipes médico-sociales n'ont plus les mêmes marges de manœuvre qu'auparavant. Ainsi, elles se heurtent dans le cadre de la création des plans d'aide personnalisée à des exigences financières strictes. Les équipes médico-sociales doivent collaborer avec les services d'aide à domicile de proximité. Se crée dès lors une nouvelle dynamique dans laquelle les équipes médico-sociales travaillent avec les acteurs de terrain. Or, les services d'aide à domicile interviennent et contestent parfois les plans d'aide, évalués à la baisse, mis en œuvre par les équipes médico-sociales.

Dès lors, la prestation ne semble viable à aucun acteur en raison des mauvaises coordinations et parfois mauvaises ententes qui en découlent. Le conseil général essaie de pallier les carences. Il prend l'initiative d'alléger les contraintes instaurées par la PSD. En 1999, il prend en charge sur son budget extra légal le groupe iso-ressource 4 et prend la décision de relever les plafonds de recours sur les successions et sur les donations.⁷¹

De lourdes critiques

Très fortement décriée, la PSD a fait l'objet de nombreuses critiques. Le rapport de Jean-Pierre Sueur, maire d'Orléans, développe les deux insuffisances majeures de la prestation spécifique dépendance. La PSD est une prestation très contraignante. Au niveau national 1/5 à 1/6 des personnes âgées susceptibles de bénéficier de la PSD l'ont réellement demandé. Cette situation s'explique par de nombreux facteurs dissuasifs : l'existence de plafonds de ressources, le recours sur successions et donations, les carences quant à l'information pour les personnes âgées dépendantes, l'inégal développement des réseaux susceptibles de mener une action gérontologique⁷².

De plus, il existe des incohérences et des inégalités dans l'attribution des ressources. Deux types d'acteurs interviennent dans le champ de l'action sociale en faveur des personnes âgées : le conseil général et les caisses de retraites. Le conseil général prend en charge les personnes appartenant aux GIR 1 à 3, et, les caisses de retraite s'occupent des personnes classées en GIR 4 à 6. L'aide du Conseil général est une aide légale car elle concerne les personnes les plus invalides alors que l'aide des caisses de retraites est de caractère facultatif ou extra-légal. Or, la frontière entre les GIR 3 et 4 reste « artificielle »⁷³ puisque le niveau de dépendance entre GIR 3 et 4 ne diffère que très sensiblement. Pourtant, ils sont traités de manière très différente. Mais encore, les efforts restent disparates entre les départements et les caisses de retraites. Il n'existe pas d'égalité entre les citoyens sur un même territoire français. En effet, le montant de l'aide diffère d'un département à l'autre en fonction du nombre de personnes âgées résidant sur la collectivité territoriale et en fonction des moyens financiers du conseil général. Parallèlement, ces disparités existent aussi au niveau des organismes. Les

⁷¹Munier Dubois N, La coopération inter-institutionnelle en action sur le territoire d'Ille et Vilaine, Les conditions de sa réussite et de sa continuité, Maitrise en Aménagement et Développement Territorial, Université Paris XIII, Juin 2005, p59

⁷²Sueur J-P, rapport « L'aide personnalisée à l'autonomie. Un nouveau droit fondé sur le principe d'égalité. » remis à Martine Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité, mai 2000, p7

⁷³Sueur J-P, rapport « L'aide personnalisée à l'autonomie. Un nouveau droit fondé sur le principe d'égalité. » remis à Martine Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité, mai 2000, p7

prestations du régime général sont financées sur le « Fonds d'Action Sanitaire et Sociale » de de la CNAV alloué aux caisses : il apparaît que le régime général est plus généreux que les autres régimes.

Michèle Aulagnon résume ces difficultés en quatre axes majeurs⁷⁴ : une diversité de méthodes de calcul ; un recours sur succession est possible ; la variabilité du montant de la PSD d'un département à un autre ; le manque de coordination entre les différents acteurs et organismes.

La prise en charge de la personne âgée fait débat en France et en Bretagne. Le recours sur succession reste pour les personnes âgées susceptibles de bénéficier de la PSD l'élément le plus dissuasif.

Pour les défenseurs de l'abolition du recours sur succession, la personne âgée se prive d'aides nécessaires au quotidien pour pouvoir léguer à ses descendants un héritage significatif tel une maison de famille, des économies. En conséquence, le recours sur succession est perçu comme un obstacle à l'aide apportée aux personnes âgées.

Pour les tenants du maintien du recours sur succession, la société ne peut pas prendre en charge la dépendance des personnes âgées sans aucune contrepartie. A la différence des assurances sociales, les personnes âgées n'ont pas cotisé pour un potentiel « risque dépendance ». Le coût de cette prise en charge est difficilement supportable pour le reste de la société notamment dans une situation où la dette sociale est structurellement déficitaire. Très souvent, les personnes âgées disposent en général d'une épargne constituée tout au long de la vie. Elles sont donc plus à même de supporter le coût de leur prise en charge. En tout état de cause, dans les faits, les personnes âgées ont un faible recours à cette prestation. Or, l'esprit des politiques en faveur des personnes âgées est de rendre accessible cette prestation à toute personne en ayant besoin. C'est pourquoi, les pouvoirs publics vont remanier cette prestation, à travers l'allocation personnalisée à l'autonomie, afin de la rendre plus accessible.

- L'APA : un trait d'union avec la PED

L'héritage de l'implication de l'Ille-et-Vilaine dans la prise en charge financière des personnes âgées : la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie

Se substituant, grâce à la loi du 20 juillet 2001, à la prestation spécifique dépendance, l'allocation personnalisée d'autonomie permet à la personne âgée de plus de 60 ans de recevoir une prestation d'ordre économique afin de financer les soins et l'aide dont elle a besoin.

Le choix du terme « allocation personnalisée à l'autonomie » n'est pas anodin. Au lieu d'accorder une place à la dépendance dans le titre de la prestation dévolue aux personnes âgées, il est apparu plus pertinent de reformuler l'intitulé autour de la notion d'autonomie. En effet, la dépendance, selon le rapport Sueur, renvoie aux « *déterminations qui entravent la*

⁷⁴Aulagnon M. (1998) « Premier bilan mitigé pour l'aide aux personnes âgées dépendantes » Le Monde, 16 janvier 1998

capacité à vivre de manière autonome »⁷⁵ alors que l'autonomie constitue des « *espaces de liberté qu'il faut constamment préserver, conquérir et élargir* »⁷⁶. En conséquence, les politiques publiques souhaitent rentrer dans une logique dynamique faisant des personnes âgées les acteurs de leur propre trajectoire. D'ailleurs, le terme « *personnalisée* » indique que l'allocation se veut adapter à chaque individu à travers un plan d'aide afin que cette aide corresponde aux besoins de la personne âgée.

Au regard de l'échec de la PSD, les conditions d'accès à l'APA ont été modifiées. Ainsi, selon les termes de la loi, l'APA est « *une prestation universelle, égalitaire et personnalisée* ». En d'autres termes, elle n'est pas soumise à des conditions de plafond de ressources ni à un recours sur successions ou sur donations.

La gestion de cette prestation se fait dans le cadre du département même si elle doit impérativement s'appuyer sur le cadre national législatif de référence. Or, la gestion de la prestation diffère d'un département breton à un autre. Bien qu'une convention financière entre la Cram et les Conseils Généraux ait été réalisée dans tous les départements de la Bretagne dans un souci de continuité de la prise en charge, la gestion de la prestation reste inégale (continuité de prise en charge des GIR 4). En effet, l'Ille-et-Vilaine bénéficie d'un avantage non négligeable ; ce département a participé à l'expérience de la prestation expérimentale dépendance. Par principe, il a été impliqué dès 1994 dans la mise en place d'équipes médico-sociale et dans l'évaluation des besoins des personnes âgées. Ainsi, il est le seul à avoir signé une convention générale de coordination gérontologique en 2003 incluant le volet APA avec l'ensemble des caisses de retraite de Sécurité sociale. A la différence, dans les autres départements (Côtes d'Armor, Finistère et Morbihan), le service social et les administrateurs des différents conseils d'administration participent aux commissions d'attribution de l'APA. L'Ille-et-Vilaine se distingue sur les autres départements, le service social de la Cram ayant intégré les équipes médico-sociales dès la PED. Tout ceci amène des modalités d'application différente dans les départements. L'Ille-et-Vilaine se pose en tant que pionnier. Le Finistère suit les traces de l'Ille-et-Vilaine : sa population âgée étant la plus forte sur la région. Les deux autres départements restent à cette époque plus en retrait dans la mise en œuvre de la prestation.

L'APA reste dans la droite ligne de l'expérimentation de la prestation dépendance de l'Ille-et-Vilaine. En effet, le processus d'évaluation est assez semblable au dispositif de 1994. La place des équipes médico-sociales est majeure dans l'analyse des besoins. Ainsi, après que le bénéficiaire ait envoyé sa demande auprès du Conseil général, une équipe médico-sociale est avertie. Celle-ci prend en charge le dossier d'évaluation et visite la personne âgée pour déterminer ses besoins. Après avoir établi un plan d'aide personnalisée, la personne âgée doit s'engager en signant un contrat d'aide à utiliser les fonds alloués pour financer les aides et les

⁷⁵Sueur J-P, rapport « L'aide personnalisée à l'autonomie. Un nouveau droit fondé sur le principe d'égalité » remis à Martine Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité, mai 2000, p9

⁷⁶Sueur J-P, rapport « L'aide personnalisée à l'autonomie. Un nouveau droit fondé sur le principe d'égalité » remis à Martine Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité, mai 2000, p9

soins dont elle a besoin. Ce processus, ici résumé, est très proche du dispositif mis en place lors de l'expérimentation bretonne.

L'APA a fait l'objet d'une période de transition. La Cram de Bretagne a souhaité dès 2002 favoriser la continuité de la prise en charge des retraités tombant dans l'APA. A cette fin, la Cram de Bretagne mène une politique de convention avec les Conseils Généraux sur la base du cahier des charges national. Ce sont donc 21 867 heures d'aide ménagère qui ont été financé par la Cram au titre de l'articulation APA/AMD.

La recherche d'une prestation plus adéquate pour les personnes âgées a été une des priorités nationales et bretonnes. Cependant, il reste encore à clarifier la démarche qualité de l'Action sociale.

Chapitre 3 L'évaluation au cœur de la démarche qualité 1999-2014

Les années 2000 marquent le renforcement volontaire de la qualité de la prise en charge des personnes âgées. Cette démarche qualité passe en premier lieu par une meilleure évaluation des besoins quotidiens des personnes. Mais, le vieillissement de la population a pour conséquence d'augmenter les besoins et devient une source d'**emploi** : aussi les services se diversifient pour assurer à la personne âgée une plus grande sécurité.

I) La pertinence de l'évaluation des besoins des personnes âgées restant à domicile

Le maintien à domicile se doit d'être un domaine où la démarche qualité est privilégiée. La démarche qualité vise tout particulièrement la qualité du service rendu, l'amélioration de la gestion des services d'aide ménagère ainsi qu'une évaluation approfondie de l'environnement et des besoins de la personne âgée. Dans ce contexte, les réponses sont plus adaptées aux nécessités des personnes âgées.

Les prémisses de la démarche qualité apparaissent déjà en 1987 où une « *Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante* » est établie. Ainsi, il est nécessaire de rappeler que la personne âgée est un être humain qui doit être respecté et écouté. Cette charte, bien que constituant une avancée certaine pour la protection des personnes âgées, démontre a contrario les insuffisances qualitatives sur le terrain.

Dans le domaine de la gestion, les services d'aide à domicile évaluaient pour le compte de la Cram la situation des personnes demandeurs d'une aide-ménagère jusque dans les années 2000. En conséquence, ils étaient jugés **et partie** dans cette évaluation. La CNAV a souhaité expérimenter en 2004 une nouvelle approche de l'évaluation en la déléguant à des gestionnaires **indépendants des services d'aide à domicile**. La Cram de Bretagne a souhaité déléguer cette **évaluation aux Clic**

De ce fait, les prestations correspondaient à une logique de l'offre et non de la demande. En d'autres termes, l'aide apportée ne correspondait pas nécessairement aux besoins de la personne âgée mais à l'offre disponible. De plus, cette évaluation ne permettait pas un contrôle financier par les organismes. Dès lors, les services d'aide à domicile pouvaient réaliser une évaluation et étaient peu enclin à respecter les enveloppes d'heures alloués par les caisses.

Une démarche qualité au secours des personnes âgées

La démarche qualité est un nouvel élément des politiques publiques nationales en faveur des personnes âgées dont le département de l'Ille-et-Vilaine ainsi que la Cram de Bretagne ont été précurseur. Au vu du vieillissement de la population et de l'accroissement des besoins en matière d'aide à domicile, les services d'aide à domicile sont devenus les piliers des personnes âgées en raison du soutien moral, matériel et social de qualité qu'ils apportent. Tous les organismes chargés du service aux personnes âgées doivent avoir la préoccupation de donner des réponses spécifiques à ce public fragilisé et doivent veiller au maintien des liens familiaux et sociaux. A la fin des années 1990 et au début des années 2000, cette politique publique permet de poursuivre deux objectifs : l'adéquation de l'évaluation des besoins des personnes âgées et le respect des exigences de rigueur de gestion financière. Cette démarche qualité a pour point de départ une succession de mesures visant à ouvrir l'aide au maintien à domicile aux entreprises privées et des rapports nationaux tels celui de l'IGAS de janvier 1997 sur l'aide à domicile des personnes âgées.

La loi **Borloo** du 29 janvier 1996, en faveur du développement des emplois des services aux particuliers, ouvre ce secteur aux entreprises privées en instaurant un agrément qualité. Un décret du 24 juin 1996 en précise les conditions. En effet, celles-ci sont soumises à l'obtention d'un agrément simple ou qualité pour pouvoir exercer dans le domaine du maintien à domicile. La CNAV préconisait de mettre en œuvre une politique de qualité à l'attention des personnes âgées. Antérieurement à ces nouvelles dispositions, la Cram de Bretagne passait convention avec les services sur la base de critère définis régionalement. En effet, la Cram s'est toujours inscrite dans le sens de la qualité par le biais des conventionnements des services à domicile réalisé depuis les années 1970. La Cram effectue également des contrôles de services à domicile dans le but de détecter les fraudes ou les dysfonctionnements. Les personnes âgées sont également sondées. Ces contrôles sont l'opportunité d'avoir un retour direct des bénéficiaires de l'Action social. Les contrôles se réalisent sur place au domicile de la personne âgée ou au siège du service d'aide à domicile. Cette initiative est appréciée ; c'est pourquoi, la Cnav a formalisé des pratiques existantes dans les caisses régionale notamment la Cram Bretagne. La loi de financement de la sécurité sociale de 1999 a donné suite aux souhaits de la CNAV. Dans cette loi, l'article 177-1 du Code de la Sécurité sociale stipulant que *«Les caisses de sécurité sociale procèdent, au moins une fois par an, au contrôle, dans des conditions déterminées par décret, des associations et organismes chargés de l'exécution des prestations à caractère familial ou domestique dont elles assurent, en tout ou partie, le financement, afin de s'assurer de la régularité des*

opérations financières et comptables et d'apprécier la qualité des prestations servies. »⁷⁷ Ainsi, les entreprises privées et associations sont dans l'obligation de respecter la démarche qualité instituée par la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) qui s'inspire très largement des expérimentations menées par la Cram Bretagne pour professionnaliser l'évaluation.

La circulaire « démarche qualité » de 1999 marque un tournant dans la gestion de la qualité. Elle porte sur quatre grands axes : la gestion administrative de la structure, l'organisation du recrutement et du suivi du personnel, l'organisation du travail et du suivi de la prestation, l'intégration de la structure au niveau local

Appliquant cette circulaire, la Cram de Bretagne a principalement insisté sur le dernier critère : l'intégration du service d'aide-ménagère à domicile au niveau local dans une coordination ou un réseau gérontologique. En effet, la Cram était conventionnée avec 319 services de tailles et de moyens inégaux en 1999. Dès lors, il était nécessaire de restructurer l'offre de service. Sur les 319 services conventionnés, seuls 20 répondaient aux critères de la démarche qualité. Cette démarche qualité a été considérée comme une intrusion. La caisse a donc demandé aux organismes de réaliser une auto-évaluation⁷⁸ sur les quatre critères énoncés dans la circulaire Cnav.. Toutefois, plusieurs contrats d'objectifs ont été signés entre des grandes structures et des structures volontaires d'une part et la Cram de Bretagne d'autre part. Ces conventions d'objectifs ont permis de développer les prestations proposées et de développer les services rendus. A Quimper un service a été **développé de course avec les aides à domicile, victime d'une inaptitude au travail ?**. Ce service a été mis en place par les fonds appelé « complément qualité ». Ainsi, les financeurs payaient un supplément les services qui assurait des interventions durant les weekends et les vacances. Entre 2002 et 2004, le « complément qualité » a été versé à 23 services d'aide à domicile et a représenté 427 600 euros. Ce complément a servi d'impulsion pour certains services dans le cadre de la diversification de leurs offres et de l'informatisation de leur service.

Parallèlement, avec la contribution des autres financeurs des aides à domicile et l'application des nouveaux textes, le nombre de services conventionnés s'est réduit. Ce nombre est passé à 215 en 2007 pour la Cram Bretagne ce qui a contribué à restructurer l'offre de services afin rentrer dans une logique de performance et de qualité.

Il faut noter que la Cram de Bretagne a été la première à passer une convention avec une entreprise privée ADHAP à Vannes. Cela a facilité la mise en place d'entreprises de service au niveau de la région. Ce type de convention a été rendu possible grâce à la procédure d'agrément qualité régie par la loi du 26 juillet 2005, appelée plan Borloo. L'agrément qualité est donné en fonction des moyens et des ressources humaines et matérielles de l'organisme. Celui-ci doit viser dans ses prestations au moins un public fragile

⁷⁷ Caisse nationale d'assurance vieillesse, circulaire relative à l'action sociale, l'aide ménagère à domicile et la démarche qualité de la branche retraite, 4 juin 1999, p3

⁷⁸ Cette auto-évaluation a été considérée comme une remise en cause de l'autonomie des organismes de service à domicile. Ceux-ci ont eu peur d'une analyse de leur fonctionnement. Ainsi, les prestataires du département d'Ille-et-Vilaine ont refusé de retourner leur autoévaluation pendant six mois à la Cram.

dont font parties les personnes âgées de plus de 60 ans. L'agrément qualité est donné pour une durée de 5 ans renouvelable après évaluation externe et enquête de satisfaction. L'organisme doit répondre aux exigences du cahier des charges.

En parallèle, le Ministère et la Cnav ont signé une convention d'objectif et de gestion. En application de la COG, la Cram de Bretagne a renforcé sa politique d'action sociale d'aides individuelles en 2007 en instituant le « plan d'aide personnalisée » dont les modalités ont été déclinées dans la circulaire du 2 février 2007. Le PAP est un panier de services élargi excluant l'habitat. A la fin de l'année 2009, la Cram de Bretagne avait signé une convention avec 235 services alors qu'elle avait passé un accord qu'avec 223 en 2008. Cette expansion est d'autant plus notable que la Cram a cessé toute relation de coopération avec l'association AD29. En effet l'AD29 appliquait des tarifs plus élevés que prévus conventionnellement. En conséquence, le reste à charge pour les bénéficiaires était plus important que dans les autres structures conventionnées.

Compte tenu de l'accroissement des demandes, la Cram s'est vue obligée d'appliquer des critères plus drastiques pour l'obtention des prestations.

A souligner, dans les îles de Bretagne, la localisation et l'évaluation des besoins des personnes âgées est plus difficile pour des raisons géographiques. Les ressources locales ont donc été utilisées telles les infirmières ou les pharmaciens afin de réaliser une continuité de la prise en charge.

La démarche qualité s'inscrit dans une dynamique de professionnalisation du secteur.

La professionnalisation des acteurs de l'aide à domicile

Le secteur sanitaire, social et médico-social en Bretagne représente un des premiers pôles d'emploi avec plus de 206 000 actifs en 2012. Les personnes âgées occupent spécifiquement 25% du marché sanitaire et sociale sans compter les activités annexes qui ne dépendent pas seulement de leur présence. L'action médico-sociale représente 21 780 actifs soit 11% de l'activité de ce secteur. S'ajoute également l'activité d'aide à domicile qui compte 28 790 actifs soit 14% de l'activité du secteur. En termes d'effectif, les trois premières professions du secteur sanitaire et social sont les infirmiers (11%), les aides à domiciles, les aides ménagères et les travailleuses familiales (11%) et les aides-soignants (11%)⁷⁹. En d'autres termes, la prise en charge des personnes âgées et de la dépendance constitue un gisement d'emploi et engendre une augmentation de postes supplémentaires dans le domaine. C'est pourquoi, une politique de professionnalisation accrue s'est mise en place afin que la personne âgée puisse bénéficier de services de qualité mais aussi pour pallier la précarité des emplois.

La Bretagne a été la première région à mettre en place **une Charte** régionale de qualification des aides à **domiciles** qui a été signée par la région Bretagne, l'Etat, les **Conseils**

⁷⁹Bourdin V, Diagnostic général, Emploi Formation dans le secteur sanitaire, social et médico-social, Gref Bretagne, Octobre 2013.

Général, le Fédération des employeurs et les Organismes Paritaires Collecteurs Agréés. Cela a été notamment nécessaire 85% des aides à domicile n'avaient par le CAFAD ou la mention complémentaire « Aide à domicile »⁸⁰ en 2002. Cette charte vise à atteindre en 2007 un objectif de 50% de titulaires d'un diplôme dans le secteur sanitaire et sociale. L'effet pervers a été que la qualification a engendré des coûts supplémentaires que les services à domicile n'arrivaient pas à assumer.

Le rôle d'évaluation des centres locaux d'information et de coordination (CLIC)

Les Clic, créés par la circulaire du 6 juin 2000, sont considérés comme des « guichets uniques » favorisant le relais de l'information. Ils répondent aux questions d'une pluralité d'agents : la personne âgée, la famille, les professionnels de santé, de gérontologie ou du maintien à domicile.

Le Clic doit être en mesure d'apporter une réponse curative ou préventive.⁸¹ Celui-ci a, par principe, pour vocation d'atteindre un niveau de label 3 sur tout le territoire, même si ce niveau est pour l'instant rarement atteint. Le niveau 1 du label permet au Clic d'être un centre d'accueil d'information, de conseil et de soutien aux familles. Le niveau 2 donne la possibilité aux Clic d'être chargé de l'évaluation des besoins et d'élaborer le plan d'aide personnalisé. Enfin, le niveau 3 donne le droit au Clic de gérer dans sa totalité le plan d'aide. En conséquence, la Cram de Bretagne s'est partiellement appuyée sur un réseau de structures labellisées comme les Clic de niveau 3 pour se décharger d'une partie de la gestion des demandes d'aide-ménagère à domicile. Dans cette perspective, le département des Côtes d'Armor a signé avec la CRAM une convention avec huit Clic en 2006. Pour le département du Finistère, le Conseil Général a réussi à signer une convention avec le CCAS de Quimper porteur de l'antenne Clic, les clic de Crozon et de Brest ont pu également signer la convention. Le département reste en négociation avec 4 autres Clics. En Ille-et-Vilaine, le Conseil Général a signé une convention avec les clics d'Alliages, de Rennes, de Fougères et de Marches de Bretagne. Enfin, le département du Morbihan travaille en lien avec le Clic de Lorient, d'Auray et de Ploërmel. En conséquence, les Clic restent le relais opérationnel à long terme assez proche de la personne âgée en terme de territoire et assez qualifié pour réaliser une évaluation. Plusieurs initiatives ont été réalisées en partenariat avec la région et des clics bretons.

Sur le plan de la coordination et de la prise en charge des personnes âgées, la Bretagne mise sur la participation active des Clics. Le relais gérontologique de Malestroit s'est organisé autour d'une dynamique de guichet unique facilitant les démarches du bénéficiaire. Ce mode d'organisation, selon une enquête réalisée au relais de la Communauté de communes de Ploërmel en 2006, donne satisfaction aux agents⁸².

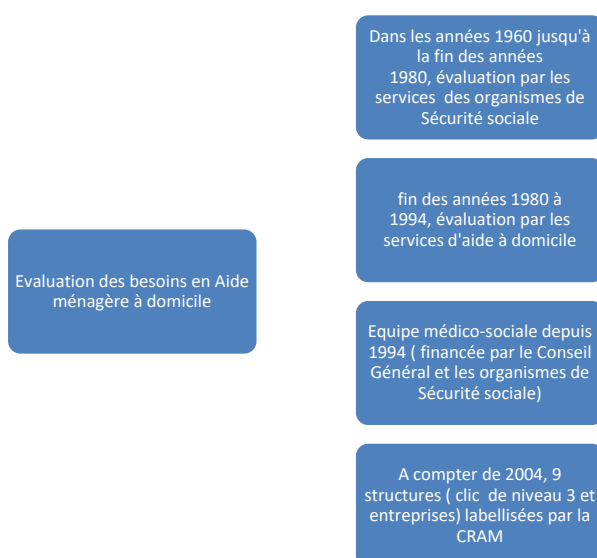
⁸⁰ Conseil économique et social, « Bien vieillir en Bretagne, changer de regard et agir pour mieux vivre ensemble le vieillissement à domicile », Région Bretagne, octobre 2007, p162

⁸¹ Avise, Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, octobre 2006, p8

⁸² Conseil économique et social, « Bien vieillir en Bretagne, changer de regard et agir pour mieux vivre ensemble le vieillissement à domicile », Région Bretagne, octobre 2007, p169

Cependant, le nombre de Clic de niveau 3 reste assez restreint. En effet, les Clics « inscrivent leur action sur des territoires délimités et ont pour missions de recenser l'offre de service existante, d'identifier les besoins individuels ou collectifs des personnes âgées et de contribuer par leur diagnostics à la mise en place de réponses adaptées ». ⁸³

L'évaluation des besoins de la personne âgée



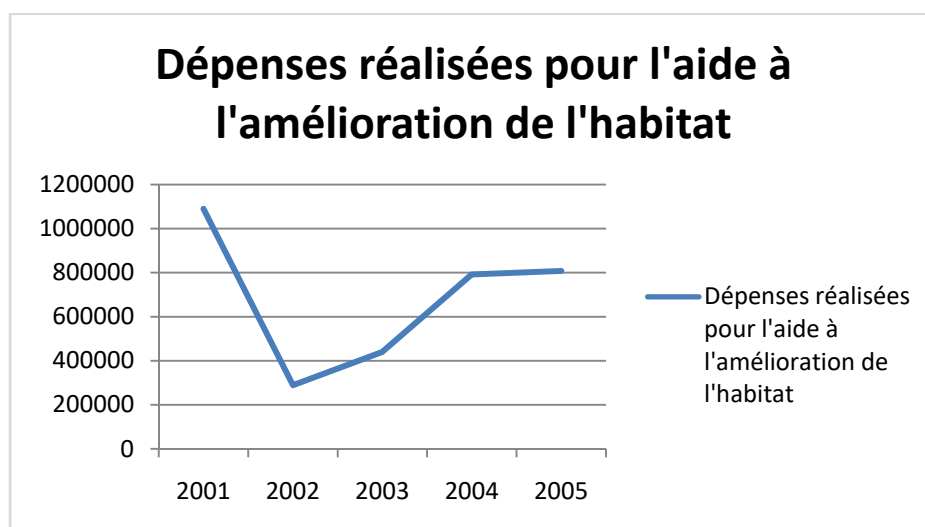
Les aides apportées pour l'amélioration des prestations

-l'amélioration de l'habitat

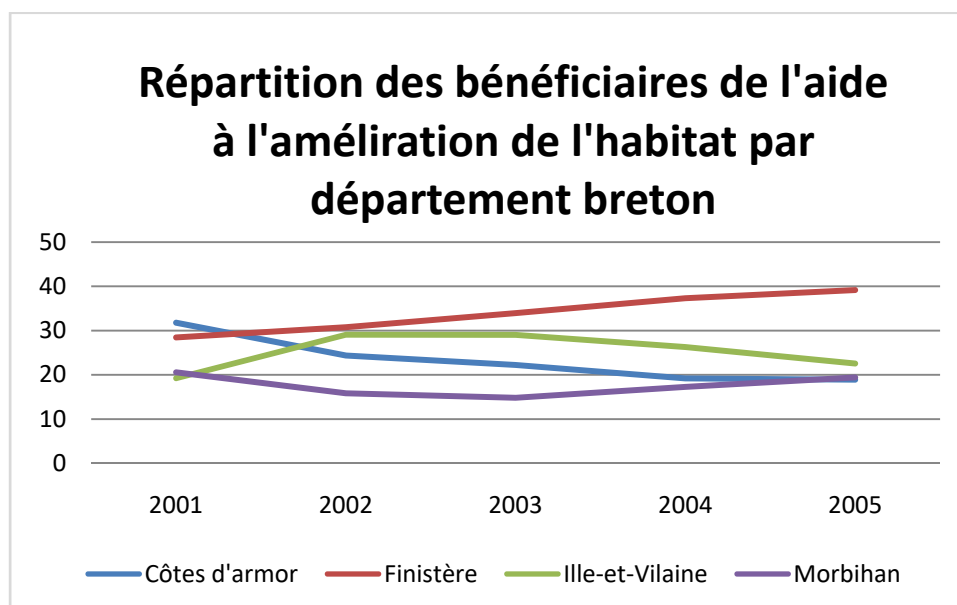
La démarche qualité intègre l'amélioration de l'habitat. Le conseil d'administration de la Cram de Bretagne a décidé que cette aide serait servie aux personnes en perte d'autonomie

⁸³Schéma directeur régional d'Action social, décembre 2006/2008, Cram Bretagne, p26

d'au moins 70 ans. Les axes majeurs de cette prestation reposent sur le soutien au vieillissement et sur l'aide à la perte d'autonomie au travers de l'adaptation du logement. Les bénéficiaires de l'APA peuvent prétendre à cette aide.



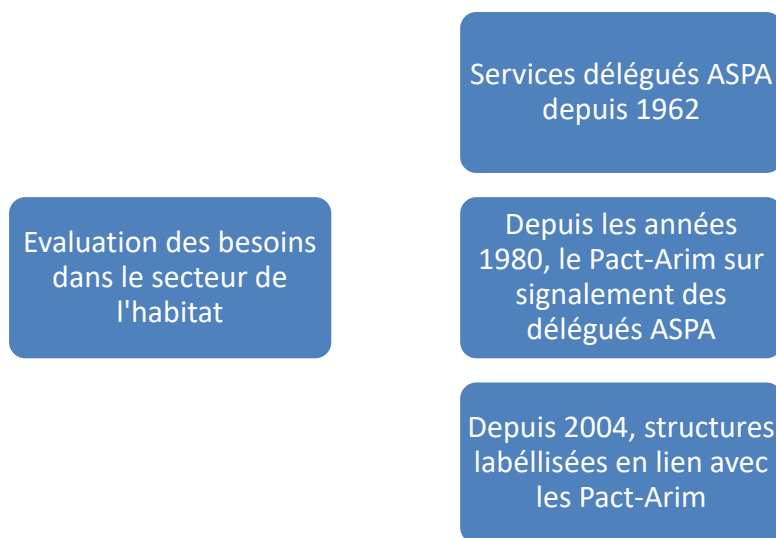
Dès l'ouverture de ce droit, le nombre de demande fut très importante ce qui explique le montant des dépenses. Cependant, une régularisation des demandes s'est produite sur les années 2002 et 2003 en raison du nombre de demandes traitées en 2001. Les années 2004 et 2005 constituent une période de rééquilibrage et de stabilisation de la demande.



Le département du Finistère est le plus consommateur d'aides à l'amélioration de l'habitat comparativement aux autres départements bretons.

L'aide à l'amélioration de l'habitat est un exemple de la tradition de collaboration entre les différents organismes partenaires. Ainsi, la Cram de Bretagne a réalisé des

campagnes de sensibilisation notamment en Ile-et-Vilaine pour diffuser les actions menées dans le domaine de l'habitat. (Une mission de conseil à l'adaptation du logement a été admise dans le cadre du « fonds de modernisation de l'aide à domicile » qui a permis dès l'année 2004 de financer des diagnostics adaptation ou d'accessibilité auprès des bénéficiaires de l'APA). De plus, les régimes de base que sont la Cram, l'Ava et l'Organic ont souhaité mettre en avant une politique préventive en matière d'aide à l'habitat. Des réunions d'informations animées par le PACT-ARIM sont organisées afin de sensibiliser les personnes âgées de plus de 70 ans notamment sur les nécessités d'une adaptation du logement. Chaque année, des réunions sont effectuées dans le cadre de cette politique de prévention.



- **-Les modifications apportées à l'aide à domicile**

L'aide ménagère est fortement remodelée depuis la mise en œuvre de l'APA. Désormais, l'aide ménagère est réservée aux retraités les plus démunis de 70 ans et plus dans le cadre de 15 heures mensuelles, 20 heures pour des personnes de plus de 90 ans.⁸⁴ Au-delà d'une modification des modalités d'attribution de cette aide, l'aide ménagère a connu une restructuration de grande ampleur. Pour la Cram, l'aide-ménagère s'est recentrée sur les retraités en GIR 5 et 6 et fait partie d'une démarche qualité renforcée. Elle fait l'objet d'une évaluation par les services agréés. Cependant, cette délégation de gestion donne lieu à une évaluation disparate sur le territoire. L'apparition des 35 heures et la signature de la convention collective unique de l'aide à domicile a entraîné une révision des *tarifs horaires*.

II) La multiplication et la diversification des services liés au maintien à domicile mis à disposition des personnes âgées

⁸⁴Schéma directeur régional d'Action social, décembre 2006/2008, Cram Bretagne, p 37

Les services auprès de la personne âgée se multiplient. La « silver economy » a engendré le développement des programmes de sécurisation soutenus notamment par la Cram Bretagne et les Conseils Généraux. En parallèle, les caisses de Sécurité sociale bretonnes ont développé des programmes de retour à l'autonomie pour prévenir, entre autres, les chutes des personnes âgées chez elles. Enfin, le dispositif du maintien à domicile s'ouvre à des alternatives comme les pratiques de l'hébergement temporaire.

Le développement des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) au service des personnes âgées

Le maintien à domicile passe par l'amélioration de la sécurisation du logement et du quotidien de la personne. Plusieurs expérimentations ont eu lieu en Bretagne pour développer le phénomène des nouvelles technologies d'assistance.

Ainsi, une expérimentation NTIC a été réalisée sur les départements des Côtes d'Armor et de l'Ille-et-Vilaine. En 2006, plusieurs personnes âgées ont testé ce nouveau dispositif réalisé en partenariat avec le Conseil Général des Côtes d'Armor, le Conseil Général d'Ille-et-Vilaine, les sociétés de téléassistance Custos et Présence Verte, France Télécom R&D. Ainsi, elles ont pu disposer d'un médaillon d'alerte téléphonique, d'une centrale d'alarme, d'un téléphone ergonomique, d'un visiophone et d'un cahier de liaison ergonomique. Rassurer les personnes âgées à domicile, faire intervenir un proche lorsqu'elles rencontrent un problème ou encore connecter le domicile à une centrale d'alarme contribuent à maintenir la personne âgée le plus longtemps possible chez elle. Cette expérimentation, soutenue par la CRAM de Bretagne, a donné lieu à une satisfaction de la part des personnes âgées testées.

Cette expérimentation a été suivie par un programme plus élaboré sous forme de logements faisant appel à la domotique. Le projet MAATEIS (maintien de l'autonomie des aînés par la technologie et l'innovation sociale) lancé par le groupe Malakoff-Médéric, soutenu notamment par la CARSAT Bretagne, vise une démarche de sécurisation de la personne âgée par les NTIC, la lutte contre la solitude et l'aide aux aidants. Dans ce cadre, la domotique prévoit des détecteurs de mouvement pour éclairer le chemin de la personne âgée la nuit chez elle, un programme de téléassistance ou encore des serrures communicantes. En termes de lutte contre l'isolement, le projet a mis en place des téléphones mobiles simplifiés ainsi que des tablettes communicantes. En termes d'aides aux aidants, la vidéo de vigilance à distance permet de repérer les éventuelles chutes ou les situations indésirables grâce à un logiciel d'analyse comportementale.

-Le développement des programmes visant le retour à l'autonomie

L'autonomie est placée au cœur des politiques publiques du début des années 2000 à nos jours. En effet, l'autonomie favorise une dynamique de retour à l'indépendance totale ou partielle de la personne âgée. Ces politiques s'articulent autour de divers ateliers réalisés en petits groupes dont les effets sont réellement satisfaisants.

La **prévention des chutes** est un élément majeur du cadre de la prise en charge des personnes âgées. En effet, les chutes, chez les plus de 65 ans, entraînent environ 9000 décès par an. Elles sont un motif de consultation médicale à hauteur de 10% et d'hospitalisation en milieu gériatrique à hauteur de 12%. En conséquence, il est nécessaire de prévenir les chutes afin que les personnes âgées ne soient pas en situation de faiblesse chez elle. Une chute peut entraîner la perte de confiance en soi, des traumatismes lourds mais aussi le sentiment d'impuissance face à la difficulté à se relever. C'est pourquoi, la CRAM Bretagne a mis en œuvre dès la fin des années 1990 le *Pack de formation Prévention santé –séniors*, appelé Parachute. Ce Pack, destiné aux aides à domicile et aux professionnels de la santé en interaction avec les personnes âgées, permettait d'avoir une première approche de la prévention des chutes et de leur conséquence. Il était pour parti par les délégués et les assistants sociaux.

Mais cette politique de prévention des chutes s'est directement adressée aux personnes âgées depuis 1999. En effet, la prévention des chutes et l'information concernant la santé des personnes âgées sont devenues en enjeu majeur pour les politiques du maintien à domicile. Ceci s'est traduit par une circulaire commune des deux caisses nationales, la Cnam et la Cnav relative au plan de préservation de l'autonomie des personnes âgées (PAPA) aux caisses de sécurité sociale le 17 octobre 2003. Dans ce cadre, la caisse de Bretagne a signé un accord avec la Cnam et la Cnav pour la mise en place du Programme Bretagne Equilibre. Ce programme permet aux personnes âgées durant douze semaines de bénéficier d'ateliers visant à améliorer leur équilibre, à reprendre confiance en elles, à apprendre à se relever seule notamment. En effet, selon plusieurs études, approximativement 1/3 des personnes de plus de 65 ans chutent chaque année. Ces chutes concernent plutôt des femmes dont le risque est multiplié par 2⁸⁵. Il convient de préciser qu'une des premières causes d'entrée en établissement est la chute. Ce programme a donc pour effet de retarder l'entrée en établissement. Il a un réel impact sur la santé des personnes âgées. Il réduit le taux de survenue des chutes de 2/3 et incite la personne âgée à reprendre une activité physique dans 1/3 des cas.⁸⁶ 9% ont entrepris de réaménager leur habitat et 14 % ont acquis un matériel mieux adapté à leurs difficultés. Globalement, de 1999 à 2012, 1932 ateliers ont été réalisés et 21 934 personnes y ont participé. Ce programme fait désormais partie du Plan Stratégique Régional de Santé de l'ARS et s'inscrit dans une démarche de santé publique.

En parallèle, se développent les programmes « La santé à tout âge ». Ainsi, plusieurs ateliers ont été créés pour éduquer les personnes âgées à mieux se nourrir ou à faire correspondre leur alimentation avec leurs besoins nutritifs.

Pour la mise en place du programme atelier équilibre, la Cram a passé des conventions de coopération avec une diversité d'acteurs comme FFEPGV, Kiné Ouest Prévention, Siel Bleu, UDARPA 29, la Mutualité Française et l'EPMM/Sport

⁸⁵ Nizard J, Potel G, Dubois C, Chutes et perte d'autonomie du sujet âgé. Prise en charge pratique. 1999 p397-402

⁸⁶ Site Carsat Bretagne, Programme Bretagne Equilibre

La MSA a pour sa part créée le programme « *Pac Eureka* ». Ce programme met en place des ateliers de prévention comme le « *peps eureka* » ayant pour but de travailler sur le thème de la mémoire.

-L'hébergement temporaire, diversification du mode de prise en charge du maintien à domicile

La Cram de Bretagne a mis en place une prestation d'hébergement temporaire en 1999. Les établissements offrent des places d'hébergement temporaire mais, ils avaient besoin de financement. A l'origine, la Cram de Bretagne a créé la prestation d'hébergement temporaire à titre expérimental afin de proposer aux aidants une prise en charge momentanée de la personne âgée.

Ainsi, les établissements accueillent pour une nuit, une journée ou pour des séjours plus longs les personnes âgées dépendantes. Cette aide est financée par la prestation d'hébergement temporaire. Cette prestation a été en premier lieu soutenue par la Cram de Bretagne. En 2002, la Cnav a souhaité généraliser l'aide à l'hébergement temporaire à l'ensemble du territoire. Les Cram, puis les Carsat adaptent cette prestation dans le cadre de leur politique d'aide individuelle.

L'hébergement temporaire est une aide aux aidants qui n'ont pas encore un statut bien défini. En effet, le travail qu'ils réalisent quotidiennement ne peut pas être rémunéré comme un travail à temps plein en raison des restrictions budgétaires mais également du type de travail. La relation entre la personne âgée et son aidant familial n'est pas une relation purement contractuelle. En conséquence, l'hébergement temporaire donne un droit au répit aux aidants. A souligner que cette aide est délivrée autant aux personnes âgées relevant du GIR 5 et 6 que des personnes relevant des GIR 1 à 4.

Chapitre conclusif : De nouvelles perspectives pour l'action sociale

L'action sociale doit être repensée, ses bénéficiaires actuels ayant évolué. Dans un contexte global d'insécurité économique et professionnelle, la notion même de solidarité est contestée. Le débat se dédouble aujourd'hui. Faut-il prendre en charge le cinquième risque au même titre que les autres assurances sociales ? Ou doit-on recourir à une libéralisation croissante du risque dépendance ?

I) Quelles personnes âgées aujourd'hui ?

La notion de personne âgée et de personne âgée dépendante a fortement évolué depuis 1945. C'est pourquoi, il est pertinent de revenir brièvement sur les mutations démographiques, juridiques et sociales concernant la dépendance des personnes âgées.

- Bilan démographique

La personne âgée est considérée comme étant une personne de plus de soixante ans dans les textes législatifs et réglementaires. Or, en 1950, l'espérance de vie des femmes ne dépassait pas 70 ans et celle des hommes se situait en dessous de 65 ans⁸⁷. En conséquence, la prise en charge par l'action sociale des personnes âgées semblait tout à fait pertinente puisque la fin de vie correspondait à quelques années après l'arrêt de la vie active. En conséquence, la personne âgée était considérée en perte d'autonomie très peu de temps après la cessation de son activité professionnelle. Or, en 2014, l'espérance de vie à la naissance pour les Hommes s'élève à 78,2 ans et de 85,1 ans pour les femmes⁸⁸. En conséquence, la prise en charge des personnes âgées est plus longue et plus coûteuse. De plus, la personne âgée qui était dépendante très tôt après la retraite au début des années 1950, est autonome de plus en plus longtemps. L'espérance de vie sans incapacité n'apparaît qu'à l'âge de 80 à 85 ans.

- Bilan juridique

⁸⁷INSEE, Espérance de vie, Mortalité, édition 2012, p35

⁸⁸INSEE, Espérance de vie, taux de mortalité et taux de mortalité infantile dans le monde en moyenne de 2010 à 2015, source ONU

La personne âgée ne bénéficie pas strictement d'une définition juridique. Seul un ensemble de conditions détermine in abstracto les contours de ce que pourrait être une personne âgée. La personne âgée est un individu ayant atteint au minimum l'âge de la retraite c'est-à-dire 60 ans à 62 ans. Dans le meilleur des cas la personne âgée a validé la totalité de ses semestres et peut bénéficier d'une retraite à taux plein. La limite d'âge pour déterminée une personne âgée est également fixé par les seuils pour l'obtention de l'APA. En conséquence, la définition juridique paraît encore assez floue.

C'est pourquoi, le Conseil d'analyse stratégique s'est intéressé directement à la question de la définition actuelle de la personne âgée. En raison de nouvelles données démographiques, la notion de personnes âgées évolue et se complexifie.

De 50 à 75 ans, les individus sont considérés comme étant des seniors. Ces personnes sont autonomes et aptes à se prendre en charge seules. La notion de personne âgée concerne donc les individus à partir de 75 ans. Cette limite d'âge devient le seuil le plus pertinent pour les études sociologiques et démographiques comme celle de l'INSEE ou de l'INED. Enfin, les personnes de plus de 85 ans sont considérées comme rentrant dans le quatrième âge. Ce groupe de personnes sont les plus à même de constituer la part de la population la plus dépendante.⁸⁹

Concernant la personne âgée dépendante, la définition reste approximativement identique même si une évolution sémantique est à noter. Pour Maurice Arreckx, « *on entend par personne âgée dépendante tout vieillard qui, victime d'atteintes à l'intégralité de ses données physiques ou psychiques, se trouve dans l'impossibilité de s'assumer pleinement, et, par là-même, doit avoir recours à une tierce personne, pour accomplir les actes ordinaires de la vie* ». ⁹⁰

En parallèle, le texte de l'allocation personnalisée d'autonomie perçoit la personne âgée dépendante comme suit : « *toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins* » ⁹¹.

En conséquence, la terminologie a été influencée par la démarche qualité qui a jalonné la politique de prise en charge des personnes âgées. Le terme de « vieillard » est devenu « toute personne âgée ». Le terme est plus objectif et abstrait ; désormais, tous les termes relatifs à une catégorie sociale se doit d'être sans connotation péjorative. De même, le terme d'autonomie a remplacé les « atteintes à l'intégralité [des] données physiques ou psychiques ». L'autonomie est une notion dynamique qui implique que les personnes âgées

⁸⁹Rapport Assurance maladie et perte d'autonomie, Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 23 juin 2011

⁹⁰Arreckx M, L'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes, Paris, Assemblée Nationale, 1979

⁹¹Article 1 de la loi du 20 juillet 2001

doivent encore utiliser toutes les facultés dont elles disposent pour limiter ou sortir partiellement de leur dépendance.

- Bilan sociologique

Au début des années 1960, après la sortie du rapport Laroque, la prestation d'aide ménagère se met en place. Les acteurs de l'Action sociale, principalement les caisses de sécurité sociale et les réseaux locaux, parcourent le territoire pour proposer aux personnes âgées de l'aide ménagère et des solutions pour améliorer leur habitat. Beaucoup sont réticentes à ces propositions n'étant pas habituées à ce dispositif. La situation de l'offre dépasse largement les demandes. Mais, la situation tend à s'inverser notamment au début des années 1980, lorsque le nombre de personnes âgées croît fortement et lorsque les budgets locaux ne permettent plus une prise en charge extensive de ce type de public fragile. Cette catégorie se perçoit comme consommatrice d'aides auxquelles elles ont droit. Les personnes âgées sont en situation de créancières vis-à-vis de la Sécurité sociale et bientôt des Conseils Généraux. Mais, d'un autre côté, les acteurs du maintien à domicile doivent freiner la demande notamment grâce au système de l'évaluation.

Une nouvelle dynamique se met en place dès le début des années 2000. La personne âgée n'est plus une consommatrice d'aides mais une cliente que doivent pleinement satisfaire les services d'aide ménagère. Les exigences de cette catégorie d'individus s'amplifient car la multiplication des entreprises d'aide à la personne traitent la personne âgée, bénéficiaire de l'action sociale, comme un client ou un consommateur. Or, le financement provient directement des caisses de Sécurité sociale ou du Conseil Général.

II) Quel bilan de ces politiques ?

Les politiques d'action sociale en faveur des personnes âgées sont globalement satisfaisantes. L'âge moyen d'entrée dans un EHPAD se situe aujourd'hui entre 85 et 86 ans. Le maintien à domicile est favorisé par la prise en charge des personnes les plus dépendantes à leur domicile. A travers les conventions d'objectifs et de moyen signées avec la CNAV, les CARSAT peuvent maintenir des moyens importants dans le secteur de l'action sociale. Leur rôle porte en partie sur la prévention. En effet, les programmes de prévention impactent directement la reprise d'activité de la personne âgée. Selon plusieurs études⁹², les programmes de prévention réduisent de 2/3 les chutes des personnes âgées, favorise dans 1/3 des cas la reprise d'activité physique et dans 9% l'aménagement de leur habitat ou l'acquisition de matériel.

La place des financeurs a également évolué au cours de ces 50 dernières années. Les organismes de Sécurité sociale qui devaient promouvoir l'action sociale ne sont plus désormais les seuls à prendre en charge les personnes âgées. En effet, le Conseil Général joue un rôle primordial : il gère la prestation d'allocation personnalisée d'autonomie pour les

⁹²menées par le Cabinet Incones et Catalys Conseil

personnes appartenant au GIR 1 à 4. Toutefois, s'il s'occupe de la dépendance la plus lourde, le nombre de bénéficiaires est plus restreint. La moyenne et la faible dépendance dont traite la Carsat concerne un nombre plus important de bénéficiaire.

D'ailleurs, les organismes de Sécurité sociale sont fortement impliqués dans l'application uniforme des mesures d'Action sociale. En effet, les tarifs appliqués par les structures locales doivent être agréés par les caisses de Sécurité sociale. Autrement, le reste à charge est plus lourd pour le bénéficiaire. Dans ce contexte, la Carsat Bretagne a souhaité cesser les liens conventionnels qui la liaient à l'association Aide à domicile 29 car elle contestait les tarifs de cette structure. Portant le litige devant la justice, la Cour d'Appel dans un arrêt du 29 janvier 2014 a débouté l'association de ses prétentions. Les tarifs conventionnés s'imposent donc aux services passant convention avec les Carsat et les bénéficiaires de l'Action sociale doivent s'adresser **aux structures** conventionnées. En conséquence, les caisses de Sécurité sociale protègent **leurs ressortissants** contre les abus des services ou associations d'aide à domicile.

La politique d'Action sociale menée depuis plus de 50 ans est donc globalement satisfaisante.

III) Quelle solidarité aujourd'hui ?

La question de la prise en charge des personnes âgées **dépendantes** se pose aujourd'hui avec plus d'acuité car elle se place dans un contexte où le système de Sécurité sociale est remis en question. En effet, dans le sentiment populaire, la prise en charge des personnes âgées est certes une avancée sociale mais qu'aucun ne souhaite supporter.

Or, deux questions se posent : Faut-il maintenir notre système de solidarité ou est-il nécessaire de transformer en profondeur les fondements du système de solidarité pour satisfaire les exigences de discipline financière ?

Michel Laroque, inspecteur général des affaires sociales énonce les valeurs liées au système de Protection sociale.⁹³ Parmi elles, la solidarité nationale est le ciment de cet ensemble organisationnel. La solidarité nationale s'est élargie au fil des généralisations de la couverture sociale : elle touche l'ensemble de la population d'autant plus qu'elle tire une grande partie de ses ressources des taxes et de l'impôt. Selon Pierre Laroque « *la Sécurité sociale suppose une solidarité nationale : tout le monde est solidaire devant les facteurs d'insécurité, et il importe que cette solidarité s'inscrive dans les faits et dans la loi* »⁹⁴.

Or, les fondements de la sécurité nationale sont remis en question en raison de l'accroissement des inégalités. Cette augmentation impacte directement le système de protection sociale. Plusieurs économistes et auteurs pensent qu'une société inégalitaire entraîne une élévation des coûts sociaux. Richard Wilkinson et Kate Pickett fondent leur

⁹³ Laroque M., « Les valeurs portées par les fondateurs de la Sécurité sociale française », revue regards n 34 EN3Sjuillet 2008, p 49

⁹⁴ Laroque P. « Le plan française de Sécurité sociale, Cahiers français d'information n 51, 3février 1946, p11

analyse sur le fait que l'usage de stupéfiants, l'insécurité, l'obésité, les performances scolaires, les maladies mentales et la santé⁹⁵ augmentent lorsqu'une société devient de plus en plus inégalitaire. Leur proposition est de rendre la société moins inégalitaire pour réduire les frais engendrés par cette consommation excessive du soin et des aides. Ainsi, les fonds disponibles pourraient être alloués à des dépenses irrépressibles comme la prise en charge des personnes âgées.

La solidarité, en tant que valeur-socle de la Protection sociale, est remise en question. En effet, la dette sociale pèse de plus en plus lourd sur les épaules des actifs et des jeunes, futurs actifs. Les prélèvements sociaux et la fiscalité sociale se diversifient. Les demandes d'aides se multiplient. En conséquence, certains particuliers ont émis des réticences à une affiliation obligatoire au régime de protection sociale et ont souhaité adhérer à d'autres systèmes de prévention des risques. Or, le système de Protection sociale étant fondé sur la valeur-clé de solidarité ne peut pas fonctionner sans la participation de tous les actifs. En effet, une adhésion facultative entraînerait un déséquilibre entre les ressources et les dépenses de Protection sociale. D'ailleurs, l'arrêt Poucet et Pistre de la CJCE en 1993 indique que l'adhésion au système de Sécurité sociale est obligatoire. Ce système de Sécurité sociale n'étant pas considéré comme une entreprise, et n'ayant aucun but lucratif, repose uniquement sur la solidarité nationale. Mais, cette solidarité est fortement contestée. Régulièrement, des travailleurs rattachés au régime social des indépendants mettent en avant les dysfonctionnements de leur régime. Le manque de cohérence, les lacunes administratives et le montant élevé de leur cotisation posent la question de la survie de leur système de Sécurité sociale. La solidarité institutionnelle est-elle la solution ? Quelle solidarité se construit aujourd'hui ?

La voie associative relaie la voie institutionnelle. Dans le domaine du maintien à domicile, se développent de nouvelles solidarités. La personne âgée retrouve sa place au sein de la société en étant acteur d'un programme d'utilité publique. La solidarité intergénérationnelle favorise des relations d'échange entre les jeunes et les personnes âgées. Ces dernières peuvent animer des ateliers de lectures ou d'art créatif. Elles peuvent également proposer aux étudiants une chambre ou un studio gratuitement ou à un prix dérisoire. En contrepartie, le jeune s'engage à une bonne moralité, à être présent un weekend sur deux et le soir. La solidarité intergénérationnelle est donc une solution d'avenir pour maintenir la valeur solidarité au sein de notre société et de notre système de Sécurité sociale.

Par ailleurs, le tissu associatif est très fort en Bretagne. Il permet de valoriser les logiques de proximité. Les institutions comme la CARSAT, la MSA ou le Conseil général s'appuient sur ces partenaires pour développer l'action sociale.

<u>Interview de Mme Bouhin Maguy, représentant de l'association les Aînés ruraux : exemple d'un tissu associatif performant</u>

⁹⁵Boutaud A., « Quelle solidarité au 21^{ème} siècle ?, rapport pour la communauté urbaine de Lyon, avril 2013

Les aînés ruraux ont été créés sous l'égide de la MSA en 1970. Au départ, plusieurs agriculteurs qui ont commencé à partir en retraite et qui avaient des retraites modestes et n'avaient pas de vacances ont eu l'idée de créer des associations. Ces associations avaient pour but de développer les réseaux des personnes âgées à travers des rencontres, des repas ou des vacances. Les assistantes sociales ont réalisé un travail important quant à la recherche des personnes isolées et à leur participation aux activités de l'association. Puis, ces associations se sont développées et ont regroupé toutes les catégories professionnelles.

Le fonctionnement : la personne adhère à une association locale, celle-ci dépend d'une fédération départementale qui elle-même appartient à une fédération nationale. A l'échelon national, cette fédération reçoit une subvention grâce à une convention signée par la MSA. Grâce à ses subventions, les fédérations organisent certaines actions dont le « neuro peps ».

A l'origine, la MSA a créé les aînés ruraux dont le siège était situé dans les locaux de la MSA. La MSA mettait en œuvre les moyens et les services. Aujourd'hui, légalement, les aînés ruraux et la MSA ne peuvent pas être confondus dans une même entité. C'est pourquoi, une relation de partenariat s'est mise en place. Toutefois, elle peut trouver parfois des locaux pour les fédérations ; elle donne, par ailleurs, par la voie de convention des subventions.

En quelques chiffres, les aînés ruraux comptent 700 000 adhérents, 9000 clubs et 85 fédérations départementales. En Bretagne, le nombre d'adhérent s'élève à 67820 dont 16 400 en Côte d'Armor, 20 110 dans le Finistère et 31 310 en Ile-et-Vilaine. En conséquence, en termes d'adhérents, la Bretagne représente presque 1/10 de l'association. En Bretagne, le mouvement est présent partout sauf dans le Morbihan. La fédération dans le **Morbihan** est soutenue par la CG.

Les activités : A l'origine, l'association est tournée vers le loisir : fêtes de l'amitié, thés dansant, bals, des sorties et des voyages. Aujourd'hui, les « aînés ruraux » ont diversifiés leur activités et concentrent leur attention autour de plusieurs volets.

Un volet sur le bien vieillir. Le bien vieillir, c'est la continuité du lien social (de prendre soin de sa maison, de sa tête et de son corps).

L'association les « aînés ruraux » développent des ateliers d'activation cérébrale, diététique, thème autour du sommeil et du médicament. Cette association développe aussi d'autres partenariats avec les associations locales pour développer des cours de gymnastique aux personnes.

Un volet tourné vers le maintien à domicile : le domicile doit aménager. Plusieurs partenariats relatifs à l'habitat et au développement ont été mis en place avec l'ANA (obtention des conseils et aides financières), avec « présence verte » (la téléassistance), avec la gendarmerie venant informer les personnes. La conduite automobile est importante en milieu rural ; l'association incite les adhérents à réviser leur code de la route et leurs réflexes.

Un volet d'aide aux aidants : les « aînés ruraux » ont signé un accord cadre avec la CNSA et assurent des ateliers d'aide aux aidants. Les aidants naturels (les familles) doivent s'occuper d'un de leur proche. La CNSA accorde une subvention pour mettre en place ces ateliers animés par des bénévoles formés. Ceux-ci informent sur les bonnes pratiques vis-à-vis de leur proche en perte d'autonomie et donnent des conseils pour qu'eux-mêmes se protègent. La seule difficulté est de trouver les aidants qui ne se reconnaissent pas comme tel et ne souhaitent pas utiliser du temps qu'ils consacrent aux âgées pour participer à ces ateliers.

Les perspectives de l'action sociale en faveur des personnes âgées

Les citoyens se tournent plus facilement vers les associations. Face aux difficultés budgétaires, le citoyen est plus acteur que jamais de la prévention de la dépendance. Les pays anglo-saxons ont une tradition de solidarité de proximité plus développée qu'en France. La ministre actuelle de la santé dans son projet « Mona Lisa » reconnaît la diversité des initiatives associatives contre l'isolement des personnes âgées. Pour les pouvoirs publics, ce travail devrait être valorisé, organisé. L'idée que les associations prennent le **relai** est très intéressante pour les pouvoirs publics mais les fonds ne correspondent pas à l'effort fourni et au service rendu.

A souligner également que **la perte d'autonomie est conçue différemment si on a plus ou moins de 60 ans**. Avant 60 ans, la personne est considérée comme handicapée, après 60 ans elle est en perte d'autonomie. Or, selon l'âge, le montant des prestations diffère. Il serait donc souhaitable qu'une uniformisation soit réalisée. Au-delà d'une uniformisation, l'association plaide pour la création d'une prestation de compensation universelle et d'un cinquième risque de Sécurité sociale.

De même, il serait intéressant de **mettre en cohérence l'ensemble des acteurs professionnels**. La MSA réalise une expérience dans les réseaux gériatologiques. Pour une personne en perte d'autonomie, les intervenants (médecin, kinésithérapeute, infirmière...) coordonnent leurs interventions par des rencontres fréquentes. Ces réunions favorisent la cohérence de la prise en charge de la personne âgée sans réaliser de doublons.

Le nombre d'**aidants familiaux** augmente, et, la reconnaissance d'un statut permettrait de faciliter les conditions de vie de ces personnes.

Le **recours aux contrats d'assurance** n'est pas une voie totalement écartée par l'association. Mais, elle met un point d'honneur à ce que ce recours soit fortement encadré. De plus, le système de Protection sociale doit apporter une base financière conséquente pour que chaque individu puisse avoir accès à une égalité devant la prise en charge de sa dépendance ou de ses besoins. Le recours à l'assurance privée ne peut se faire qu'en matière d'assurance complémentaire. Là encore, le constat reste très nuancé car le recours à l'assurance privée implique une inégalité de prise en charge. En conséquence, ce recours au privé ne peut qu'accroître les inégalités.

III) Peut-on prendre en charge le risque dépendance ?

La prise en charge du risque « dépendance » a été maintes fois discutée par les politiques afin de trouver une solution à la prise en charge financière des personnes âgées dépendantes les plus démunies.

La création d'une cinquième branche fait donc débat. Plusieurs rapports plaident pour une prise en charge par le secteur privé du risque dépendance. Le rapport du sénateur Vasselle en 2011 proposait des mesures ayant pour but la prise en charge progressive du risque dépendance par les personnes elle-même. Le contexte de déficit structurel des comptes de la Sécurité sociale ainsi que la création du CADES ne permettent pas d'envisager la création d'une cinquième branche dépendance. Dès lors, ce rapport repose sur l'idée qu'il est nécessaire d'avoir recours à l'assurance privée. De même, les contrats d'assurance vie ou les plans épargne retraite devraient également assurer contre le risque dépendance dès leur signature. Ce même rapport propose la création d'un deuxième jour de solidarité nationale pour financer la prise en charge des personnes âgées. Enfin, le taux de la contribution sociale généralisée devrait être le même pour les personnes âgées que pour les actifs.

D'autres rapports préconisent des mesures tout aussi drastiques. Par exemple, les personnes de plus de cinquante ans devront souscrire obligatoirement à un contrat d'assurance autonomie. De plus, la contribution sociale généralisée devrait être étendue à l'ensemble de la population active au lieu d'être supportée par les seuls salariés.

Contre une privatisation du système de prise en charge des personnes âgées, de nombreux acteurs ont essayé de motiver leur opposition. L'assemblée des départements de France estime que l'action sociale doit être financée par un système public. Le recours sur succession n'est pas envisageable dans le sens où il est un facteur de diminution des demandes d'action sociale. Cette situation a déjà été expérimentée avec la prestation spécifique dépendance et l'allocation personnalisée d'autonomie. L'union nationale des

centres communaux d'action sociale milite en faveur d'un regroupement des aides pour les personnes âgées dépendantes et pour les personnes handicapées. Mais dans ce domaine, la collaboration entre les acteurs ainsi que les grilles d'évaluation restent un frein majeur à l'établissement d'une politique d'urgence.

Or, la prise en charge des personnes dépendantes a tout d'une branche de sécurité sociale. En effet, elle dispose d'une caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Celle-ci est financée par un ensemble de taxes et impositions : elle dispose de contributions des caisses, de l'entière des ressources procurées par la contribution de solidarité pour l'autonomie et de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie, de la contribution sociale généralisée à hauteur de 0,1% et des contributions des caisses d'assurance vieillesse. Un budget particulier est directement alloué à la personne âgée dépendante. En conséquence, la dépendance dispose d'un fonds, d'une prestation (APA) qui lui est dévolue ainsi qu'une globalité d'acteur au service des personnes âgées dépendantes. Même si la dépendance ne constitue par officiellement un cinquième risque en Sécurité sociale, elle en a l'allure.

De plus, la création d'un « cinquième risque » favoriserait l'égalité de traitement et la neutralité des prestations. En effet, les Conseil Généraux et les Carsat ne seraient plus les seuls gestionnaires de l'APA. Le montant de la prestation serait calculé en fonction d'un budget national. Les politiques d'action sociale ne seraient donc plus différentes d'un département à un autre ou d'une région à une autre.

En février 2014, le gouvernement Ayraut a révélé le projet de loi du gouvernement qui a pour but de prendre en charge la dépendance des personnes âgées. Ainsi, une taxe de 0,3% est prélevée depuis 2013 sur les pensions des personnes âgées pour financer une augmentation du montant de l'APA. 375 milliards sont directement alloués à cette politique. En matière d'habitation, le premier ministre veut lancer un plan national d'adaptation du logement qui toucherait 80 000 habitats en France. Ce plan vise principalement, d'ici à 2017, à modifier l'habitat de la personne âgée afin qu'elle puisse bénéficier d'un meilleur confort au quotidien. Ce projet donne une place réelle aux aidants en proposant une aide au répit dont le fonds s'élèvera à 80 millions d'euros. Cette aide est un premier pas dans la reconnaissance du rôle des aidants dans la prise en charge de la dépendance des personnes âgées. Cette aide peut aller jusqu'à 500 euros par an ou, encore, elle peut permettre aux aidants de placer la personne dans un établissement dédié aux personnes âgées.

IV) Les métiers de l'aide à domicile, un métier d'avenir ?

Les métiers de l'aide à domicile restent peu attractifs encore aujourd'hui alors que le taux de chômage en France se situe aux alentours de 10%⁹⁶. Ce secteur, notamment en Bretagne repose sur un réseau associatif performant et 64% des établissements d'aide à domicile relevaient du domaine associatif.⁹⁷ Toutefois, les conditions de travail relatives au

⁹⁶ Estimation INSEE, 9,8% de la population active est au chômage au sens du BIT

⁹⁷ Financeurs dans le secteur des métiers de l'aide à domicile, Rennes 19 juin 2013

maintien à domicile restent très dures avec une rémunération peu élevée. Le temps plein est très rarement atteint et les déplacements sont fréquents. De plus, les tâches à réaliser sont fatigantes et contraignantes ce qui engendre un taux d'accidents de travail et de maladie professionnelle accru. Ce domaine est très féminisé alors que la prise en charge de la personne âgée comme la toilette requiert une force importante. Les accidents de travaux sont multipliés par deux et les maladies professionnelles par trois⁹⁸ dans ce secteur. Ce type de travail entraîne des effets sur la santé des actifs comme des troubles musculo-squelettiques, des tendinites à répétition ou des chutes. La profession manque de reconnaissance et n'incite donc pas le retour au travail.

Ce secteur est en perpétuel recrutement. Entre l'année 2000 et l'année 2010, 194 000 emplois ont été créés. Or, entre 2010 et 2020, le secteur devra recruter 317 000 professionnels supplémentaires. En Bretagne, le secteur de l'aide à domicile représente 28 790 actifs et l'action médico-sociale pour les personnes âgées 21 780 actifs. En Bretagne, le secteur sanitaire, social et médico-social constitue 15,8% de l'emploi régional⁹⁹ et le secteur de l'aide à domicile représente le deuxième pôle d'activité.

Toutefois, comme le souligne M. Thomas, directeur du CIAS Ouest Rennes, un effort dans le domaine de la revalorisation et de la reconnaissance du statut d'aide à domicile a été réalisé. Désormais, l'aide à domicile peut bénéficier de formations diplômantes et d'un salaire en adéquation avec ses qualifications. Une convention collective unique a été signée en 2010 afin de donner une protection renforcée du statut d'aide à domicile et de standardiser les pratiques professionnelles des services d'aide à domicile.

IV) Le statut des aidants familiaux

« La vieillesse en tant que destin biologique est une réalité, il n'en reste pas moins que ce destin est vécu de manière variable selon le contexte social : le sens ou le non-sens que revêt la vieillesse au sein d'une société met celle-ci tout entière en question puisqu'à travers elle, se dévoilent le sens et le non-sens de toute la vie antérieure »¹⁰⁰

Les origines de l'aidant familial sont difficiles à déterminer car l'aide apportée aux personnes âgées relevait autrefois des pratiques familiales ou était définie contractuellement lors de la transmission. En conséquence, la prise en charge des personnes âgées à leur domicile était assurée d'une manière ou d'une autre. De plus, le modèle de la femme au foyer favorisait le maintien à domicile des personnes âgées et lui permettait de bénéficier d'une aide constante. Or, l'évolution des mœurs, l'éclatement de la famille, l'entrée dans le monde professionnel des femmes ont contribué à repenser la question du statut des aidants familiaux. Selon la charte européenne sur l'aidant familial, « *l'aidant familial ou l'aidant de fait est la*

⁹⁸ Financeurs dans le secteur des métiers de l'aide à domicile, Rennes 19 juin 2013

⁹⁹ Bourdin V. Gref Bretagne Octobre 2013, p12

¹⁰⁰ Simone de Beauvoir La vieillesse

*personne qui vient en aide à titre non professionnel, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. »*¹⁰¹

Le statut de l'aidant familial n'est que partiellement reconnu. En effet, l'aidant familial peut bénéficier d'un congé de soutien familial ou encore d'un droit au répit (projet de loi en 2014). L'aidant familial peut être rémunéré grâce à l'APA ou aux ressources préexistantes de la personne âgée. Mais, le montant reste faible par rapport aux services rendus. Le collectif inter-associatif d'aide aux aidants familiaux dénonce l'absence de dispositifs prenant en compte la difficulté du statut d'aidant familial. C'est pourquoi, il revendique l'obtention d'un certain nombre de droit fondé sur la solidarité nationale. Ainsi, les aidants familiaux devraient pouvoir bénéficier d'une information constante et renouvelée ainsi que d'une formation dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées. De même, le travail de l'aidant familial est épuisant. Les risques liés à la prise en charge quotidienne d'une personne âgée sont nombreux : « burn out », les troubles musculo-squelettiques, les chutes diverses... Dès lors, un soutien moral et psychologique ainsi qu'une surveillance de la santé de l'aidant familial sont irrémédiablement nécessaires. Le CIAAF préconise également une prise en charge supplétive afin que les aidants familiaux puissent accéder à un droit au répit ou à des moments de détente. En d'autres termes, le statut d'aidant familial est peu reconnu et ce d'autant plus que les financements manquent. Toutefois, les progrès réalisés et les projets de loi en cours laissent à penser que les pouvoirs publics s'inscrivent dans une « politique des petits pas ».

La formation des aidants reste une priorité. En effet, les aidants peuvent bénéficier de programmes leur permettant de les former. Les programmes d'information, d'éducation et de soutien, permettent aux aidants à prendre confiance en soi et en ses connaissances. Au Québec, plusieurs programmes, chaire Desjardin en soins infirmiers, trois types de programme « Devenir aidant, ça s'apprend », « la gestion du stress » ou encore « Prendre soin de moi ». Ces programmes ont été introduits en France. M P Pancrazi a réalisé la première adaptation en France des programmes Nord-Américain afin de corriger les comportements, soulager les fardeaux et approche réaliste des situations.¹⁰²

Un autre objectif est d'amener les aidants familiaux à se reconnaître comme tels. Ceux-ci ont des difficultés à se reconnaître comme un groupe ou à accepter le qualificatif d'aidants. 57% des aidants sont des femmes dont l'âge moyen est de 58 ans.¹⁰³

En Bretagne, une expérience portée par l'ADMR avait pour objet de créer un programme d'aide aux aidants. Les professionnels n'intervenant que la semaine, les aidants, présent les week-ends, la nuit et durant es vacances, ont besoin de sessions d'informations et

¹⁰¹ Charte européenne sur l'aidant familial de la COFACE – <http://coface-eu.org/fr/GT2-COFACE-Handicap/CHARTRE-AIDANT-FAMILIAL/>

¹⁰² Pierre-Marie Charazac apprendre aux aidants (ce) qu'ils savent faire, revue gérontologie et société, n 147 décembre 2013

¹⁰³ Former les aidants : comment ? Pourquoi ? Pour quoi faire ? Florence Lecu, Elodie Jung et Charlotte Lozac'h

de préventions pour pallier toutes les situations. La MSA, la CRAM, les Conseils Généraux ont soutenu financièrement ces ateliers. A DEVELOPPER.

En parallèle, la Carsat a décidé en partenariat avec un clic de Brest dans le Finistère de financer un séjour pour que les aidants et les aidés puissent partir en vacances ensemble.

M.Thomas CIAS Mordelles

Le Cias est une strate qui compose le paysage d'action sociale de proximité ; il comporte plusieurs atouts, celui d'être un établissement public regroupant plusieurs communes ayant une vocation plurielle : la petite enfance, la prise en charge de la dépendance et de la vieillesse.

Le maintien à domicile reste une priorité aujourd'hui. Le CIAS a été créé en 1965, un des premiers en France. Il y a avait une réelle nécessité de créer un établissement pour prendre en charge les personnes âgées.

La professionnalisation des intervenants auprès des personnes âgées : il est nécessaire de définir un référentiel santé. Les compétences de chaque intervenant doivent être définies. L'accent doit porter sur le libre choix de la personne âgée. Lorsque celle-ci rentre dans un établissement, elle en sort très rarement. Ce référentiel santé donne à chacun des aides à domicile un rôle précis. La gestion de la ressource humaine ainsi que la valorisation du métier d'aide à domicile font partie des enjeux majeurs du secteur du maintien à domicile.

Le financement de la pris en charge des personnes âgées : le financement reste l'obstacle majeur pour une réforme de grande ampleur. La recherche constante de nouveaux moyens financiers permet de parler encore une fois du **recours sur succession**. Le recours sur succession est un sujet délicat. Il se justifie d'un côté par le fait que le financement de la dépendance d'une personne âgée ne peut être supporté que par la société. La personne âgée s'est constituée un patrimoine dont elle peut se servir pour payer les soins et les aides dont elle a besoin durant la fin de sa vie.

Des économies peuvent être réalisées par une rationalisation et une restructuration des dépenses publiques. Ainsi, dans les établissements d'accueil, les infirmiers ne travaillent pas la nuit. Lorsqu'un patient rentre d'hospitalisation la nuit, la réintégration se heurte à l'absence d'infirmier. Dès lors, il retourne aux urgences avec une ambulance où il attend dans les services sa réintégration. Cette situation est génératrice de stress et d'anxiété pour le patient d'une part, elle est également très couteuse pour l'hôpital qui utilise des moyens humains et financiers à des situations inadéquates d'autre part. Or, les économies réalisées du côté de l'hôpital pourraient servir à financer une place d'infirmier la nuit. De même, le financement tripartite en établissement est certes pratique pour segmenter les sommes dues par les différents financeurs (Soin CNAM, dépendance Conseil Général/CARSAT, hébergement RAC). Mais, la dépendance ne fait-elle pas partie du soin ?

Les atouts d'un CIAS : En raison des différentes déclinaisons de structures de service à domicile, le bénéficiaire se perd dans la multiplicité des offres d'aides. A souligner que l'usager peut utiliser les services d'un CIAS, d'un CCAS, d'une entreprise privée, d'une entreprise mandataire, d'une association, d'un comité cantonal d'entraide ... Entre les initiatives publiques et les initiatives privées, une question se pose : pourquoi choisir le CIAS ?

Le CIAS, de par sa nature, permet une coordination des services de soins et d'aide à domicile. Il peut réaliser, par le biais de convention, des partenariats avec des associations de bénévoles. En conséquence, le CIAS a des facilités plus grandes à mettre en place et à concrétiser un projet de vie pour la personne âgée. En effet, la coordination des services facilite des interventions plus efficaces et supprime les interventions doublons. En conséquence, l'avantage principal du CIAS est de favoriser les collaborations. Dans d'autres situations, la personne âgée devra s'adresser à une entreprise de service à la personne pour l'aide à domicile et à un SSIAD pour les services de soins infirmiers. Le rôle des associations ou des clubs peut également se superposer. Le CIAS offre la possibilité d'une simplification des démarches et d'une prise en charge globale.

Le rôle de la prévention est un enjeu majeur pour éviter une entrée en établissement trop rapide. Mais, la prévention n'est pas facilement acceptée par les personnes âgées qui pensent que la prévention à 80 ans est dépourvue d'effets.