

LES GROS DOSSIER

PERSONNES ÂGÉES : EXPÉRIENCES RENNAISES

- 7 Isabelle de Boismenu *Vers une explosion de la dépendance ? Pas si sûr*
- 17 Blanche Le Bihan, Arnaud Campéon et Claude Martin *Comment les pays européens prennent en charge la dépendance*
- 19 Bernard Grosbois *Dépendance et perte d'autonomie ne sont pas synonymes*
- 23 Jean Maisondieu *La dépendance n'est pas une maladie*
- 29 Georges Guitton *L'espace Simone de Beauvoir, une voie d'avenir ?*
- 33 Loïc Richard *Jacqueline Calonnec, auxiliaire de vie sociale*
- 37 Loïc Richard *Pour de vrais emplois au service des personnes âgées dépendantes*
- 43 Christine Barbedet *Le rude chemin des « aidants naturels »*
- 47 Gaby Bonnard *Qui s'en occupe ? Qui paie ?*
- 49 François André et Robert Denieul *« Le financement arrive à bout de souffle »*
- 52 Marisol Touraine *Une affaire de solidarité nationale*
- 53 Roselyne Bachelot *« La solidarité, oui ; l'assurance obligatoire, non »*
- 54 Étienne Caniard *« Mutualisons le risque de dépendance »*
- 55 Bernard Spitz *« La dépendance : un risque assurable »*
- 56 Marion Poussier *Les corps invisibles*



PERSONNES ÂGÉES : EXPÉRIENCES RENNAISES





Photo : Richard Volante



Vers une explosion de la dépendance ? Pas si sûr

RÉSUMÉ > *Le vieillissement de la population est un phénomène général dû à l'allongement de la durée de la vie. Il s'ensuit une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes. Chacun s'alarme devant le spectre de la perte d'autonomie. Pourtant, il semble que le risque d'explosion du nombre de personnes dépendantes ne soit pas avéré. Même si les inconnues restent fortes, des études permettent de cerner l'évolution du phénomène sans forcément aboutir au scénario du pire.*



TEXTE > **ISABELLE DE BOISMENU**

Les Français continuent à vieillir sous le double effet de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'avancée en âge des générations du « baby-boom ». Les tranches d'âges plus élevées pèsent désormais d'un poids significatif : nous comptons plus de 5,5 millions de personnes âgées de plus de 75 ans. Chaque année, ce sont 80 000 personnes qui viennent grossir la catégorie des plus 80 ans.

L'espérance de vie progresse avec une longévité française qui reste au-dessus de la moyenne européenne. En 2010, elle était de 84,8 ans pour les femmes et de 78,1 ans pour les hommes. Cette différence entraîne évidemment une sur-représentation féminine qui s'accroît avec l'âge¹.

Notre métropole reste « jeune »

L'agglomération rennaise n'échappe pas à cette tendance puisqu'elle comptait en 2008, près de 25 000 per-

ISABELLE DE BOISMENU est directrice d'études, responsable Habitat et société à l'Audiar (Agence d'urbanisme et de développement intercommunal de l'agglomération rennaise)

1. La proportion de femmes parmi les personnes de plus de 60 ans est de 59 %, de 63 % à 80 ans, de 75 % à 90 ans et 90 % à 100 ans.





Rennes Métropole reste encore bien plus « jeune » que la moyenne française

sonnes âgées de plus de 75 ans. Mais comme sa population ne cesse de croître, Rennes Métropole reste encore bien plus « jeune » que la moyenne française. Les plus 65 ans n'y représentent (en 2008) que 12,8 % de la population contre 16,7 % pour l'ensemble de la population française.

Où habitent les personnes âgées? Contrairement à une idée reçue, elles vivent très majoritairement à domicile². Bien vieillir, c'est rester chez soi le plus longtemps possible. Ce n'est qu'au-delà de 92 ans, que la vie en établissement est majoritaire. C'est une question d'âge, mais aussi de sexe. On constate en effet qu'à âge égal les femmes adoptent la vie en institution beaucoup plus que les hommes. Ainsi à 90 ans, 24 % des hommes y vivent contre 39 % des femmes. La situation matrimoniale joue aussi son rôle : 88 % des femmes et 69 % des hommes en établissement sont célibataires, veufs ou divorcés.

Viellir chez soi : des inégalités

Adapter son logement pour pouvoir vieillir chez soi « en sécurité » répond à un vœu largement partagé. Mais cette adaptation varie selon que l'on est locataire ou propriétaire. Elle varie aussi en fonction du revenu car c'est lui qui détermine la possibilité de prise en charge du maintien à domicile.

Or la disparité des situations individuelle est forte, même si les seniors concentrent une part importante du patrimoine : si près de 58 % de Français sont propriétaires, ce taux atteint 74 % pour les retraités (plus de 65 ans). Il atteint même 77 % pour cette tranche d'âge à Rennes Métropole.

Quant au niveau de revenu des retraités, non seulement leurs pensions évoluent à la baisse, mais les générations de nouveaux retraités ont connu des discontinuités dans l'emploi avec des périodes de chômage ou de temps partiel. La représentation des personnes âgées solvabilisées par la retraite et l'épargne, propriétaires de leur logement et à l'abri du besoin est largement remise en cause. Certains experts parlent de la fin de « la parenthèse heureuse »³.

Les plus de 80 ans vont quadrupler

Combien serons-nous de Rennais dans vingt ou trente ans? Comment se répartirons-nous entre actifs et retraités, entre vieux et jeunes? Les enjeux liés au vieillissement incitent à se doter de projections démographiques

pour répondre à ces questions. Les projections de l'Insee sur les pays bretons⁴ montrent que le dynamisme démographique du pays de Rennes se confirme et s'amplifie même.

L'arrivée en âge élevé de la génération du baby-boom et l'allongement de l'espérance de vie vont conduire à une hausse sensible du nombre de personnes âgées. La population des 80 ans et plus, du pays de Rennes, serait ainsi multipliée par 3,8 entre 2000 et 2040, pour atteindre plus de 33 600 personnes. Quant à la population des 90 ans et plus elle serait multipliée par 7,6 sur la même période, pour atteindre plus de 10 000 personnes en 2040.

Variation de population du Pays de Rennes à l'horizon 2040

	2 020	2 030	2 040
0 à 9 ans	58 914	60 797	63 420
10 à 19 ans	60 401	68 577	69 506
20 à 29 ans	91 600	98 911	100 762
30 à 39 ans	68 609	68 006	72 993
40 à 49 ans	63 066	66 482	65 921
50 à 59 ans	60 828	58 600	61 886
60 à 69 ans	50 349	52 932	51 577
70 à 79 ans	34 698	44 584	47 681
80 à 89 ans	19 583	25 690	33 621
90 ans et plus	4 892	6 487	10 107
Total	520 000	551 037	577 535

Source : Insee, Omphale 2010 - Audkar

Non seulement les pensions évoluent à la baisse, mais les générations de nouveaux retraités ont connu des discontinuités dans l'emploi.

2. L'âge médian dans les établissements est de 86,4 ans contre 84,1 ans à domicile.

3. cf. Murielle Boulmier, rapport sur « L'adaptation de l'habitat au défi démographique »

4. Insee Bretagne – Tableau de bord des Pays de Bretagne. Projections démographiques. Mars 2011. Les données qui figurent dans l'article sont donc celles du Pays de Rennes qui par approximation peuvent donner une idée assez juste des évolutions attendues pour Rennes Métropole.

Vieillesse n'est pas dépendance

Le vieillissement de la population conduira dans les années à venir à une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes⁵. Mais, à ce stade, il est essentiel d'introduire la notion d'espérance de vie en bonne santé (EVSI), c'est-à-dire sans limitations d'activité ou incapacités majeures. Les progrès médicaux, l'amélioration des conditions de vie et surtout la prévention, conduiront sans doute à retarder l'apparition de la dépendance car toute la question est de savoir quelle sera la qualité de vie de ces années gagnées⁶.

En effet, la durée de la période de dépendance peut avoir des incidences très lourdes. Lorsqu'elle survient, la dépendance a une durée moyenne de 4,4 années (3,7 ans pour les hommes et 4,7 ans pour les femmes). Ces différences s'expliquent notamment par la plus longue espérance de vie des femmes. Pour une faible part de personnes, les épisodes de dépendance peuvent être très longs, occasionnant une dépense totale à la charge de la famille pouvant excéder les 150 000 €, et obligeant les ménages à liquider entièrement leur patrimoine quand ils en possèdent un, ou à priver de longues années durant leurs proches de toute marge de manœuvre financière.

Un octogénaire sur 10 dépendant

Mais, si les prévisions de forte croissance des effectifs « du grand âge » sont avérées, l'évolution de la dépendance des personnes âgées est à relativiser car une immense partie d'entre elles vit en bonne santé. Cela n'empêche pas de tenter de cerner ce phénomène avec plus de précisions. Les inconnues restent fortes, mais des recherches ont été menées permettant de situer les ordres de grandeurs⁷.

Même si l'on ne peut établir de corrélation stricte entre l'âge et la dépendance, sa prévalence est largement liée au vieillissement : entre 60 à 79 ans, la dépendance ne concerne que 2,7 % des personnes, dans la décennie des 80 et ans, elle est de 11,2 %, en revanche, elle est de 42 % chez les personnes âgées de plus de 90 ans. Ces seuils devraient encore évoluer : ainsi, l'âge moyen d'entrée dans la dépendance devrait fortement augmenter entre 2000 et 2040, passant de 78 à 82 ans pour les hommes, et de 83 à 88 ans pour les femmes.

Mais, d'autres facteurs que l'âge, peuvent également jouer dans le taux de la dépendance. Ainsi, les femmes

sont tout particulièrement concernées. Plusieurs pathologies invalidantes sont aujourd'hui bien identifiées auxquelles elles sont particulièrement exposées, notamment la maladie d'Alzheimer⁸.

En fonction du niveau d'étude et de la vie active

Le niveau d'étude peut aussi être un critère discriminant, mais dans ce cas avec deux effets opposés sur la probabilité de connaître la dépendance avant de décéder. D'une part, les personnes ayant fait des études ont une espérance de vie plus longue, ce qui augmente la probabilité de connaître la dépendance. D'autre part, elles font face à des niveaux de dépendance plus faibles à âge donné (surtout chez les hommes).

Le statut d'activité constitue un autre marqueur d'inégalités aussi bien sur l'espérance de vie que sur le taux de dépendance. L'effet de la vie active est probablement l'un des moteurs de longévité en bonne santé le plus puissant, même s'il convient de nuancer en fonction du type d'activité. De 35 à 80 ans, le taux de mortalité est trois fois supérieur chez les personnes inactives, quelle que soit la cause de l'inactivité. Cette observation est à rapprocher du taux d'emploi chez les 55-64 ans qui est globalement faible en France (38 % seulement) lorsqu'on les compare à ceux d'autres pays (70 % en Suède, 51 % en Allemagne, 46 % en moyenne dans l'Union européenne).

La distribution du risque de dépendance enfin dépend du niveau socioéconomique. Il existe aussi une plus forte altération de la santé des catégories socioprofes-

L'évolution de la dépendance des personnes âgées est à relativiser car une immense partie d'entre elles vit en bonne santé.

Les personnes ayant fait des études ont une espérance de vie plus longue.

5. La dépendance est définie comme le besoin d'aide des personnes de 60 ans ou plus pour accomplir certains actes essentiels de la vie quotidienne. Elle est liée non seulement à l'état de santé de l'individu, mais aussi à son environnement matériel : une personne âgée se déplaçant difficilement sera très dépendante, voire confinée chez elle, si elle habite en étage dans un immeuble sans ascenseur, mais plus autonome dans le cas contraire.

6. C'est ce qui a incité plusieurs chercheurs, notamment Sullivan dès 1971, à calculer l'EVSI.

7. En particulier l'enquête « Handicap-Incapacité-Dépendance » HID qui visait à établir pour la première fois en France, une estimation du nombre de personnes touchées par les divers types de handicaps – y compris ceux liés à l'âge. Réalisée de 1998 à 2001.

8. La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées progressent inexorablement avec l'âge : à partir de 85 ans, une femme sur 4 et un homme sur 5 sont touchés. Elle touche aujourd'hui en France 860 000 personnes et chaque année ce sont 225 000 nouveaux cas qui se déclarent. Face à ce triple défi scientifique, médical et social, le Président de la République a lancé le 1er février 2008 le plan Alzheimer 2008-2012 doté de moyens spécifiques.





sionnelles les moins favorisées et ces inégalités, loin de se réduire, voire se stabiliser, ont tendance à s'accroître.

Trois scénarios pour l'avenir

Ces divers facteurs, dont les effets sont partiellement contradictoires, vont influencer les évolutions dans les années à venir. Aujourd'hui, la perte d'autonomie touche 1 200 000 personnes âgées en France⁹, et mobilise 24 milliards d'euros d'argent public chaque année¹⁰. D'ici à 2040, ce nombre augmentera sans doute, mais dans des proportions difficiles à évaluer avec précision. Des projections du nombre de personnes dépendantes et de leurs caractéristiques ont néanmoins été effectuées par l'Insee¹¹. Cette modélisation repose sur des hypothèses d'évolution de l'état de santé des personnes âgées.

Trois scénarios contrastés sur l'évolution de la couverture dépendance ont été envisagés :

✓ **Un scénario pessimiste**, suppose que l'espérance de vie sans incapacité progressera moins rapidement que l'espérance de vie totale, c'est-à-dire que l'âge d'apparition de la dépendance se décale moins vite que l'âge du décès, conduisant à une augmentation de la durée de vie en dépendance.

✓ **Un scénario optimiste**, suppose que le rythme de gain d'espérance de vie sans incapacité sera plus rapide que l'espérance de vie totale, c'est-à-dire que l'âge d'apparition de la dépendance est davantage retardé que l'âge du décès.

✓ **Un scénario central**, avec un décalage parallèle entre l'âge d'apparition de la dépendance et l'âge du décès, c'est-à-dire que la durée de vie en dépendance demeure alors stable.

Dans ce schéma, et en retenant l'hypothèse centrale la plus probable, le nombre de personnes dépendantes se situerait en 2030 entre 1,4 et 1,7 million et en 2060 entre 1,85 et 2,7 millions, ce qui reviendrait à une multiplication du nombre de personnes dépendantes par un facteur de 1,6 à 2,3.

Et en Ille-et-Vilaine ?

En extrapolant à partir de ces projections et en les dressant en fonction de la structure des âges, on peut donner une fourchette très grossière du nombre de personnes âgées dépendantes qui pourraient être attendues sur le département d'Ille-et-Vilaine à l'horizon 2030 et 2060. Ces chiffres devraient se situer dans une fourchette

de 18 700 à 22 700 à l'horizon 2030. Et de 24 700 à 36 100 à l'horizon 2060, cela sans prendre en compte l'impact éventuel de changements climatiques qui pourraient générer un afflux de populations nouvelles, lié à des migrations internes à la France et à des migrations externes (cf. scénario prospectifs CESR Bretagne 2009).

Projection des personnes dépendantes au sens APA (Ille et Vilaine)

	2008 (1)	2030	2060
Hypothèse haute	15 381	22 737	36 112
Hypothèse intermédiaire	15 381	20 731	30 702
Hypothèse basse	15 381	18 725	24 743

(*) nombre de bénéficiaire APA au 30 septembre 2008 ; source DREES : enquête CG

Les inégalités, loin de se réduire, voire se stabiliser, ont tendance à s'accroître.

9. L'évaluation du nombre de personnes dépendantes est en réalité une évaluation administrative du nombre de bénéficiaire de l'APA (l'aide personnalisée d'autonomie) source CNSA. Le nombre de personnes dépendantes est donc vraisemblablement plus élevé : cas des non recours (essentiellement pour les plus aisés) ; des difficultés d'accès aux droits (pour les moins aisés, le plus souvent) ; du déni de dépendance, essentiellement pour ceux qui vivent à domicile. (Études et résultats, n° 730, juin 2010, Caractéristiques socio-démographiques et ressources des bénéficiaires et nouveaux bénéficiaires de l'APA, Cl. Debout, DREES).

10. Alors que les prévisions initiales prévoyaient une croissance de l'ordre de 1 % par an du nombre de bénéficiaires de l'APA, leur croissance a toujours été supérieure. Sur la période 2002-2010, le taux de croissance annuel moyen du nombre de bénéficiaires de l'APA a été de +12,8 %. Il convient de souligner que le taux de 12,8 % prend en compte la période 2002-2003 de montée en charge de l'APA ; actuellement le taux annuel moyen oscille autour de 3 %.

11. À l'aide du modèle de microsimulation Destinie

POUR
ALLER
PLUS LOIN

L'adaptation de l'habitat au défi de l'évolution démographique, un chantier d'avenir. Rapport Muriel Boulmier. Octobre 2009

Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées. Rapport du groupe N° 4 juin 2011

Prévention de la dépendance des personnes âgées. Rapport André Trillard. juin 2011

La dépendance des personnes âgées, une projection en 2040. Michel Duée, Cyril Rebillard. Insee 2006

Aides sociales à l'insertion et aux personnes âgées. Les situations contrastées des départements. Michèle Mansuy, sous-direction Observation de la solidarité, Drees, Stève Lacroix, division Statistiques régionales, locales et urbaines, Insee. Insee première. N° 1346 - avril 2011.

Où résident les personnes de plus de 60 ans ? Insee. Octant n° 90 - juin 2002





ARNAUD CAMPÉON est docteur en sociologie et ingénieur de recherche à l'École des hautes études en santé publique



BLANCHE LE BIHAN est docteur en science politique, enseignant et chercheur à l'École des hautes études en santé publique et chercheur au Centre de recherche sur l'action politique en Europe (CRAPE/UMR6051)



CLAUDE MARTIN est docteur en sociologie, directeur de recherche au CNRS et directeur du Centre de recherche sur l'action politique en Europe (CRAPE/UMR 6051)

Comment les pays européens prennent en charge la dépendance

RÉSUMÉ > *Tous les pays d'Europe sont confrontés à la question de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Comment les familles parviennent-elles à concilier leurs obligations quotidiennes avec l'accompagnement d'un parent âgé dépendant ? Sur quels dispositifs publics peuvent-elles s'appuyer. Autant de questions auxquelles cet article se propose de répondre, en présentant les principaux résultats d'une recherche comparative menée dans différents pays européens¹.*



TEXTE > **BLANCHE LE BIHAN, ARNAUD CAMPÉON et CLAUDE MARTIN**

1. LA PRESTATION EN ARGENT SE GÉNÉRALISE

Dans la plupart des pays d'Europe, des dispositifs se sont mis en place pour répondre aux besoins d'aide des personnes âgées et de leur famille. Dans les années 1970-1980, le soutien des pouvoirs publics s'est d'abord traduit par une offre de services destinée à accueillir les personnes âgées en perte d'autonomie dans des institutions adaptées ou de leur permettre de rester vivre à leur domicile.

Ce principe d'une aide « en services » constitue la base de la politique menée dans des pays comme les Pays-Bas et la Suède, représentatifs du modèle « social-

1. Cette recherche comparative menée dans plusieurs pays, constitue une partie d'un programme blanc de l'Agence nationale pour la recherche (ANR) (programme de 3 ans, 2006-2009), intitulé *WO*rkers *U*nder *P*ressure and *S*ocial *C*are (WOUUPS). Elle a également été financée par la MIRE/DREES du ministère des Affaires sociales. Elle s'intéresse notamment aux « travailleurs sous pression » qui ont une activité professionnelle et ont la charge de parents âgés en perte d'autonomie.





démocrate » de protection sociale (Esping-Andersen, 1990, 1999; Le Bihan et Martin, 2010).

Famille ou institution ?

Ce modèle d'État providence est caractérisé par l'accès universel pour toute personne âgée dépendante à une prise en charge en institution ou à domicile. La logique qui prévaut est celle de la « défamilialisation » du *care*² : l'aide apportée est avant tout publique et l'intervention de la famille est conçue comme complémentaire à cette intervention publique universelle et première.

Il existe à l'inverse des pays de tradition « familialiste » – comme l'Italie – où l'accompagnement de ces personnes relève avant tout de la solidarité intergénérationnelle, les dispositifs publics restant alors marginaux.

Il faut aussi mentionner le cas de l'Allemagne, pays défini comme « corporatiste », où une assurance dépendance a été mise en place en 1994, pour répondre aux besoins des personnes âgées et de leurs familles.

Partout, la réduction des coûts

Cette typologie des modèles (Le Bihan et Martin, 2010) permet de comparer les systèmes et de comprendre la place accordée à la famille par rapport à celle des institutions. Mais elle ne tient pas compte des évolutions récentes, liées aux contraintes budgétaires et à l'augmentation du besoin d'aide des familles.

Selon une logique de réduction des coûts, dans la plupart des pays, la politique en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie propose aujourd'hui des prestations monétaires. En Italie, en France, en Autriche, en Allemagne, mais aussi dans des pays où l'attribution d'une aide en services prévalait jusque-là (Pays-Bas ou Suède), les gouvernements ont choisi de créer des prestations monétaires versées aux personnes âgées en perte d'autonomie, en réponse à leur besoin d'aide.

L'argument avancé pour justifier ces mesures est celui du « libre choix » que facilite le *cash* pour les familles. Il s'agit en effet de donner aux familles la liberté de s'organiser elles-mêmes et de mettre en place « l'arrangement de *care* » le plus adapté aux besoins de leur(s) parent(s) âgé(s), en mobilisant les ressources nécessaires, professionnelles ou non professionnelles, rémunérées ou non rémunérées.

Interventionnisme public

C'est ce vers quoi tendent les politiques de prise en charge en Europe. Du coup, la situation devient plus complexe et le « choix » laissé aux familles plus ambigu. Ces dispositifs obéissent à des logiques différentes et par là même n'accordent pas la même place à l'intervention des pouvoirs publics et des familles (Da Roit, Le Bihan, 2010). Dans un pays comme l'Italie, mais également la France et l'Allemagne, où le soutien public était jusque-là très faible, ces prestations traduisent un certain d'interventionnisme public.

À l'inverse, aux Pays-Bas, où l'aide aux personnes âgées relevait avant tout de l'État, elles s'apparentent à un renforcement du rôle de la personne âgée bénéficiaire de la prestation, et de sa famille, directement impliquée dans l'organisation de l'accompagnement de la personne âgée.

Les principes de financement diffèrent également d'un pays à l'autre : en Allemagne par exemple, le dispositif repose sur une assurance de soin longue durée, rendue obligatoire et financée par des contributions sociales. En France, en Italie ou encore en Suède, les prestations sont, en revanche, financées en grande partie par l'impôt, au niveau national et/ou local.

Le cas français et néerlandais

Le calcul du montant de la prestation est un autre élément de variation. Deux groupes de pays peuvent ainsi être distingués. Aux Pays-Bas et en France, le montant de la prestation est ajusté au panier de services défini par les professionnels en fonction des besoins de la personne âgée. À niveaux de dépendance identiques, une personne isolée n'a en effet pas les mêmes besoins qu'une personne qui vit avec son conjoint ou à proximité de sa famille.

Par ailleurs dans ce premier groupe de pays, le niveau de revenu est également pris en compte dans le calcul du montant de la prestation. La logique est donc explicitement celle du co-paiement³.

À l'inverse, en Italie et en Allemagne, la prestation correspond à une somme forfaitaire (un montant unique en Italie, trois montants correspondant à différents ni-

2. Le terme anglais « *care* » renvoie à la fois à l'attention, au soin, à l'aide, à la charge et au souci de l'autre. Il est donc difficile à traduire en français et nous conserverons sa forme anglaise dans le texte.

3. En France, la logique du co-paiement intervient au dessus d'un certain seuil de revenu (677€ environ en 2010) selon le principe du ticket modérateur.

Dans des pays de tradition familialiste, comme l'Italie, l'accompagnement relève avant tout de la solidarité intergénérationnelle.

Les principes de financement diffèrent d'un pays à l'autre.

veaux de besoin en Allemagne). L'utilisateur n'est donc pas sollicité sur le plan financier, ou du moins pas explicitement. En effet, cela ne signifie pas pour autant que l'ensemble des besoins est couvert par la prestation publique. Le montant de 480 € en Italie, est de toute façon insuffisant et la famille implicitement sollicitée.

Italie et Allemagne : pas de contrôle

Enfin, un dernier élément distingue ces mêmes groupes de pays : l'utilisation de la prestation versée. Aux Pays-Bas et en France, elle est versée pour financer un plan d'aide précis et son usage est ensuite contrôlé. À l'inverse, en Italie ou en Allemagne, la prestation peut être utilisée librement. Elle est considérée comme un revenu supplémentaire pour la famille et intégré au budget des dépenses. C'est là une différence déterminante qui peut notamment expliquer l'émergence d'un marché noir du *care* dans des pays comme l'Allemagne ou l'Italie.

Si ces différentes options traduisent différentes sortes de prise en charge, on constate dans l'ensemble des pays européens un investissement important des familles, en tant que coordonnatrices des actions mises en œuvre grâce aux prestations monétaires.

2. LA DIFFICULTÉ DES AIDANTS FAMILIAUX

L'investissement auprès d'un parent âgé exige de se dégager du temps ou de prendre certaines décisions pour gérer au mieux l'accompagnement de ses parents (ou de ses beaux-parents) : il faut gérer le quotidien dans sa dimension la plus matérielle (le ménage, les courses, les repas) mais il faut également pouvoir assumer moralement et psychologiquement cette organisation en sachant anticiper certaines évolutions ou en sachant réagir rapidement en situation de crise, soit autant de tâches qui ne sont généralement pas sans répercussion pour l'aidant familial, comme pour ses proches.

Travailler pour tisser des liens

Sur le plan professionnel tout d'abord, notre recherche montre que dans l'ensemble des pays étudiés, les aidants interrogés accordent une place importante à leur activité professionnelle. Outre l'indépendance financière

qu'elle procure, travailler leur confère une identité sociale, voire une protection par rapport au surinvestissement dans les tâches *care*. C'est « un autre monde », « un univers à part », dans lequel l'aidant peut exister indépendamment de son rôle d'aidant.

Travailler permet en effet de se tisser un réseau social et amical, d'échanger avec les collègues sur d'autres sujets que les problèmes de la vie quotidienne ou même de demander conseil. L'activité professionnelle est même présentée comme indispensable pour faire face à cette responsabilité d'aidant de son parent âgé. Elle constitue un point d'équilibre permettant à ces individus, parfois très lourdement impliqués dans les tâches de soin, de se ressourcer et de tenir.

Un quotidien perturbé

Mais cet attachement au travail exprimé par les aidants ne signifie pas que l'investissement dans cette relation de soin n'a aucune conséquence. Bien au contraire, leur quotidien est souvent perturbé et le rythme de vie qu'impose la nécessité de faire face aux différentes obligations entraîne un certain nombre de difficultés comme le manque de concentration, de disponibilité et de réactivité au travail ou encore la nécessité d'aménager ses horaires ou de prendre des jours de congé, voire des arrêts maladie, pour faire face à une situation d'urgence par exemple.

Il existe ainsi dans certains pays des congés, rémunérés ou non, permettant aux aidants de s'absenter de leur lieu de travail pour s'occuper d'un parent âgé en perte d'autonomie. Le système italien, où les aidants peuvent prendre 3 jours de congés par mois pour s'occuper de leur proche semblent particulièrement adaptés à la demande des aidants.

L'analyse des entretiens menés dans les différents pays montre que la vie familiale de ces aidants est également touchée par ce travail d'accompagnement et de soin. Et pour cause, le fait d'être aidant peut se traduire par des absences répétées, un manque de disponibilité ou encore par des désaccords au sein de la famille. En cas de fratries composées d'au moins deux enfants par exemple, il faut déjà réussir à s'entendre sur la personne qui aura la responsabilité de l'accompagnement, mais également sur la répartition des tâches ou encore sur les choix à faire.

On constate dans l'ensemble des pays européens un investissement important des familles, en tant que coordonnatrices des actions mises en œuvre grâce aux prestations monétaires.

Dans certains pays, des congés rémunérés ou non permettent aux aidants de s'absenter de leur lieu de travail pour s'occuper d'un parent âgé en perte d'autonomie.





À concilier avec les jeunes enfants

Il arrive ainsi que les points de vue divergent quant aux décisions à prendre et contrarient considérablement l'organisation de la vie quotidienne du parent âgé. Au sein même de sa propre cellule familiale, il faut aussi savoir négocier puisque prendre en charge son parent exige une disponibilité et un investissement dont on ne dispose plus pour d'autres sphères de la vie. Et cela pose particulièrement problème lorsque les aidants ont de jeunes enfants qui demandent du temps et de l'attention.

Dans la mesure où les hommes et les femmes que nous avons rencontrés prennent rarement sur leur temps de travail pour s'occuper de leurs parents âgés, c'est donc ce temps familial (le matin et/ou le soir ; le week-end, etc.) qui est souvent sacrifié. La conciliation est d'ailleurs rendue encore plus pesante lorsque les parents âgés vivent avec l'aidant et son conjoint, puisqu'il peut devenir difficile pour le couple de conserver son intimité ou même de se préserver des moments de tranquillité.

Fatigue, stress, oubli de soi

De toutes les dimensions de la vie quotidienne des personnes rencontrées, c'est la vie personnelle qui est la plus touchée. Loisirs, vacances, temps personnel, etc., sont de plus en plus réduits. Le problème est certes un problème de temps, mais pas uniquement.

Pour certains aidants fortement investis dans les tâches de care, il arrive ainsi qu'ils perdent toute velléité de détente et d'entretien de soi, tout simplement parce qu'ils n'ont plus la tête à ça. La fatigue et le stress s'accumulant, ils ne sont plus disponibles pour se consacrer à d'autres activités, aussi significatives qu'elles aient été pour eux. L'organisation des vacances devient compliquée ; il faut contacter les frères et sœurs pour leur demander de prendre le relais, solliciter les voisins ou les amis, être joignable, ne pas partir trop loin ou trop longtemps... C'est toute une liberté d'action et une autonomie de vie qui peuvent être menacées. Les relations sociales sont elles aussi progressivement réduites. Toutes les personnes rencontrées soulignent cette impossibilité de conserver une vie sociale. D'abord parce que le temps manque, ensuite parce que la fatigue gagne et que les sorties de loisir passent vite au second plan.

Dans les périodes de crise, les situations sont si difficiles à gérer que l'aidant ne pense plus qu'à son parent. Il n'a

plus le temps, ni le loisir, d'être disponible pour autre chose. Les personnes qui vivent seules et n'ont pas de famille sont de fait particulièrement exposées au danger d'une absorption complète dans les tâches de care, au point parfois, de tomber malade et de finir par s'oublier eux-mêmes.

3 - POUR CONCLURE

Dans les six pays étudiés, des politiques se développent et des dispositifs se mettent en place pour aider les familles à faire face à la perte d'autonomie de leur(s) parent(s) âgé(s). Ciblés sur le besoin d'aide des personnes âgées dans leur vie quotidienne, ces dispositifs mobilisent de plus en plus une grande diversité de ressources disponibles. Pour autant, ils ne simplifient pas toujours la vie des aidants qui deviennent, dans bien des cas et quelles que soient les configurations nationales, les principaux coordonnateurs des différentes aides professionnelles ou informelles mobilisées dans le cadre des arrangements de *care*.

L'analyse des entretiens menés auprès des familles dans les six pays le confirme. Les arrangements de *care* apparaissent partout comme la combinaison de différentes ressources, professionnelles et informelles, de la part des aidants familiaux. Ceux-ci font au mieux pour concilier leurs obligations de *care* vis-à-vis de leur(s) parent(s) âgé(s), de leurs enfants, de leurs conjoints, tout en tâchant de préserver leur activité professionnelle.

C'est pourquoi il semble primordial de faire de ces enjeux de conciliation ou d'articulation entre vie professionnelle et responsabilités de *care* d'un parent en perte d'autonomie un objectif central de la définition des politiques de soin de longue durée. À l'avenir en effet, la qualité des prises en charge dépendra étroitement de la manière dont ces aidants seront soutenus et épaulés par les pouvoirs publics.

C'est donc le temps familial qui est souvent sacrifié.

Toutes les personnes rencontrées soulignent l'impossibilité de conserver une vie sociale. D'abord parce que le temps manque, ensuite parce que la fatigue gagne.

POUR
ALLER
PLUS LOIN

Burau V., Theobald H., Blank R.H., 2007, *Governing Home Care. A Cross-National Comparison*. Cheltenham, Edward Elgar.

Da Roit B. et Le Bihan B., (2010), "Similar and Yet So Different: Cash for Care in six European Countries' Long Term Care Policies", *Milbank Quarterly*, vol. 88, n° 3, 2010, pp. 286-309.

Esping-Andersen G. (1999), *Les trois mondes de l'État-providence*. Paris, PUF (1^{ère} édition chez Polity Press, 1990).

Le Bihan B., Martin C. (2010), « Quelles politiques pour la dépendance en Europe ? », dans La dépendance des personnes âgées : quelle réforme ?, *Regards sur l'actualité*, n° 66, La documentation française, décembre 2010, p. 61-73.





L'autonomie se définit par la capacité à se gouverner soi-même de façon libre et éclairée.

Dépendance et perte d'autonomie ne sont pas synonymes

RÉSUMÉ > *Les causes de dépendance sont variées, mêlant des facteurs médicaux, psychiques et sociaux. Ses conséquences concernent la personne âgée mais aussi son entourage et les acteurs médicosociaux. Une étape essentielle de la prise en charge du patient âgé consiste à évaluer sa dépendance. C'est cette évaluation qui permet de mettre en œuvre une aide sanitaire et sociale.*



TEXTE > **BERNARD GROSBOS, NOLWENN DELARUE ET GWENAËLLE SOST**

Des définitions nécessaires

Il ne faut pas confondre perte d'autonomie et dépendance. Ainsi, tout sujet peut être à la fois dépendant et autonome. La dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer, sans aide humaine, les activités de la vie courante, qu'elles soient physiques, psychiques. Dans ce cas, on peut parler de « perte d'indépendance fonctionnelle » mais pas de « perte d'autonomie » qui est ici un abus de langage. En effet, l'autonomie se définit par la capacité à se gouverner soi-même de façon libre et éclairée. Elle exige des capacités de jugement. Elle est la base des discussions autour de la protection sociale ou juridique.

L'Organisation Mondiale de la Santé distingue trois dimensions de maladies : la déficience, l'incapacité et le handicap.

- *La déficience* correspond à une anomalie, durable ou transitoire, d'un organe, d'un appareil ou d'un système. Elle peut être sans conséquence pathologique, mais, le plus souvent, elle est symptomatique et entraîne une



Le professeur BERNARD GROSBOS, chef du service de gériatrie du CHU de Rennes. Et les docteurs NOLWENN DELARUE et GWENAËLLE SOST, appartenant au même service.





Les hospitalisations en urgence à l'occasion d'une pathologie aiguë sont des situations néfastes pour le patient âgé, surtout si elles sont prolongées, car elles aggravent souvent la perte d'indépendance.

perte de fonction anatomique, physiologique ou psychologique.

- **L'incapacité** est une des conséquences de la déficience. Elle en est l'expression en terme de fonction ou de performance. Il s'agit de la réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité dans les limites considérées comme normales pour un être humain.

- **Le handicap** représente les conséquences sociales, ou désavantages, résultant de la déficience ou de l'incapacité limitant ou interdisant l'accomplissement d'un rôle social auquel la personne peut aspirer ou que la société attend d'elle. Il est proportionnel aux ressources matérielles et sociales disponibles pour pallier l'incapacité.

Des pathologies multiples

La dépendance peut être induite ou accentuée par toutes sortes de pathologies aiguës ou chroniques. L'âge seul n'est pas un facteur de dépendance. Principales pathologies responsables de dépendance chez le sujet âgé : les pathologies neurologiques (Alzheimer et maladies apparentées, Parkinson, accidents vasculaires cérébraux), les pathologies ostéo-articulaires (arthrose diffuse invalidante, rhumatisme inflammatoire chronique, algodystrophie, fibromyalgie), les pathologies cardio-respiratoires (insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire chronique, artériopathie sévère), les déficiences neurosensorielles (surdité non appareillée, dégénérescence maculaire liée à l'âge, rétinopathie diabétique, cataracte, glaucome chronique).

Certains syndromes gériatriques peuvent être également impliqués, comme la dénutrition, l'incontinence, les troubles de la marche et de l'équilibre, les plaies chroniques, la dépression ou autres maladies psychiatriques chroniques.

Des conséquences

Les hospitalisations en urgence à l'occasion d'une pathologie aiguë sont des situations néfastes pour le patient âgé, surtout si elles sont prolongées, car elles aggravent souvent la perte d'indépendance. Parfois, l'entrée définitive en institution est décidée à l'issue d'une hospitalisation. Non préparée et non désirée, elle peut avoir des conséquences psychologiques importantes, elles-mêmes sources de dépendance.

Lorsque le maintien à domicile est envisagé, la perte

fonctionnelle implique la mise en place d'aides humaines apportées par les enfants ou des professionnels. Ces aides peuvent être plus ou moins bien acceptées par la personne qui peut les considérer comme une gêne, une intrusion dans leur vie intime, voire un danger.

Pour d'autres, au contraire, la dépendance réactive certains comportements infantiles et est source de bénéfices secondaires. Enfin, le risque de maltraitance, venant des aidants familiaux ou professionnels, n'est pas nul et doit être repéré.

La dépendance impacte également l'entourage de la personne âgée, que ce soit les enfants ou le conjoint. Il peut exister une modification du regard, une inversion des rapports parents-enfants, une culpabilité source d'un surinvestissement, voire un désinvestissement total.

Comment prévenir la dépendance ?

Les axes de prévention de la dépendance sont les règles hygiéno-diététiques reconnues comme bénéfiques pour un vieillissement réussi, le respect des vaccinations usuelles, le dépistage précoce des pathologies néoplasiques (tumeur ou cancer) et la prise en charge précoce des pathologies sources de dépendance (cardiovasculaires et neurologiques).

L'exercice physique apparaît comme primordial dans le maintien de l'indépendance motrice, avec une action positive sur la fonction cardiovasculaire, sur la fonction musculaire. Elle a aussi des effets bénéfiques sur la prévention des troubles de la marche et de l'équilibre, des chutes et des fractures. Une alimentation régulière et équilibrée suivant les règles du Programme National Nutrition Santé est recommandée. Ainsi qu'une surveillance précoce des déficiences sensorielles, à cause de leur retentissement social important. Enfin, il faut encourager toute stimulation intellectuelle, les activités de loisirs et les contacts sociaux, afin de limiter l'isolement pouvant être source de fragilité psychologique et de perte d'autonomie.

Comment évalue-t-on la dépendance ?

L'évaluation de la perte d'indépendance permet de réfléchir à la mise en place d'aides ou de soutien. Il s'agit de déterminer les actes de la vie quotidienne que la personne âgée peut réaliser seule sans aide humaine, mais également ceux nécessitant l'aide d'un tiers. Pour cela,

plusieurs outils d'évaluation, simples et validés, sont utilisés. Voici les plus courants :

Concernant les activités de base de la vie quotidienne : toilette, habillage, déplacements, continence, alimentation, aller aux toilettes, c'est l'échelle des ADL (Activities of Daily Living) de Katz qui fait référence. Sont considérées comme dépendantes, les personnes qui le sont pour l'une des six activités ci-dessus.

Parallèlement aux ADL, on peut évaluer les activités plus complexes de la vie quotidienne, dites instrumentales : utiliser le téléphone, gérer un traitement médicamenteux, prendre les transports en commun, gérer un budget, préparer un repas, faire les courses, laver le linge, faire le ménage. Pour cela, l'échelle IADL (Instrumental ADL) de Lawton qui est la plus utilisée. Elle permet le dépistage de troubles cognitifs débutants.

Enfin, la grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources) permet l'évaluation du degré de dépendance d'une personne âgée et son classement dans l'une des six catégories dites « GIR ». Dix variables sont étudiées : cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, continence, transferts, déplacements intérieurs, déplacements extérieurs, communication. L'évaluation par cette grille AGGIR aboutit à l'attribution de l'Allocation personnalisée à l'autonomie (APA) pour les personnes les plus dépendantes (GIR 1 à 4).

Prise en charge de la dépendance

L'évaluation de la dépendance doit aboutir à la mise en place d'un plan d'aide en sortie d'hospitalisation, ou par le médecin traitant confronté à une perte d'indépendance à domicile.

Ce plan d'aide comporte un volet sanitaire avec la prise en charge médicale et paramédicale assumée par l'assurance maladie (à 100 % pour les pathologies relevant souvent d'une Affection longue durée). Le volet social lui, est pris en charge par le conseil général par le biais de l'APA.

La mise en place d'aides humaines professionnelles (aide à domicile, aide soignante, IDE, kinésithérapeute) ou d'aides techniques (matériels médicalisés, aménagements du domicile, téléalarme...) est fonction des besoins de la personne. La coordination du plan d'aide s'articule autour du médecin traitant et du médecin en charge de l'APA.

La famille joue un rôle essentiel et peut prendre une part active à l'aide à la dépendance. Ce n'est cependant pas aux « aidants naturels » (conjoint et enfants) de prendre en charge les soins corporels et il est préférable de laisser ces tâches à des professionnels. La prise en charge sociale fait également partie intégrante du maintien à domicile, les assistantes sociales jouant un rôle primordial dans l'accompagnement des personnes âgées et de leur famille, dans l'obtention des diverses prestations et dans l'accompagnement dans les nombreuses démarches.

Quant la prise en charge au domicile devient difficile, l'entrée en institution s'impose. Cette dernière doit être anticipée et préparée avec la personne âgée. La personne doit pouvoir participer au choix de l'établissement et à l'élaboration de son projet de vie.

L'objectif de cette approche gérontologique pluridisciplinaire est la prise en charge la plus adaptée possible de la personne âgée avec le souci de respecter au maximum ses choix de vie et sa dignité.

L'entrée en institution, quand elle s'impose, doit être anticipée et préparée avec la personne âgée.

POUR ALLER PLUS LOIN

Collège National des Enseignants de Gériatrie. *Autonomie et dépendance chez le sujet âgé. Vieillessement*. Abrégés, modules transversaux. 2^e

édition Masson 2010 ; 64:199-215.

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW et al. *Studies of the aged : the index of ADL : a standardized measure of biological and psychosocial function*. JAMA 1963 ; 185:914-919. Lawton MP, Brody EM. *Assessment of older people : self maintaining and instrumental activities of daily living*. Gerontologist 1969 ; 9:179-186.

Guide de remplissage de la grille nationale AGGIR (décret 2002-821). Journal Officiel de la République Française, 23 août 2008.





JEAN MAISONDIEU, né à Brest en 1939, est médecin psychiatre spécialisé en pédiatrie et en gériatrie. Il a dirigé plusieurs secteurs de psychiatrie en Ile-de-France ainsi qu'à l'hôpital de Bohars (Finistère). Ancien expert auprès de la Cour d'appel de Rennes, il a à son actif environ 200 publications et de nombreuses interventions en tant que formateur dans le domaine des conduites addictives (alcoolisme), de la psychopathologie familiale et de la gérontopsychiatrie (Alzheimer). Il est l'auteur de nombreux ouvrages, notamment *Les thérapies familiales* (PUF), *Les femmes, les hommes, l'alcool* (Payot), *Les Alcooléens*, *La Fabrique des exclus*, *Le Crépuscule de la raison* (Centurion-Bayard)...

La dépendance n'est pas une maladie

RÉSUMÉ > *Pourquoi avons-nous peur des personnes âgées dépendantes ? Parce qu'elles manifestent une dégradation dont nous refusons l'éventualité pour nous-mêmes. Pour cette raison, nous commettons à leur égard un « autruicide », ce meurtre de l'autre. Ceci en totale contradiction avec nos principes de respect absolu de la personne humaine, quelle qu'elle soit.*

TEXTE > **DOCTEUR JEAN MAISONDIEU**



La dépendance est, selon *Le Grand Robert* le « fait pour une personne, d'être sous l'autorité, l'influence de quelqu'un, de dépendre (de quelqu'un ou de quelque chose) ». Dès lors, le problème qu'elle pose est étroitement lié à la question de l'altérité, c'est-à-dire à la façon dont cet être social qu'est l'homme se situe par rapport à l'autre homme.

« Suis-je le gardien de mon frère ? » demandait Caïn, l'auteur du premier fratricide répertorié dans l'histoire de l'humanité. À cette question posée à Dieu, le démocrate contemporain répond : « oui ». Ce qui l'amène notamment à estimer que les majeurs incapables doivent être protégés.

Toute existence est légitime

Qu'il croie au ciel ou qu'il n'y croie pas, notre contemporain pose que tous les hommes sont des semblables, libres, égaux et fraternels. Il en résulte que chaque individu doit être regardé comme une personne dont l'existence est légitime sans qu'il ait besoin de la justifier. Dans son esprit, inestimable, l'être humain est digne du respect le plus absolu : il doit bénéficier d'une considéra-

Chaque individu devrait être regardé comme une personne dont l'existence est légitime sans qu'il ait besoin de la justifier.





tion totale et d'une estime sans discussion. Et ce respect mutuel porté à l'extrême impose beaucoup plus que l'interdit du meurtre.

D'ailleurs, si le législateur sanctionne la mise en danger de la vie d'autrui et la non-assistance à personne en danger, c'est qu'il sait que l'idéal démocratique ne se contente pas d'un chacun pour soi qui, bien que ne s'en prenant pas directement à la vie de l'autre, resterait indifférent à son sort. Et si en instituant le droit à « des moyens convenables d'existence » (cf. la Constitution de 1946), la loi prescrit une solidarité collective, c'est pour que chacun puisse avoir une vie digne quels que soient son état de santé et sa situation. Enfin, des mesures de protection de justice *ad hoc* permettent que toutes ces garanties soient assurées également à celui qui ayant apparemment perdu la faculté de gérer lui-même son existence de façon libre et autonome. À celui qui est obligé de confier plus ou moins complètement, et éventuellement contre son gré, la gouverne de sa vie à une ou plusieurs autres personnes dont il devient dépendant.

Cette hantise de vieillir

Autant de preuves que, en démocratie, non seulement nul ne peut disposer de la vie d'autrui, mais en plus chacun doit accepter l'existence de l'autre sans la moindre réserve et en se souciant de sa qualité. Autant d'arguments pour affirmer que l'appartenance d'un individu à l'humanité ne peut pas se discuter : c'est un droit inné et inaliénable.

Dans un tel contexte, étant assuré du respect de sa personne et de la solidarité de ses contemporains, un sujet présentant un trouble cognitif susceptible de rendre problématique l'usage qu'il pourrait faire de sa liberté déboussolée, ce sujet devrait pouvoir passer la main à un autre qui sans hésiter lui tendrait la sienne afin de lui porter secours sans abuser de sa faiblesse. Il ne devrait ressentir aucun déshonneur et pas davantage d'effroi à l'idée de se retrouver sous la dépendance d'un autre. Lequel de son côté n'aurait aucune raison de se prévaloir de sa disponibilité, pas plus qu'il ne devrait se plaindre de sa mission de protection et encore moins s'y dérober.

Pourtant, nous ne le savons que trop, les choses ne se passent pas comme cela. Chacun redoute la dépendance qui est loin d'être exceptionnelle chez les personnes âgées. La perspective d'être soi-même dépendant et privé de

l'exercice de son libre arbitre induit la crainte de ne plus être regardé avec assez de considération pour être réellement reconnu comme un semblable par les autres. Quant à la perspective d'être assigné à la fonction d'aidant d'une personne âgée dépendante, elle est loin de faire sourire tant la charge qu'elle représente peut être pesante.

La « bonne » dépendance du bébé

La dépendance du petit enfant qui est totale à l'égard de son entourage n'entraîne pas ces réactions négatives. Bien au contraire. Ce petit enfant sans défense et dépourvu d'autonomie bénéficie le plus souvent d'une extraordinaire sollicitude de la part des siens. Ils ne se contentent pas de le protéger et de satisfaire ses besoins du mieux qu'ils peuvent. Affectueux et attentionnés, ils veillent à créer autour de lui un climat assez chaleureux pour qu'il soit heureux de vivre et désireux de s'épanouir. Malgré la fatigue et les sacrifices qu'elle impose, sa dépendance n'est pas pesante. Considérée comme normale, elle ne lui est pas reprochée. Émouvante, elle mobilise puissamment l'altruisme.

Avec la personne âgée dépendante, c'est l'inverse. Prendre soin d'elle renvoie plus au devoir qu'à un élan du cœur. C'est bien rarement l'occasion d'un plaisir partagé. Plus souvent celle de rencontres plus ou moins intrusives pénibles de part et d'autre. Cette dépendance-là n'est pas émouvante, elle est éprouvante. Pire, elle épouvante au point que l'idée que la mort pourrait lui être préférable vient assez facilement à l'esprit. Résultat : il devient difficile de s'investir dans un accompagnement dont on se pose plus ou moins rapidement la question du bien fondé. Horrifiante, la dépendance de la personne âgée incite moins à l'altruisme qu'à l'autruidicide, ce « manque de considération à l'égard d'autrui » (*Le Grand Robert*) avec tous les risques de maltraitance que cela comporte.

Une solitude amère et déprimante

Certes opposer aussi abruptement la dépendance du petit enfant et celle de la personne âgée peut paraître très injuste et passablement choquant, notamment pour des aidants qui se dévouent sans compter auprès de vieillards et qui mesurent jour après jour combien il est douloureux d'être tiraillé entre des sentiments contradictoires

Un sujet présentant un trouble cognitif devrait pouvoir passer la main à un autre qui sans hésiter lui tendrait la sienne afin de lui porter secours sans abuser de sa faiblesse.

Cette dépendance-là n'est pas émouvante, elle est éprouvante. Pire, elle épouvante...



d'amour et de haine, de rejet et d'attrait. Qu'être partagé entre le désir que tout s'arrête et le refus de perdre un être cher est une épreuve d'autant plus terrible que la honte et la culpabilité interdisent d'en parler et condamnent à une solitude amère et déprimante. Mais ce schématisme est nécessaire pour mettre en évidence la différence considérable entre la dépendance de l'enfant allègrement acceptée de part et d'autre et celle du vieillard si douloureuse à assumer de part et d'autre. Et surtout que cette différence tient bien davantage à leurs âges respectifs qu'à leur situation de dépendance.

Si la première est acceptée, c'est qu'elle se situe à l'orée de la vie, qu'elle est temporaire et porteuse de l'es-

poir de se terminer pour le meilleur d'une autonomie assumée. Ce qui rend la seconde difficile à supporter c'est qu'elle n'est guère porteuse d'espoir et qu'elle risque de se terminer par une mort en forme de délivrance malgré le chagrin. Pourtant l'une et l'autre sont également légitimes et justifiables.

Ni malsaine ni pathogène

La dépendance du petit enfant est acceptée de gaité de cœur de part et d'autre et son droit de vivre une existence épanouie ne fait pas l'ombre d'un doute. Se mettre à sa place non pour la lui prendre mais pour lui apprendre à se faire la sienne est presque un jeu... d'enfant.





Le regard porté sur la personne âgée la mortifie et ne lui donne guère envie de lutter, ce qui réduit encore son autonomie et l'enfonce un peu plus dans la dépendance.

La dépendance de la personne âgée est acceptée à contre cœur de part et d'autre. Et si son droit de vivre une existence épanouie n'est pas contesté en revanche sa capacité à y parvenir est trop sérieusement mise en doute de part et d'autre pour être crédible un seul instant. Ni elle ni ceux qui s'occupent d'elle ne désirent occuper sa place. Et c'est ce refus individuel et collectif de voir la situation de dépendance comme une situation acceptable alors même qu'elle est considérée comme légitime en cas de nécessité qui fait une bonne partie du problème.

Il faudrait s'en convaincre, conformément à sa définition, la dépendance n'est pas une maladie ou le symptôme d'une maladie (fut-elle la maladie d'Alzheimer), même si fréquemment elle peut en être la conséquence, et ce n'est pas davantage une tare. C'est une situation et elle doit être appréhendée dans son champ propre qui est celui de l'altérité en tenant compte du fait qu'elle se situe toujours dans le registre interindividuel. Elle n'est ni malsaine ni pathogène par elle-même. C'est évident en ce qui concerne le petit enfant pour qui elle est acceptée comme normale. Ce ne l'est pas lorsqu'elle concerne une personne âgée. Dans ce cas, elle s'accompagne à peu près inexorablement d'un jugement de valeur péjoratif et au-delà des différences objectives qu'il y a entre la charge concrète que représente la dépendance d'un petit enfant et celle d'un vieillard, c'est le regard porté sur eux qui creuse l'écart.

Un regard si peu flatteur

Intéressé et volontiers admiratif en ce qui concerne l'enfant qui va vers l'autonomie, ce regard le vivifie et l'aide précisément à aller vers cette autonomie. Peu flatteur pour la personne âgée qui, elle, est en perte d'autonomie, cette autonomie qu'elle a cultivée pendant des années comme tous ses semblables, le regard porté vers elle, la mortifie et, décourageant, il ne lui donne guère envie de lutter, ce qui réduit encore son autonomie et l'enfonce un peu plus dans sa dépendance au grand dam de tous.

L'idée que cet être particulièrement dépendant qu'est le bébé est une personne est devenue un lieu commun ; en revanche l'idée que le dément demeure une personne à part entière malgré son handicap majeur n'arrive pas à s'imposer. Le transfert à un adulte de la responsabilité

de son existence, l'aliénation de ce bien précieux qu'est son libre arbitre paraît lui retirer sa qualité de personne. Et pourtant, il ne s'agit que d'une atteinte grave voire très grave de ses facultés cognitives. Si elle le place en situation de dépendance, elle ne peut en aucun cas lui faire perdre son humanité et donc sa qualité de personne.

Pas autonomie = pas d'estime

En définitive le droit de la personne âgée à être dépendante est toujours contesté. Contesté par elle-même qui ne supporte pas d'être gardiennée. Contesté par ses semblables qui acceptent difficilement de devoir la garder. Il en est ainsi, parce qu'au lieu d'accepter inconditionnellement l'autre homme comme il en pose le principe, l'homme n'accepte l'autre homme qu'à condition d'avoir de l'estime pour lui. Et l'une des conditions exigées actuellement pour qu'un homme soit digne d'estime, c'est qu'il soit autonome, car dans un monde comme le nôtre où ce n'est plus l'économie qui est au service des hommes mais les hommes qui sont passés au service de l'économie, l'être humain ne compte plus pour ce qu'il est : une personne, mais en fonction de son utilité sociale, c'est-à-dire sa capacité à être un producteur ou un consommateur. Si ce n'est plus le cas, comme lorsqu'il est dépendant, il n'a plus sa place parmi les autres. Il est mort socialement bien que toujours vivant.

Un échec de notre civilisation ?

L'âgisme, ce racisme anti-vieux, sévit dans notre société car non seulement la vieillesse y pose parfois la question de la dépendance, mais en plus elle évoque inéluctablement la mortalité de l'homme. Depuis le début du XXe siècle, on le sait, l'espérance de vie a augmenté largement d'une trentaine d'années et elle continue à s'accroître. Comme c'est essentiellement parce que la mortalité des plus jeunes a diminué, la mort est devenue plus ou moins l'apanage des vieux dans les représentations collectives. Imaginairement, ils paraissent plus mortels que les autres mortels. Inversement et tout aussi imaginairement, la jeunesse qui a la vie devant elle paraît protégée de la mort. Résultat : la vieillesse est mal vue, alors que le culte de la jeunesse bat son plein.

Les sénescents et autres seniors essayent de rester jeunes malgré leur avancée en âge. Moins dans l'espoir fal-

Le racisme anti-vieux sévit dans notre société car non seulement la vieillesse y pose parfois la question de la dépendance, mais en plus elle évoque inéluctablement la mortalité de l'homme.

lacieux d'échapper à la mort (encore que?) que pour se cacher et cacher aux autres leur vieillesse. Ils ont peur que si elle se voit, ils soient rejetés sous prétexte qu'ils ont fait leur temps et qu'ils ne sont plus à leur place dans une société qui ne voulant pas de la mort ne veut pas des vieux qui la rappellent. Comme l'écrivait en 1970 Simone de Beauvoir: « Que pendant les quinze ou vingt dernières années de sa vie un homme ne soit plus qu'un laissé pour compte, cela manifeste l'échec de notre civilisation: cette évidence devrait nous prendre à la gorge, si nous considérions les vieillards comme des hommes, ayant une vie derrière eux, et non comme des cadavres ambulants »¹.

Non seulement on reproche aux personnes âgées dépendantes leur inutilité, mais en plus leur mortalité, sous prétexte qu'elles sont vieilles alors que, et c'est un comble, les jeunes sont aussi mortels qu'elles. Il faut faire cesser ce manque de considération qui est un autruicide.

Victimes d'un « autruicide »

Pour Vladimir Jankélévitch: « l'autre est un autre-que-moi, parce qu'il est relativement le même, parce qu'il est à la fois semblable et différent »². Remarquable de concision et de précision, cette définition permet de percevoir les vraies racines du manque de considération d'autrui et donc le mécanisme de base de l'autruicide, ce refus de l'autre homme.

Être à la fois semblable et différent est un paradoxe. Grâce à la fraternité, ce « lien existant entre les hommes considérés comme membres de la famille humaine » (*Le Grand Robert*), qui lève l'antinomie entre ressemblance et différence et permet leur coalescence, ce paradoxe fait de chaque être humain un sujet dans la mesure où il est unique en son genre (le genre humain) parce qu'il est différent de tous les autres, et qu'il reste en même temps le semblable de chacun d'eux.

Lien insécable puisque c'est un lien d'espèce, le lien de fraternité fonde la responsabilité des hommes les uns par rapport aux autres. Ils ne peuvent le rompre, mais ils peuvent à l'occasion dénier qu'il existe en décrétant qu'autrui n'est pas leur semblable, n'est pas digne de leur considération respectueuse. Du même coup, ils ne le voient que comme un être différent d'eux. Coincé entre sa honte de ne pas être estimé et le mépris des autres qui le baissent en ne l'estimant pas digne d'eux, il n'est plus

digne de respect ni à ses yeux ni aux yeux des autres. Bien qu'il n'ait pas changé en apparence, il n'est plus un autre homme, mais tout autre qu'un homme et glisse hors humanité. L'autruicide est consommé.

Presque un homicide

Dans l'homicide, le meurtre ou le suicide, un être humain est tué, il y a un cadavre. Dans l'autruicide, c'est un autre qui est tué, il n'y a pas de cadavre, c'est seulement (!) la déshumanisation de l'homme par l'homme et la perte de sa dignité de personne.

Le sort réservé aux personnes âgées est symptomatique du fait que l'être humain n'est plus respecté inconditionnellement. Comme si leur respectabilité se mesurait à l'aune de leur utilité sociale et de leur capacité à cacher leur mortalité. Si elles paraissent inutiles ou trop visiblement mortelles - et pire les deux -, elles sont reniées par les autres et tuées socialement avant leur mort, à moins que devançant l'attente de la collectivité qui les poussent à le faire, elles décident de se suicider.

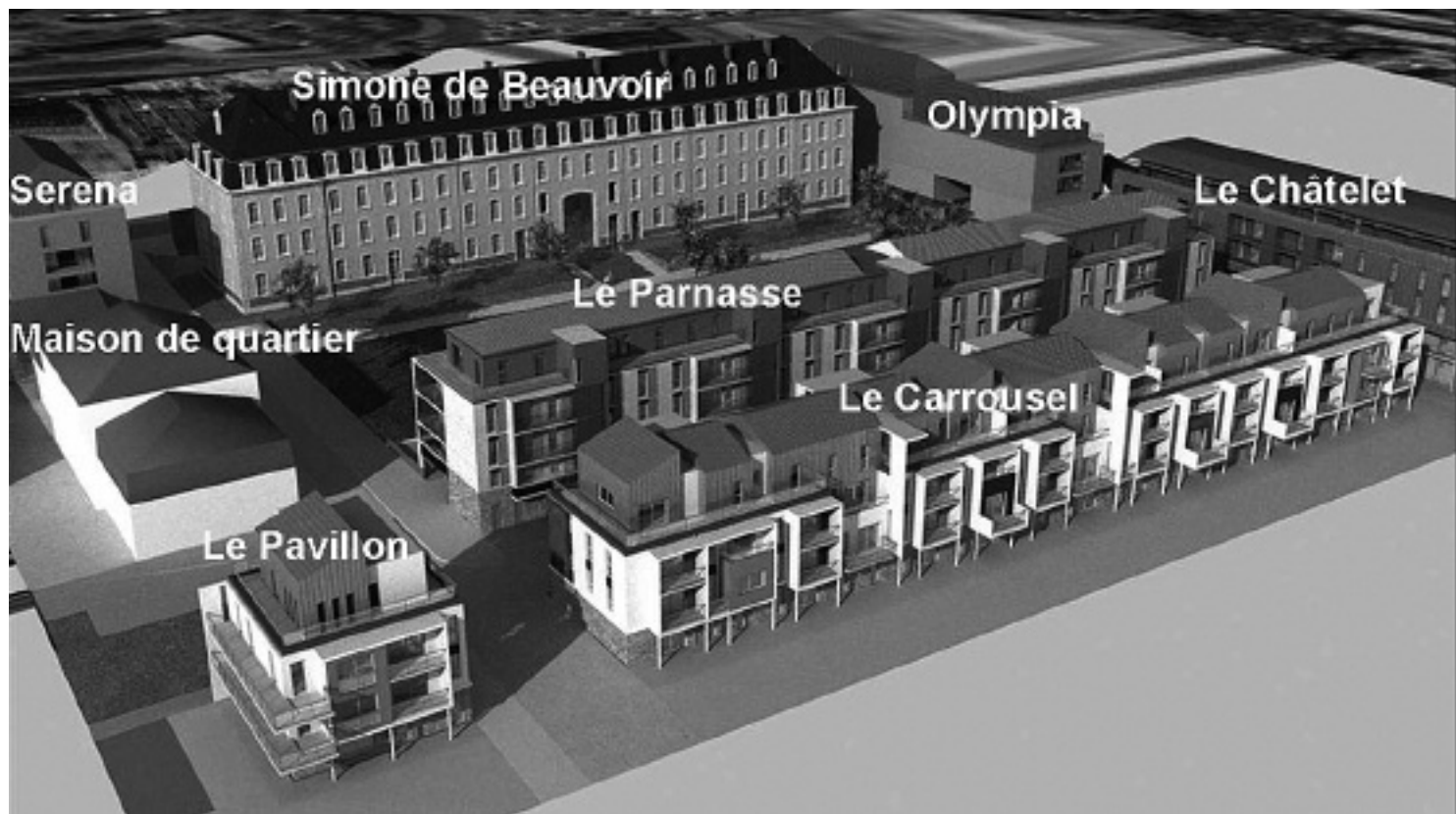
Cain démocrate ne pratique plus guère le fratricide brutal. Plus raffiné que son ancêtre, il utilise l'autruicide hypocrite. Est-ce un progrès?

Le sort réservé aux personnes âgées est symptomatique du fait que l'être humain n'est plus respecté inconditionnellement.

1. Beauvoir S. (de) *La vieillesse*, Paris Gallimard (idées) 1970

2. Jankélévitch V. *Le pur et l'impur*, Paris Flammarion (champs) 1960





L'espace Simone de Beauvoir, une voie d'avenir ?

RÉSUMÉ > *Il existe à Rennes une expérience novatrice de vie en société. Dans le quartier de la Touche, une ancienne caserne transformée en zone d'habitat baptisée Espace Simone de Beauvoir. Son originalité : faire cohabiter dans un même ensemble des gens de tous âges : étudiants, adultes, personnes âgées, en mêlant au maximum les catégories sociales.*

TEXTE > **GEORGES GUITTON**



La mixité ! Cela paraît tout bête d'en faire un plat. Au fond c'est le propre de toute société que d'apparier les individus dans une relative harmonie. Pourtant, il pourrait s'agir ici de la première innovation sociale de ce genre en France. À l'heure où vivre ensemble devient problématique et où l'isolement pointe comme une menace terrible, les acteurs de la ville sont en quête d'un modèle de survie.

C'est pourquoi les politiques ont accouru pour adouber l'aventure prometteuse de « Simone de Beauvoir ». La ministre Roselyne Bachelot en personne a donné la note en s'exclamant lors d'une visite en janvier dernier : « Si l'on veut que le vivre ensemble ait un sens, voici ce qu'il faut faire. » Pas en reste, Martine Aubry proclamait en juin : « ici, c'est un lieu-test, on peut le présenter comme la cité idéale, c'est la vie ! »

De la relation humaine au jour le jour

Tant d'hommages, d'égards et de regards pour flatteurs qu'ils soient peuvent laisser perplexes les habitants du lieu. Pour une raison simple. Eux n'ont pas le senti-

GEORGES GUITTON
est le rédacteur en chef
de *Place Publique*.





Dans la salle du restaurant associatif Fourchette & Cie, Béatrice Chancereul, coordinatrice, et Juvénal Quillet, membre actif du comité des habitants.



Tout se joue dans la relation humaine au jour le jour.

ment de vivre quelque chose d'extraordinaire. Pas plus que le visiteur à l'affût ne trouvera ici du spectaculaire. Tout se joue dans la relation humaine au jour le jour : « Et le projet, nous l'inventons en marchant », admet modestement la coordinatrice Béatrice Chancereul.

Si. Il y a quand même quelque chose à voir : c'est l'architecture. Elle est au fondement même de cette histoire. Forcément, on a joué le mélange. Un bâtiment de l'austère caserne Mac-Mahon réhabilité, la place d'armes transformée en parc public. Tout autour, d'élégants immeubles d'habitation tout neufs. Et surtout, criant symbole, l'enceinte militaire transpercée de toutes parts pour faciliter le libre accès des piétons du quartier. Tout cela aéré, ouvert et presque joyeux.

Une démarche urbanistique

Il faudrait s'étendre ici sur la longue genèse de cette cité au parfum d'utopie. La consultation lancée par la Ville de Rennes et remportée par le groupe Espacill.

Des années de réflexion, de discussion, de chantier. Une inspiration puisée chez de jeunes urbanistes. Un travail pointu mené par les deux architectes François Rénier et Jean-François Golhen. Des partenariats multiples. Au bout du compte, six bâtiments livrés au printemps 2010 avec un projet de vie en commun.

Une charte intergénérationnelle

Au total, 300 habitants vivent aujourd'hui dans 260 logements. Pour comprendre cette savante imbrication une revue de détail s'impose : l'ancienne caserne rénovée constitue la « résidence Simone de Beauvoir » proprement dite. Elle abrite 86 logements sociaux dont un tiers attribués aux plus de 60 ans. Répartis comme suit : sous les toits, 10 logements occupés par des étudiants en formation médico-sociale (IFSI : infirmiers, et IRTS : travail social), au 3^e étage, des familles en T3 et T4. Au 2^e étage, des

1. En association avec le groupe Lamotte

personnes âgées. Précisons que toutes ces personnes ont signé en entrant une « charte de fonctionnement intergénérationnel ».

Au premier étage, 8 logements sont réservés à des personnes sujettes à des troubles psychiques (logements gérés par l'association Espoir 35). Le tout est complété par l'accueil de jour Kerélys pour 10 personnes âgées désorientées et par le restaurant associatif Fourchette & Cie.

La visite se poursuit à travers la zone neuve avec l'immeuble Séréna abritant 17 appartements en accession aidée ainsi que le Pôle petite enfance de la ville de Rennes. Puis l'immeuble Olympia : 17 appartements en locatif aidé, tous adaptés aux personnes à mobilité réduite.

De l'autre côté de la place d'armes, désormais arborée, 4 immeubles : le Parnasse, le Pavillon, le Châtelet, le Carrousel, totalisant 131 logements de belle qualité, en accession libre, du studio au T5. Le quadrilatère se clôt par un bâtiment ancien et rénové abritant la Maison de quartier.

Une réponse innovante contre la solitude

Si le mélange des âges est là, il faut retenir qu'au bout du compte, c'est la vieillesse qui est en ligne de mire. Espacil ne le cache pas : cet ensemble d'habitat composite et dense a pour vocation d'« apporter une réponse innovante à la problématique du vieillissement ». Dit autrement : « la mise en œuvre de ce projet intergénérationnel a pour objectif d'offrir des logements, dans un environnement agréable, en veillant au travers d'une réelle mixité à favoriser et encourager le lien social entre les habitants, et plus particulièrement à lutter contre l'isolement des personnes âgées ».

Pour favoriser le lien social, l'architecture est nécessaire, mais elle ne suffit pas. Pour que ça marche, il faut des facilitateurs de lien. Pour cela Espacil a fait appel à l'association Argo qui gère 17 résidences pour personnes âgées en Bretagne. Ici, à Simone de Beauvoir, l'association propose un accueil de jour pour 10 personnes désorientées et aussi un restaurant associatif intitulé « Fourchette & Cie ». Ce dernier est un peu le centre névralgique du nouveau « vivre ensemble ».

Béatrice, coordinatrice

Poussons la porte transparente du restaurant, situé sous le vaste porche d'entrée de la résidence. Trois personnes, salariées d'Argo s'y trouvent : Lydie et Michel qui

L'accueil de jour Kerélys



À côté de « Fourchette et Cie », fonctionne « l'accueil de jour Kerélys » mis en place par Argo. Cette structure est destinée aux personnes désorientées ou en perte d'autonomie. Dix personnes âgées venant des cantons de Rennes y sont prises en charge une journée par semaine, ce qui fait une cinquantaine durant les cinq jours ouvrables.

« Nous participons totalement au projet intergénérationnel, souligne la responsable du lieu, Nadine Saliot. Nous sommes notamment en lien avec la Maison de quartier, avec la crèche ».

Intérêt de l'accueil de jour : « il permet d'offrir une soupape ou un temps de repos pour les aidants, les familles, en les libérant une journée par semaine. Les personnes sont orientées ici par les médecins ou bien par les conseillers en gérontologie ou le bouche à oreille. Il y a évidemment des aides (sécurité sociale, conseil général), ce qui fait que la charge pour les familles est de 14, 05 € par jour. »

Les personnes arrivent le matin. Trois aides médico-psychologique (AMP), dont Nadine Saliot, s'en occupent : on boit un café, puis on va ensemble acheter le journal et le pain dans le centre commercial situé tout près. De retour, on lit le journal en commentant et en réveillant les mémoires. On prépare la table pour le repas fourni par Fourchette & Cie. Après le déjeuner, ce sont des jeux-mémoire ou des jeux sur table. Et un tas d'activités possibles : sorties en ville pour des expositions, venue d'un accordéoniste, cinéma quand le temps est mauvais, etc.

L'utilité sociale d'un tel service est évidente. « Il contribue au maintien à domicile », explique Nadine Saliot qui ajoute : « nous avons aussi un rôle important d'écoute des gens que nous accueillons ainsi que de conseil auprès de leurs familles. »



« La capacité de parler est devenue spontanée, ici. »

tienne le restaurant avec le souci de proposer un « mieux manger ». Et Béatrice Chancereul qui est la coordinatrice : « pas animatrice », précise-t-elle. Son rôle : « faciliter le bon vieillissement à domicile, empêcher l'isolement des plus fragiles, faire en sorte que tout le monde puisse participer », explique-t-elle. Concrètement, cela veut dire : « être à l'écoute des envies », mettre les gens en contact : par exemple, les mamies avec les enfants pour des séances de conte. Faire le lien avec le quartier...

Le « conseil des habitants »

Béatrice est aussi celle qui informe les résidants des activités proposées, par mail ou affiche. C'est elle qui conduit les réunions du « conseil des habitants ». Ce dernier « se réunit une fois par mois, ici même dans le restaurant. Les gens qui viennent sont volontaires. On fait d'abord le bilan du mois passé, par exemple les sorties accompagnées mise sur pied pour les Tombées de la nuit ». On parle aussi du programme à venir.

« Les intimités sont toujours respectées. »

Présent au côté de Béatrice Chancereul, Juvénal Quillet, un retraité fidèle du conseil des habitants, raconte : « en ce moment, nous avons le projet de réaliser un jardin partagé. Alors, on discute : prévoir de grandes allées pour les handicapés. Mettre la crèche et la maison de quartier dans le coup. Bref, on a la réelle volonté de "faire ensemble" ».

Après la réunion, on se retrouve autour d'un pot. La dernière fois, se souvient la coordinatrice, nous avons fait un buffet avec des plantes ramassées lors d'une sortie botanique, et ce fut une soirée « poésie gourmande » avec un résidant récitant des textes.

Un noyau de 50 personnes

Bien sûr, tout le monde ne participe pas : « Nous tournons avec un noyau de 50 personnes, mais c'est un noyau cohérent qui constitue lui-même une sorte d'interface avec les autres habitants », indique Béatrice. Selon elle, l'échange se produit naturellement entre les gens : « on se donne des coups de main, on demande des nouvelles des uns et des autres ». À en croire Juvénal, « la capacité de parler est devenue spontanée, ici ».

Ce résidant motivé pointe la réussite architecturale : « c'est agréable de vivre ici, c'est intelligent, et efficace en termes de qualité de vie. C'est silencieux et à la fois très ouvert sur le quartier, tout le monde peut venir. En même

temps, il y a un petit côté privatif qui fait que l'on se sent bien chez nous. » Béatrice confirme : « On peut dire qu'ici, chacun ne se retrouve pas dans son coin. C'est bien la conception architecturale qui permet les échanges entre personnes de tout âge et de tout statut social ».

Une petite « communauté »

Le restaurant est devenu le lieu de ralliement de cette population dont la doyenne a 89 ans et le plus jeune, seulement 1 an. « Nous aidons aussi à faire la connexion entre les travailleurs sociaux, les aidants, car eux aussi peuvent souffrir d'isolement, indique la coordinatrice. Nous les avons réunis ici, puis l'habitude s'est prise : ils se retrouvent maintenant une fois par mois pour un repas ».

Ne pas croire pourtant que tout est lisse : « Nous pouvons être confrontés à des problèmes humains très lourds. Dès lors, on met en place des solidarités concrètes. Mais les intimités sont toujours respectées. »

Ce qui se dessine à Simone de Beauvoir, est-ce une communauté? Béatrice Chancereul s'en défend : « le terme est trop connoté. Disons que nous constituons un groupe de personnes animées par des principes solidaires ». Un nouveau mode de voisinage, en quelque sorte. Un paradis? « Surtout pas. Nous ne sommes pas le pays de "Oui-oui". Simplement, nous avons fait le pari des affinités relationnelles et de la démocratie participative. Nous avançons, peu à peu ».

Est-ce un succès? « Une chose est sûre, beaucoup demandent à venir vivre dans cet espace. »

Laissons à Juvénal Quillet le mot de la fin, susurré comme une confidence : « Cela vous étonnera peut-être si je vous dis que des liens d'amitié, d'amitié réelle, se sont créés ici. »

Jacqueline Calonnec, auxiliaire de vie sociale

RÉSUMÉ > *Jacqueline Calonnec est auxiliaire de vie sociale, un titre qu'elle revendique. Elle nous dit pourquoi elle aime ce métier qu'elle a choisi au service des personnes âgées ou fragiles. Toutefois, elle déplore le manque de reconnaissance et la faiblesse de la rémunération.*



PROPOS RECUEILLIS PAR > **LOÏC RICHARD**

« Dans mon travail, je me sens très utile »

PLACE PUBLIQUE > Comment êtes-vous arrivée à ce travail d'« aide à domicile » chez les personnes âgées et/ou personnes fragiles ?

JACQUELINE CALONNEC > C'est un parcours de vie. J'ai 48 ans. Je suis mariée et j'ai trois enfants. Après le bac, j'ai travaillé comme commerciale pendant une quinzaine d'années et j'ai pris ensuite un congé parental pour m'occuper de mes enfants. Arrivée en Ille-et-Vilaine à la suite d'une mutation professionnelle de mon mari, j'ai fait un bilan de compétences et j'ai souhaité m'orienter vers le social. J'ai suivi la formation et obtenu le diplôme du DEAVS (diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale) à l'Institut du travail social de Bretagne (IRTS). Ayant effectué pendant la formation mes stages au CCAS de la ville de Bruz, j'y ai ensuite été recrutée.

PLACE PUBLIQUE > En quoi consiste votre travail ?

JACQUELINE CALONNEC > Je travaille dans un petit service qui comprend huit aides à domicile dont l'activité est de répondre aux besoins des personnes âgées et/ou personnes fragiles habitant la commune de Bruz.

Loïc Richard est membre du comité de rédaction de *Place Publique*.



Jacqueline Calonnec : « Ce qui me passionne, c'est d'aider les personnes âgées dans leur vie quotidienne. »
Photo : Richard Volante



J'ai 48 ans. Je suis mariée et j'ai trois enfants.

Mon travail comporte des aspects très humains, des relations très personnelles.

PLACE PUBLIQUE > Vous aimez votre métier ?

JACQUELINE CALONNEC > Ce qui me passionne, c'est d'aider les personnes âgées dans leur vie quotidienne pour permettre à celles qui le souhaitent de rester chez elles le plus longtemps possible. Je pense qu'il y a un vrai besoin car beaucoup vivent mal une hospitalisation ou un départ en maison de retraite imposé. Les difficultés pour respecter ce choix sont bien sûr d'ordre concret et pratique, mais le plus difficile à maîtriser me semble être pour elles le risque d'ennui et de solitude ; le plus triste par exemple me semble être de manger toujours tout seul sans aucun échange possible avec quelqu'un en mangeant. Depuis longtemps, j'étais motivée par un travail dans le social probablement en raison de mon histoire personnelle : ma mère est décédée quand j'avais 12 ans et ma famille a bénéficié de

l'aide très précieuse d'une aide familiale, pour moi et mes frère et sœur plus jeunes. Par ma formation et mon diplôme, j'ai acquis des compétences pour que ce soit un vrai métier. Cette formation porte essentiellement sur le savoir être et sur le relationnel et c'est à juste titre car l'entretien de la maison c'est quelque chose de beaucoup moins complexe que de bâtir des contacts de qualité avec les personnes. Mon travail comporte des aspects très humains, des relations très personnelles. Les personnes s'attachent à nous et notre service a parfois du mal à expliquer à des usagers la nécessité d'un certain turn over des intervenants pour des raisons de congés par exemple. Quand nous pouvons y consacrer du temps, les personnes apprécient l'écoute, la promenade ou la cueillette de fleurs au jardin. Dans toute la mesure du possible, j'essaie de les faire participer à certaines tâches : plier du linge, faire la vaisselle, refaire un lit ensemble ; j'essaie d'éviter de les déposséder de l'exercice de leurs capacités et de les aider à redécouvrir certains gestes. Nous côtoyons des personnes seules ou des couples avec des personnalités et avec des pathologies très différentes et nous avons besoin de beaucoup d'attention et de professionnalisme pour bien respecter la vie privée et s'adapter à des situations difficiles. Il m'est arrivé de trouver une personne décédée quand j'ai ouvert la porte de son domicile. Je me dis souvent que je n'aurais pas pu faire ce travail quand j'avais 20 ans tellement nous partageons l'intimité des gens avec des exigences de stabilité personnelle pour trouver la bonne distance dans chaque relation.

PLACE PUBLIQUE > Et les tâches d'entretien du logement ?

JACQUELINE CALONNEC > Elles font bien sûr partie de mon travail avec des limites précisées à l'usager par ma responsable de service au démarrage de la prestation. J'ai eu un problème une seule fois et j'ai réagi tout de suite à un papier que j'ai trouvé affiché et précisant : « À l'attention de la femme de ménage : prendre le balai à la cave. » Nous n'intervenons jamais en dehors de la présence des personnes ; le dialogue permet de définir les priorités sans problème et la confiance s'établit très rapidement. L'attente principale des familles est que leurs anciens se sentent bien. Parfois, cependant, certaines familles priorisent les tâches ménagères et ont du mal à cerner notre métier.

PLACE PUBLIQUE > Quelles sont les difficultés ?

Photo : Richard Volante

JACQUELINE CALONNEC > Je ne regrette pas du tout ce choix professionnel que j'ai fait en concertation avec ma famille car je me sens utile. J'apporte aux gens et ils me le rendent largement par ce qu'ils m'apportent, mais il y a évidemment des difficultés et elles sont importantes. La principale est le manque de temps dont je dispose pour répondre à ces besoins des personnes chez qui je travaille. Chez la plupart des personnes, j'interviens deux fois par semaine, mais je ne dispose assez souvent que d'une demi-heure pour assurer le petit-déjeuner ou le déjeuner et c'est un peu frustrant pour la relation.

PLACE PUBLIQUE > Pouvez-vous nous donner des précisions sur votre contrat de travail ?

JACQUELINE CALONNEC > Je suis recrutée comme agent social de la fonction publique par la ville de Bruz. Le titre d'« auxiliaire de vie sociale » qui correspond à ma formation, à mon diplôme et aux tâches que je réalise effectivement n'existe pas pour l'instant dans la grille de la fonction publique territoriale. J'ai un contrat de 20 h semaine et je fais environ 100 heures mensuelles, toutes rémunérées au taux de base. Je ne me sentirais pas capable de faire ce travail 35 heures par semaine. À l'embauche, j'ai négocié de pouvoir terminer mes journées à 16 h 30 pour pouvoir être présente à la sortie de l'école de mes enfants et de ne pas travailler le mercredi. J'apprécie de pouvoir travailler en proximité de la commune où j'habite. Je suis rémunérée 9,30 euros de l'heure et mon salaire mensuel est compris entre 750 et 900 euros selon les heures effectuées ; que voulez-vous faire avec cela ?

PLACE PUBLIQUE > Quelles idées avez-vous pour améliorer le métier ?

JACQUELINE CALONNEC > L'appellation de notre métier me paraît importante. J'ai parlé de ma revendication du titre d'« auxiliaire de vie sociale ». Qu'on nous appelle « agent social », « aide à domicile » ou pire pour moi « aide ménagère » ou « femme de ménage » ne correspond pas à ce que l'on fait et peut donner l'image d'une profession de « corvées domestiques. » L'entretien de la maison, même s'il est une de nos tâches, ne constitue qu'une petite partie de notre travail. L'employeur est important. Je tiens à travailler sous la forme prestataire, avec un employeur collectif, soit public soit associatif, qui ne soit pas la personne âgée elle-même. Une médiation est importante pour gérer



les rapports de travail et je trouve que le développement du « gré à gré » avec les chèques emploi-service (CESU) est pour nous une régression sociale et un renforcement de l'isolement de chacun. J'apprécie beaucoup par exemple que nous ayons une réunion de service d'une heure rémunérée tous les 15 jours, pour un échange entre nous et avec notre responsable. À compter du 1^{er} juillet 2011, nous bénéficierons d'indemnités kilométriques et de 10 minutes de déplacement rémunérées entre deux usagers. Les questions financières sont à revoir au moment où se prépare la nouvelle loi sur la dépendance. Quand on parle aux familles, on voit l'importance qu'elles accordent à juste titre à un service de qualité pour leurs parents âgés, comment alors admettre que les salariés qui font ce travail restent quasiment toute leur vie au Smic. Il faut à mon avis revoir les budgets publics, mais je pense aussi que les familles qui en ont les moyens peuvent participer financièrement. Nous sommes essentiellement une profession féminine car les hommes n'accepteraient pas ces conditions de rémunération. Il faut de fortes évolutions pour que notre profession soit mieux reconnue afin que les personnes âgées soient accompagnées comme cela leur est dû. Concernant mon évolution professionnelle personnelle, je viens de faire un courrier au maire de la commune pour exprimer mon souhait de continuer de me former pour exercer mon travail au service de personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer.

« Mon salaire mensuel est compris entre 700 et 900 euros selon les heures effectuées : que voulez-vous faire avec cela ? »

« Nous sommes essentiellement une profession féminine car les hommes n'accepteraient pas ces conditions de rémunération. »



Photo : Richard Volante



Pour de vrais emplois au service des personnes âgées dépendantes

RÉSUMÉ > *Les emplois de services à domicile sont-ils condamnés à rester des petits boulots ? Leur originalité est que ce sont des emplois locaux, de proximité et non-délocalisables. Les employeurs ne sont pas les patrons du Cac 40, mais les autres citoyens. Est-ce une chance pour aboutir à de vrais emplois ? En tout cas, une responsabilité sociale largement partagée et l'occasion d'un bon débat démocratique.*



TEXTE > **LOÏC RICHARD**

Il faut remonter au travail des domestiques dans les demeures des classes aisées pour trouver la naissance des services à domicile et cette filiation peut avoir encore aujourd'hui des répercussions négatives sur l'image de ces emplois. Des appellations comme « la bonne à tout faire » ou « la femme de ménage » n'ont pas complètement disparu.

Pour ce qui est des personnes âgées, l'aide extérieure spécifique a reposé essentiellement au départ sur le bénévolat. Les premières « aides familiales » sont des bénévoles souvent animées de motivations religieuses et les salariés ont encore l'impression que cette origine pèse. Quand elles revendiquent l'application de certains de leurs droits par exemple sur leurs horaires, elles reçoivent parfois des réponses culpabilisantes.

Dans la seconde partie du 20^e siècle, c'est le très fort développement de l'emploi féminin qui amène la transformation des activités domestiques jusqu'alors exercées par les femmes au sein de la famille. La disponibilité des femmes devient plus limitée, y compris pour leur pré-

LOÏC RICHARD est membre du comité de rédaction de *Place Publique*

Les premières « aides familiales » sont des bénévoles souvent animées de motivations religieuses.





sence auprès de leurs parents dépendants en même temps que l'augmentation de la durée de vie fait croître les besoins d'accompagnement.

Les « aides ménagères » des années 60

Le rapport Laroque en 1962 privilégie le maintien à domicile des personnes âgées et l'arrivée des « aides ménagères » salariées marque le début d'une vraie professionnalisation. En 1975, « les auxiliaires de vie » sont désignées comme intervenantes de l'aide à domicile. « Elles exercent une profession à vocation sociale. Ce ne sont pas des femmes de ménage », précise le rapport. Une convention collective nationale est signée en 1983.

Le soutien des politiques publiques aux emplois dans ce secteur se manifeste très tôt et avec des approches mouvantes. L'État intervient d'abord au nom d'une politique sociale d'« assistance aux indigents » puis d'une politique d'« aide sociale aux personnes aux ressources insuffisantes ». Il y a alors prise en charge partielle par la collectivité de fonctions sociales comme la garde des enfants ou l'aide aux personnes âgées.

Au début des années 90, dans un contexte de développement important du chômage, les objectifs de créations d'emploi viennent s'ajouter aux préoccupations d'aide sociale. Les réductions d'impôt rendent solvable la demande et provoquent un développement très important de tous les emplois familiaux. Au-delà des personnes vulnérables, une nouvelle clientèle est touchée, celle des ménages à double salaire, des célibataires et des retraités, des personnes à la recherche d'une meilleure qualité de vie et qui souhaitent avoir du temps en se déchargeant de certaines tâches de la vie quotidienne.

Le plan Borloo en 2005 a l'ambition de passer à une autre étape par une « politique industrielle » des services. Il affiche un objectif très ambitieux de création d'emplois en amplifiant et en simplifiant les mesures de soutien public. Une nouvelle dénomination apparaît, celle des « services à la personne » qui regroupe une vingtaine d'activités susceptibles de bénéficier d'avantages fiscaux et sociaux. Une agence nationale des services à la personne est créée (ANSP) pour coordonner et promouvoir les initiatives. Le secteur des services est pensé comme devant prendre le relais d'un secteur secondaire qui a moins besoin de main d'œuvre.

Une « armée » de 500 000 salariées

En 2008, le secteur de l'aide à domicile employait en France plus de 500 000 personnes dont un nombre très important de salariés à temps partiel et dont la moitié a plusieurs employeurs. À la même date, plus d'un million de personnes âgées bénéficiaient de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie), dont 600 000 vivaient à domicile et 400 000 séjournaient en établissement.

Les évolutions démographiques prévoient dans les prochaines années une augmentation du nombre des personnes âgées dépendantes atteignant le chiffre de 1 200 000 en 2040. Parallèlement, on prévoit une diminution du nombre d'aidants potentiels (conjoint et enfants) liée aux séparations et à la dispersion géographique des familles. En conséquence, les tensions déjà existantes sur ce marché de l'emploi risquent de s'accroître et le besoin de trouver des salariés et de les fidéliser s'affirme de manière très forte.

Comment dès lors faire bouger l'offre de travail ? C'est une question sociale de solidarité nationale de soutien aux personnes les plus fragiles mais c'est aussi une question économique de développement des emplois. Bien évidemment, le prix des services restant à la charge de l'utilisateur sera toujours un élément déterminant... et les budgets qui seront ou non engagés dans la prochaine loi sur la dépendance ont toute leur importance. Sortir de l'émiettement du secteur, réduire la complexité et l'instabilité des aides sociales et fiscales ferait aussi disparaître des freins qui entravent le développement. Surtout, il y a nécessité d'améliorer la qualité des emplois pour les rendre attractifs. « Les contrats de travail sont aujourd'hui mal rémunérés, trop souvent précaires, à temps partiel subi, avec des conditions de travail difficiles liées à un relationnel ni assez préparé ni assez accompagné entre le salarié et l'utilisateur. Notre travail n'est toujours pas vraiment reconnu », constatent des délégués syndicaux¹.

Les limites du « gré à gré »

Le mode de recrutement choisi par la personne âgée dépendante a des conséquences importantes sur le statut du salarié. Le prix plus attractif du service peut inciter à retenir la formule de l'emploi direct, appelé aussi « em-

Une nouvelle dénomination apparaît, celle des « services à la personne » qui regroupent une vingtaine d'activités.

Il y a nécessité d'améliorer ces emplois pour les rendre attractifs.

1. Rencontre avec les délégués CFDT du CIAS (Centre intercommunal d'action sociale) de Mordelles et de l'ADMR 35.

ploi de gré à gré » avec l'utilisation éventuelle du Cesu (chèque emploi service universel), mais il ne faut pas oublier que le droit conventionnel est alors peu favorable au salarié. Par exemple, le travail de nuit est peu rémunéré, et les perspectives d'évolution professionnelle sont inexistantes. Le particulier employeur n'étant pas considéré comme une entreprise, et le lieu de domicile étant un domicile privé, les salariés sont exclus de certaines dispositions protectrices : les visites médicales ne sont pas obligatoires et l'inspection du travail n'a aucun moyen d'intervention. Enfin, même si dans certains cas, la formule du « gré à gré » peut donner de la souplesse contractuelle, l'expérience montre que la relation d'emploi est souvent fragilisée par les aléas de la vie personnelle de l'employeur comme du salarié.

Si l'intervenant est salarié d'une structure prestataire, qu'elle soit une entreprise, une association ou un CCAS, les chances sont plus fortes d'une meilleure qualité de service et de conditions d'emploi plus satisfaisantes. Le mode prestataire permet normalement des temps collectifs d'échanges entre collègues et, avec un encadrement jouant son rôle, des repères professionnels peuvent se mettre en place pour répondre au très grand sentiment d'isolement ressenti dans ce travail. Bruno Brin est directeur de l'entreprise Adhap Services, l'une des 12 entreprises privées de l'aide à domicile dans le pays rennais. Il insiste sur « l'importance du recrutement d'une infirmière coordinatrice pour les contacts avec la clientèle et l'écoute des salariés » ; lui-même titulaire de l'agrément pour le service des personnes dépendantes, il souhaite que « les mêmes exigences soient imposées à tous les intervenants à domicile et les mêmes aides publiques attribuées à chacun pour permettre à l'usager ou au client un choix réel. »

Pour tous les salariés du secteur, quel que soit leur statut, l'image sociale du métier est parfois lourde à porter et certaines représentations ont du mal à bouger. Trop souvent la référence spontanée du « payeur » reste le prix d'une heure de ménage. « Les familles ne peuvent pourtant feindre de croire qu'on ne fait que du ménage quand on voit leur très forte attente pour nos tâches d'accompagnement très personnalisé de leurs proches. De même, certaines réponses comme : Vous avez en charge l'humain ou vous faites le plus beau métier du monde, agacent les salariés quand elles demandent seulement un salaire leur permettant d'en vivre. »¹

Pour une vraie reconnaissance du métier

Aujourd'hui il existe peu de différence de salaire en fonction du niveau de formation et la plupart des salariées reçoivent le Smic horaire. « Cette non-reconnaissance des qualifications provoque peu d'attrance pour ces métiers. C'est pour cette raison qu'il y a très peu d'hommes à accepter ces conditions² ». Il faut ajouter que le temps partiel est souvent subi, que le temps et les frais de déplacement entre deux domiciles n'est pas toujours vraiment pris en compte, que les amplitudes horaires de travail pèsent très lourd sur la vie professionnelle et familiale.

Rémi Coudron, président de l'association Una d'Ille-et-Vilaine³ est conscient de ces difficultés. Pourtant, il se dit convaincu que « les services peuvent devenir un secteur professionnel à part entière mais à deux conditions principales : d'abord que les associations atteignent une surface d'activité suffisante pour une organisation du travail permettant du temps complet. La seconde condition étant que nos financeurs, comme le fait aujourd'hui le conseil général d'Ille-et-Vilaine, acceptent de prendre en compte le réel coût économique de ces emplois avec des déroulements de carrière possible. »

Le diplôme actuel, le DEAVS (diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale) représente un progrès et comprend une formation de 1400 heures alors que le diplôme précédent (Le Cafad) ne prévoyait que 400 heures. La validation des acquis de l'expérience (VAE) est un bon moyen pour certifier les compétences acquises, surtout pour les personnes ayant un faible niveau scolaire et pas de qualification professionnelle reconnue. « La formation professionnelle est décisive pour notre professionnalisation, tant la formation initiale que la formation continue. La profession est aujourd'hui constituée en majeure partie de femmes de 40 ans ayant élevé leurs enfants et le vivier de recrutement doit être nettement élargi pour répondre à une demande exponentielle, avec l'apprentissage d'un vrai métier. »¹

Un accord local sur le pays de Rennes

Par définition, le secteur des services aux personnes

2. Salariée syndiquée à la CGT et travaillant au CCAS de Bruz.

3. L'Una est avec l'Admr (Aide à domicile en milieu rural), la plus importante et la plus ancienne des associations de l'aide à domicile en Ille-et-Vilaine.

Pour tous les salariés du secteur, l'image sociale du métier est parfois lourde à porter et certaines représentations ont du mal à bouger.





À Rennes, un accord a pu intervenir permettant de réunir l'ensemble des syndicats d'employeurs et de salariés.

est une profession de proximité. Ici, pas de crainte de concurrence internationale, pas de risques de délocalisation : le marché de l'emploi se joue entre des offres et des demandes de travail locales. D'où, la proposition des responsables publics locaux : la MEIF de Rennes Métropole (Maison de l'emploi, de l'insertion et de la formation) et le Codespar (Comité de développement économique et social du pays rennais), d'agir avec toute la profession pour à la fois améliorer les services aux usagers et les conditions de travail des salariés sur le territoire.

Plusieurs villes en France ont tenté de mettre en place ce qu'on a appelé des plateformes locales de services ; la plupart ont tourné court ou se sont limitées à regrouper les seules associations de l'« économie sociale et solidaire. » À Rennes, un accord a pu intervenir permettant de réunir l'ensemble des syndicats d'employeurs et de salariés quel que soit le statut : public, associatif, privé, particulier employeur. Chacun reconnaît que la concurrence du marché existe, que les histoires et les pratiques des structures sont différentes, mais tous sont d'accord pour mettre en place une régulation territoriale, indispensable pour la professionnalisation.

Les avancées rennaises

La volonté commune a été de répondre aux attentes les plus fortes. C'est pourquoi les premières initiatives ont porté sur la formation. Impossible d'affirmer qu'on exerce un vrai métier si on n'a pas un minimum de formation avant d'aller travailler au domicile de quelqu'un. D'où la mise en place, par exemple, d'un module de formation de deux jours ouvert à tous, y compris au salarié isolé embauché par un particulier employeur.

L'organisation locale a permis également de créer des réseaux entre l'offre et la demande d'emploi par des outils de communication spécifiques, des rencontres débats et des forums. Une action d'ensemble, grâce à un financement national de l'ANSP, est menée actuellement sur les conditions de travail dans la profession ; une quarantaine de structures sont engagées avec la Carsat (Caisse d'assurance retraite et santé au travail) et l'Aract (Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail) pour une action de longue haleine à la fois dans les entreprises et sur le territoire. La rencontre directe entre les acteurs permet de constater que les problèmes sont de même type dans toutes les structures : recrutement, iso-

lement, formation, qualification, temps et frais de déplacement d'un domicile à l'autre, image du métier.

Vers de vrais métiers

L'initiative la plus récente à Rennes concerne les entreprises privées de services qui, n'ayant pas encore de convention collective nationale, ont décidé de préparer un accord local sous l'égide de la direction du travail, faisant le choix d'un processus contractuel volontaire pour le meilleur intérêt des employeurs comme des salariés. Même si les accords verticaux par branches sont nécessaires, des accords locaux dans une profession comme les services peuvent opérer des déblocages.

L'attente est forte que la nouvelle loi sur la dépendance améliore la gouvernance nationale du système et aide à avancer vers de vrais métiers dans ce secteur professionnel ; les jalons sont posés à Rennes pour y contribuer par une politique territoriale cohérente où la qualité des emplois va de pair avec la qualité d'accompagnement des personnes fragilisées. Le choix des personnes âgées de rester le plus longtemps possible à leur domicile ne pourra être respecté qu'à ces conditions.

Un module de formation de deux jours, ouvert à tous, y compris au salarié isolé embauché par un particulier employeur.

Photo : Richard Volante





Photo : Richard Volante



Le rude chemin des « aidants naturels »

RÉSUMÉ > *Dans le jargon institutionnel, le conjoint ou le parent d'une personne âgée dépendante devient un « aidant naturel ». Derrière ce terme distancié se joue la reconnaissance récente d'un statut social et la mise en place de dispositifs, certes encore insuffisants, qui visent à soulager et accompagner les aidants dans leur cheminement. Témoignages.*



TEXTE > **CHRISTINE BARBEDET**

Devant un thé, un café, un jus de fruit... ils sont une vingtaine à se retrouver, chaque mercredi, entre 15 h et 18 h, au café *Chez Mama'i*, rue Dupont-des-Loges. Le Bistrot Mémoire¹ est un sas de décompression pour les malades d'Alzheimer et les aidants qui les accompagnent. Ici, chacun s'appelle par son prénom. Il y a Paulette et René, Huguette, Christiane... Mireille se présente avec humour : « Je suis une fille de..., aidante d'une mère malade ». Elle dit être « sur un petit nuage » : « J'ai enfin trouvé une structure pour accueillir ma mère ». Durant la Semaine bleue, organisée dans le cadre de la Semaine nationale des retraités et personnes âgées, en octobre 2010, Mireille a découvert

CHRISTINE BARBEDET est journaliste indépendante. Elle est membre du comité de rédaction de *Place Publique*

1. L'association Bistrot Mémoire de Rennes est une initiative des maisons de retraite Saint Cyr de Rennes, de La Rablais à Saint-Jacques-de-la-Lande, des Bruyères de Bruz, des associations ASPANORD, Conseil des Familles, Maison Associative de la Santé, Psychologie et Vieillessement, le C.L.I.C. de Rennes. Il est soutenu par le conseil Général d'Ille-et-Vilaine, la Ville de Rennes, les institutions de retraites complémentaires et autres fonds publics et privés. Elle est présidée par Christine Thiébaud. www.bistrot-memoire.fr





« La première année, j'étais livrée à moi-même avec une maladie que je ne comprenais pas. »

l'existence du Bistrot Mémoire. « Je suis arrivée toute petite ». Marie-Hélène Lebreton, psychologue qui anime ce lieu d'écoute et de parole, l'incite à revenir. « Chaque mercredi, je venais avec le moral au plus bas. De rencontrer des professionnels qui abordait les thèmes de la dépendance, des aidants, l'entrée en maison de retraite, etc. m'a permis de cheminer et de me sentir plus forte pour affronter les événements. Je connaissais les arcanes de l'administratif, mais je restais complètement démunie ».

Elle a déposé dix-sept dossiers d'inscription en EHPAD, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, avant qu'un médecin coordinateur, compréhensif, ne débloque la situation. « Il m'a dit qu'il avait été touché par la façon dont j'avais expliqué notre cas familial. Si j'ai pu le faire, c'est grâce au soutien du Bistrot Mémoire ! ». Mireille se dit « sortie du tunnel », même si la maladie de sa mère continue d'évoluer. « L'essentiel est qu'elle se plaise dans sa structure. » Mireille continue de venir au Bistrot Mémoire : « Je viens partager mon expérience et dire combien je suis heureuse d'avoir rencontré ce lieu de parole ».

Un conseil de famille pour s'entraider

En 1991, Christine Thiébaud recherchait un établissement pour accueillir sa mère, atteinte de la maladie d'Alzheimer. « Je suis allée voir Irène Sipos, directrice de la maison de retraite Saint-Cyr. Il n'y avait aucune place. Laisser partir les familles avec leur fardeau la chiffonnait. Elle avait mis en place un conseil des familles pour favoriser l'entraide. Je l'ai rejoint et j'ai pu ainsi garder ma mère près de nous, grâce au soutien apporté ». Christine est alors âgée de 45 ans, sa mère de 82 ans, et ses enfants de 10, 15 et 16 ans. « La première année, j'étais livrée à moi-même avec une maladie que je ne comprenais pas. Mon médecin traitant ne la connaissait pas, après s'être renseigné m'a mis en relation avec un psychiatre. »

La mère de Christine était devenue violente : « En fait, elle croyait que je voulais me séparer d'elle. Une fois prise la décision de la garder auprès de nous, elle est devenue comme avant. » Pour la garder à domicile, le psychiatre émet deux conditions : « Je devais lui amener ma mère tous les mois et c'est moi qui étais chargée de l'accompagner. Il m'avait dit que ma mère ne souffrirait

pas si je ne lui faisais pas remarquer ses oublis. Je l'ai mis en pratique. » La vie de famille s'organise. « Au début, les aides-soignantes changeaient tout le temps. Je ne pouvais pas leur confier ma mère, en mon absence. Le CCAS, centre communal d'action sociale, a tout fait pour m'aider. »

Pas toujours simple non plus pour les enfants. « Surtout pour le petit dernier, car évidemment mamie passait avant lui. » Christine devient la première aidante à bénéficier de l'accueil de jour pour sa mère, mis en place à la maison de retraite Saint-Cyr. Une fois par semaine, elle peut ainsi consacrer du temps à ses enfants et sa mère, peut s'extraire du cercle familial. « Pour les malades c'est très enrichissant. Maman était de nouveau appelée par son prénom. Cela lui redonnait une place dans la société. » De même, pendant les vacances, une semaine à la Toussaint, en février et l'été, la mère de Christine est accueillie en hébergement temporaire.

L'aidant, un pivot pour les professionnels

Pour Christine, la reconnaissance sociale de l'aidant est fondamentale : « Aujourd'hui, on réalise que sans les aidants le maintien à domicile est impossible, tant notre rôle est central. Quand j'ai accompagné maman, j'étais l'aidant principal. J'étais le pilier, le pivot avec autour de moi, les aides-soignantes, les médecins, les assistantes sociales car je connaissais la malade. » Et d'affirmer : « Bien soutenus, pendant sept ans, cela a été un véritable plaisir d'accompagner maman, car tout était bien rodé. Malgré sa maladie, nous ne nous souvenons que des bons moments. Elle souriait tout le temps ».

Toute la difficulté est pour l'aidant de tenir psychologiquement. Christine explique avec humour : « J'avais mon psychologue particulier, mon aspirateur. Je me soulageais en lui parlant à haute voix quand je le mettais en marche. Personne ne m'entendait. Je lui en ai dit des bêtises qui dépassaient bien souvent mes pensées ! Pouvoir dire tout ce qu'on ressent est ce qu'il y a de plus important pour un aidant et surtout qu'on vous comprenne ».

Sa mère décédée, lorsqu' Irène Sipos et Isabelle Donnio, psychologue, décident d'ouvrir le Bistrot Mémoire, en 2004, Christine répond présente. Elle devient présidente de l'association. « Tous les jours, on doit relever les manches un peu plus haut, car la maladie devient aussi celle de l'aidant. Au Bistrot Mémoire, les aidants

« Aujourd'hui on réalise que sans les aidants le maintien à domicile est impossible. »

Face au désarroi des familles

« Il y a les aidants dits naturels que sont les familles et les aidants professionnels, les soignants. L'aidant naturel est dans 95 % des cas un conjoint ou un enfant. Il s'implique dans la durée pour répondre aux choix de la personne âgée en difficulté. Cette notion de durée est centrale, car cet accompagnement peut se prolonger plusieurs années, avec des phases de cheminement dans la maladie de l'autre et ce n'est pas neutre ! ». En tant que directrice de la Maison de retraite Saint-Cyr, à Rennes, Irène Sipos rencontre un grand nombre d'aidants dans le cadre des demandes d'entrée permanente. « Les villes sont un entonnoir. J'ai plusieurs fois par jour des contacts avec des aidants en crise qui ne savent pas où mettre leurs parents. Je suis dans l'incapacité de résoudre toutes les questions. Cela ne fait pas partie de la mission officielle d'un directeur de maison de retraite, mais nous sommes bien obligés de gérer toutes ces personnes en désarroi », commente la directrice. « Il faut aussi évoquer les aidants dans les maisons de retraite, car même si ces derniers ont réglé une partie de leurs soucis, en particulier sur le plan sécurité, l'aspect émotionnel et affectif est important. Plus les années passent, plus on est sensible aux attentes des familles et des résidents que nous écrivons avec un « a », comme pour habitants ».

La solution de l'accueil de jour

Irène Sipos souligne combien la prise de conscience, par les pouvoirs publics, de la question des aidants a été tardive : « Il y a trente ans, on se battait pour l'ouverture des maisons de retraite qui représentaient aussi un enjeu électoral. Il y avait pourtant de grands penseurs tel Alain Colvez qui expliquait que les trois quarts des personnes dépendantes restaient à domicile et que les trois quarts étaient aidées sans bénéficier de l'intervention de professionnels. C'est pour cette raison que j'ai commencé à m'intéresser à l'accueil de jour ».

La maison de retraite Saint-Cyr reçoit désormais chaque année plus de 140 personnes, en accueil temporaire pour une durée maximum de trois semaines. « Cela concerne donc 140 couples aidants-aidés ». En accueil de jour, la maison de retraite accompagne une quarantaine de couples aidants-aidés, à raison de douze places par jour. « Cela ne répond pas aux nombreuses demandes. Les aides sont insuffisantes ». Ces structures « étiquetées » par les instances ministérielles comme des « plateformes de répit¹ » ont pour objectif de soulager les aidants.

Et Irène Sipos de conclure : « C'est parce que nous avons mis en place ces deux dispositifs et que nous connaissons les besoins des aidants que nous avons décidé d'aller plus loin en créant le Bistrot Mémoire, en 2004 ». Le premier du genre dans l'Hexagone !

1. L'Association Bistrot mémoire, L'EHPAD Saint Cyr de Rennes, le SSIAD Aspanord de Montgermont se sont associés pour porter le projet de plateforme de répit, projet expérimental sur une année qui entre dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012. Il s'agit de pouvoir, grâce à un accompagnement personnalisé, « individualisé » des personnes malades et de leurs aidants, les accompagner dans leur cheminement tout au long de l'évolution de la maladie et de leur proposer au bon moment les services les plus adaptés à leurs souhaits et à leur situation. <http://maisonsaintcyr.fr/>





« Au fil du temps, les personnes qui viennent régulièrement, s'apaisent car le Bistrot Mémoire est un lieu d'écoute et de tolérance. »

se sentent soutenus. Nous étions le premier en France. Un concept qui a fait boule de neige. Il en existe vingt-cinq en France² fédérés au sein de l'Union nationale des Bistrots Mémoire. Le dernier vient d'ouvrir à Cesson-Sévigné. » Le Bistrot Mémoire est doté d'une charte. « Ce n'est pas le projet d'une institution : il y a obligation de regards croisés et de mutualisation des ressources et des moyens. Il est aussi obligatoirement animé par un ou une psychologue. Les bénévoles qui accueillent les personnes n'ont pas vocation à répondre aux difficultés rencontrées par les participants ».

Le Bistrot Mémoire pour aider à cheminer

À Rennes, Marie-Hélène Lebreton, psychologue, accompagne le Bistrot Mémoire depuis 2004. « Pour certaines personnes, c'est un premier contact. Ensuite, tout un cheminement se fait au fur et à mesure des rencontres. Ce dont les aidants ont sans doute le plus besoin est de parler, de pouvoir dire toutes leurs émotions, mais aussi de rencontrer des personnes qui vivent la même chose. Cela permet quelquefois de lever les culpabilités et de se rendre compte que si je suis agressif, je ne suis pas si

maltraitant que cela ». À l'écoute, la psychologue invite des professionnels pour répondre aux questions récurrentes. « Les auxiliaires à la vie sociale, les conseillers en gérontologie, toutes les personnes qui s'occupent des malades, expliquent aux aidants leur rôle et les limites que ces derniers ne doivent pas atteindre, comme par exemple l'épuisement ». Et de constater : « Au fil du temps, les personnes qui viennent régulièrement, s'apaisent car le Bistrot Mémoire se veut un lieu d'écoute et de tolérance. » La hiérarchie entre les familles, les malades, les bénévoles et les professionnels disparaît. « C'est une approche en complémentarité, car le malade nous en apprend autant que les aidants. Le Bistrot Mémoire est un lieu qui sait rester humain ». Un malade confiait un jour : « Je suis content de venir, car je remets une cravate ! ». Prendre un verre dans un bistrot, c'est oser sortir de son enfermement².

2. À signaler par ailleurs : l'ouverture du Café des aidants par CLIC All'âges de Chantepie, labellisé par l'association française des aidants familiaux. Un mardi par mois, les aidants accompagnant un proche malade, handicapé ou âgé viennent partager un temps de parole, autour d'un café. Clic All'âges ; 1bis, rue de Provence ; 35135 Chantepie ; 02 99 77 35 13

Changer l'intertitre : Au lieu de « Pour aider à cheminer », « Le Bistrot Mémoire aide à cheminer »

La dépendance : qui s'en occupe ? Qui paie ?

RÉSUMÉ > *Dans les pages qui suivent nous donnons la parole à ceux et celles qui interviennent sur cette question de la dépendance : conseil général, État, mutuelles, assurances... En préambule, voici quelques repères pour mieux appréhender le système et son financement.*



TEXTE > **GABY BONNAND**

Sans parler des familles, la prise en charge financière des personnes âgées dépendantes est le fait de trois acteurs principaux : l'État, la sécurité sociale et les conseils généraux.

➤ **Les moyens des deux premiers** sont regroupés au sein d'un établissement public, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui traite également la question des personnes handicapées. L'an dernier, le budget de cette caisse était de 18,5 milliards d'euros. Près de 20 % de cette somme vient de l'impôt (CSG et contribution solidarité autonomie). Le reste correspond aux crédits de l'assurance maladie destinés aux personnes handicapées et aux personnes handicapées.

➤ **À quoi sert cet argent ?** À participer au financement des aides individuelles : l'APA, allocation personnalisée d'autonomie, confiée aux Départements. Et, essentiellement (16 milliards), à faire fonctionner les établissements et les services d'accompagnement. Avec un principe que le CNSA doit respecter : assurer la répartition équitable de ces enveloppes financière sur l'ensemble du territoire, respecter l'égalité de traitement entre les personnes concernées.

Gaby Bonnand est membre du comité de rédaction de *Place Publique*.



Photo : Richard Volante

➤ **Ce sont les ARS**, agences régionales de santé, créées en 2009, qui ont la responsabilité de cette répartition à partir d'un schéma régional médico-social. Ce schéma est conçu sur la base de ceux élaborés par les conseils généraux.

➤ **En Bretagne**, la dotation annuelle de l'ARS est de 540 millions d'euros répartis « entre 650 établissements et services, totalisant 52 000 lits et places », indique Hervé Goby, le directeur de l'offre de soins et d'accompagnement à l'ARS Bretagne.

➤ **Le conseil général** est un acteur essentiel. Depuis 2004, le Département a une compétence générale en matière d'action sociale pour les personnes âgées. C'est lui qui met en œuvre cette politique et qui pilote la coordination gérontologique. C'est lui qui gère et attribue l'APA destinée aux personnes en perte d'autonomie. Le degré de dépendance est défini selon un barème : c'est la fameuse grille AGGIR ou GIR.

➤ **Le plan national Alzheimer** (2008-2012) vient renforcer les moyens de l'ARS. Ce plan aura permis de créer en Bretagne, d'ici à l'an prochain, 300 places d'Unités d'hébergement renforcé (UHR) ainsi que 1 400 places en Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA). S'y ajoutera la mise en place de 28 équipes spécialisées Alzheimer, avec ergothérapeutes, psychomotriciens, assistants en soins gérontologiques. Également au programme, la création de Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (deux en 2011) et des actions de formation auprès des familles.

La grille du degré de dépendance

La grille nationale AGGIR comme Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources l'allocation personnalisée d'autonomie. La grille distingue 6 degrés, seuls les quatre premiers ouvrent droit à l'APA.

- **1** – personnes confinées au lit ou au fauteuil pour lesquelles une présence indispensable et continue d'intervenants est nécessaire.
- **2** – personnes confinées au lit ou au fauteuil, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer et dont l'état exige une prise en charge dans la plupart des activités de la vie courante.
- **3** – personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais doivent être aidées pour leur autonomie corporelle.
- **4** – personnes n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillement.
- **5** – personnes ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- **6** – personnes n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

François André et Robert Denieul

« Le financement arrive à bout de souffle »

RÉSUMÉ > *Les conseils généraux sont en première ligne sur la question de la dépendance, via notamment le versement de l'allocation APA. François André, vice-président du conseil général d'Ille-et-Vilaine, en charge de la solidarité, et Robert Denieul est directeur du pôle solidarité dans le même conseil général, répondent à nos questions.*



PROPOS RECUEILLIS PAR > **GABY BONNAND**

PLACE PUBLIQUE > Comment intervient le conseil général dans la mise en œuvre de l'Allocation personnalisée autonomie (APA)?

FRANÇOIS ANDRÉ > L'APA est une prestation dont le financement repose surtout sur un impôt local. Cet impôt est collecté par une collectivité, le conseil général, dont l'autonomie fiscale a fortement diminué. Je pense que ce financement arrive à bout de souffle.

PLACE PUBLIQUE > Comment le conseil général gère-t-il l'APA?

FRANÇOIS ANDRÉ > Le Département verse l'APA selon un montant qui tient compte des ressources de la personne et est calculé, s'agissant de l'aide humaine qui est la plus importante, sur la base d'un coût horaire fixé aujourd'hui à 18,86 €. Le conseil général d'Ille-et-Vilaine s'est fixé pour règle la proximité tant dans l'approche de la question que dans son traitement. Ainsi avons-nous choisi de nous doter d'équipes médico-sociales composées de médecins et de travailleurs sociaux répartis sur l'ensemble du terri-





Contrairement à ce que l'on croit, le vieillissement n'est pas seulement la question des territoires ruraux. C'est dans la couronne rennaise que l'évolution sera la plus importante.

toire départemental. Autre choix: le souci de prendre en compte l'aspiration des personnes âgées à vieillir chez elles. Pour autant, notre taux d'équipement en nombre de place en établissement est légèrement supérieur à la moyenne nationale. Alors qu'au plan national, 60 % des bénéficiaires de l'APA vivent à domicile, en Ille-et-Vilaine, ils sont 6 500, soit 42 % (pour 9 100 en établissement, soit 58 %).

ROBERT DENIEUL > Cette action nous conduit d'une part à faire des métiers du maintien à domicile de vrais métiers en nous appuyant sur les associations prestataires, et d'autre part à travailler à l'amélioration de l'habitat des personnes âgées. Pour cela, nous nous appuyons sur le Pacte-35, notamment pour mener des missions de conseil aux personnes. Cette démarche est importante car, dans les années à venir, le nombre de personnes de plus de 80 ans va augmenter de plus de 20 %. Et contrairement à ce que l'on croit, le vieillissement n'est pas seulement la question des territoires ruraux. Dans notre département, c'est dans la couronne rennaise que l'évolution sera la plus importante.

PLACE PUBLIQUE > Y a-t-il une différence dans l'attribution de l'APA selon que l'on est à domicile ou en établissement?

ROBERT DENIEUL > Oui, il y a d'ailleurs deux types d'Allocation personnalisée autonomie: l'APA à domicile, versée à la personne et l'APA en établissement, versée directement à l'établissement sous forme de dotation globale.

PLACE PUBLIQUE > Comment se passe l'attribution de l'APA à domicile?

ROBERT DENIEUL > À la demande de la personne ou de la famille, le médecin de l'équipe médico-sociale évalue le taux de dépendance de la personne selon la grille AGGIR. Si la personne est identifiée comme dépendante (de 1 à 4 selon cette grille), les travailleurs sociaux élaborent un plan d'aide. C'est à partir de ce plan que le montant de la prestation est déterminé. Celle-ci finance les interventions de professionnels auprès de la personne et sert à l'achat de biens et de services pour certains actes de la vie quotidienne.

PLACE PUBLIQUE > Une fois que le plan d'aide est arrêté, qui intervient auprès de la personne?

FRANÇOIS ANDRÉ > Il y a en fait 3 possibilités d'intervention: La personne dépendante ou la famille peuvent faire le choix d'une relation de gré à gré. Dans ce cas-là, la personne dépendante est employeur de la personne qui intervient. Une autre solution consiste à faire de la personne dépendante, l'employeur, mais de passer par une association qui se substitue à la personne âgée pour gérer le contrat. C'est ce que l'on appelle les services mandataires. Enfin, il y a une troisième solution, que privilégie le conseil général: le service prestataire. Cette solution permet à la personne de ne pas être employeur des personnes intervenantes chez elles. Les intervenants ou intervenantes sont salarié(e)s d'une association ou organisme qui facturent la prestation. C'est plus sécurisant pour la personne.

PLACE PUBLIQUE > Vous dites privilégier ce mode prestataire, mais de quelle façon?

ROBERT DENIEUL > En nous appuyant sur des services de maintien à domicile autorisés. Ici, il y a trois grands acteurs: l'ADMR, l'Una et les CCAS. Chaque année, une négociation budgétaire s'ouvre entre le conseil général et les associations. Les coûts peuvent varier en fonction de la pyramide des âges et des qualifications du personnel, de la structuration de l'emploi, des secteurs géographiques. C'est sur la base d'une analyse précise de la réalité qu'est calculé le coût réel des prestations rendues par les associations ou organismes.

FRANÇOIS ANDRÉ > Depuis 2004, le conseil général a créé une enveloppe pour couvrir la différence entre le coût horaire fixé pour l'APA et le coût réel du service. C'est en quelque sorte une « APA complémentaire » qui vient couvrir la différence entre le coût horaire défini nationalement et le coût réel. Un léger ticket modérateur est laissé à la charge de la personne. Tous les bénéficiaires de l'APA, sous réserve qu'ils aient recours à un service prestataire autorisé, bénéficient de cette allocation complémentaire, qui je le rappelle est un choix du Conseil général d'Ille-et-Vilaine. Tous les Départements n'ont pas cette démarche.

PLACE PUBLIQUE > Et pour l'APA en établissement, comment les choses se passent-elles?

ROBERT DENIEUL > Pour accueillir des personnes âgées dé-

La solution que privilégie le conseil général est celle du service prestataire.

pendantes, les établissements doivent avoir reçu une autorisation délivrée par le conseil général et l'Agence régionale de santé (ARS). Cette autorisation est accordée par le Département au regard du plan gérontologique départemental. Et, bien sûr, l'autorisation est donnée dès lors que nous avons les moyens de financer leur fonctionnement. Chaque année, le conseil général arrête pour chaque établissement un « tarif dépendance » qui servira à calculer le montant de l'APA versée à l'établissement.

PLACE PUBLIQUE > Les établissements, les EHPAD, sont-ils financés en totalité par le conseil général ?

FRANÇOIS ANDRÉ > Non, il y a toute la partie soin qui est financée par la sécurité sociale. Le tarif des établissements se divise en trois : Une partie concerne le soin et est prise en charge par la Sécurité sociale. Une deuxième a trait à la dépendance et est financée par l'APA sous la forme d'une dotation globale du Conseil général. Une troisième a trait à l'hébergement et reste à la charge de la personne. Sauf que le Conseil général vient en aide aux personnes qui n'ont pas assez de ressources via l'aide sociale à l'hébergement. Pour en bénéficier, il ne faut pas être dans des établissements à but lucratif.

PLACE PUBLIQUE > Pour les familles, à quelle porte faut-il frapper pour demander l'APA ?

ROBERT DENIEUL > Il y a les CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination). Il y en a 14 sur le département. Il s'agit soit d'associations, soit de structures adossées aux CCAS des communes. Ces structures sont composées de professionnels qui ont pour mission d'informer les personnes et les familles sur leurs droits, de les accompagner dans leurs démarches et d'en assurer, le cas échéant, le suivi. On peut aussi s'informer dans les CCAS Centres communaux d'action sociale et les CDAS (Centres départementaux d'action sociale).

PLACE PUBLIQUE > Quelles relations y a-t-il entre le Conseil général et l'Agence régionale de santé ?

FRANÇOIS ANDRÉ > La loi HPST (hôpital, patients, santé et territoire) fait obligation aux Agences de santé de construire un schéma régional de santé en s'appuyant sur les schémas départementaux. Nous travaillons avec elle pour définir les tarifs dans les établissements, car

c'est elle qui intervient dans le financement du soin. Mais c'est bien le conseil général qui est resté compétent en matière de dépendance.

Réforme : les souhaits du conseil général d'Ille-et-Vilaine

Dans le cadre de la réforme attendue d'ici à la fin de l'année, François André expose les trois idées ou propositions présentes par le conseil général d'Ille-et-Vilaine.

1 - Nous sommes totalement opposés à ce que les personnes classées GIR 4 soient exclues de la prestation. Même si cela allégerait le financement, cela irait à l'encontre d'une politique de prévention. Et si nous ne faisons pas de prévention, cela coûtera plus cher à terme. Autre point, nous regrettons que la réforme ne traite que des personnes âgées. Pour nous, le droit à compensation devrait pouvoir se transformer en une prestation de compensation de la perte d'autonomie, incluant les personnes handicapées.

2 - Concernant le financement : une aide légale reposant essentiellement sur une fiscalité locale ne peut pas durer. Nous sommes favorables à une prestation universelle qui ne soit pas sous conditions de ressources mais proportionnelle aux ressources. Son financement doit reposer sur une CSG dont le périmètre serait élargi et sur un impôt plus fort sur les successions : nous ne voulons pas que l'APA soit gagée sur le patrimoine des personnes concernées. Nous nous prononçons très clairement pour un socle de financement public. Un financement par les assurances privées n'est acceptable que s'il est accessoire.

3 - Troisième point : la gouvernance. L'APA a cela de particulier qu'elle est une prestation légale qui doit se mettre en œuvre dans la proximité. De ce point de vue, les Départements sont les mieux placés pour la mettre en œuvre sur le terrain. En effet, la couverture de ce risque se distingue des autres risques gérés par la sécurité sociale, en ce sens qu'il faut assurer la mise en œuvre d'un droit sur l'ensemble d'un territoire, tout en personnalisant la prestation. Au niveau national, la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) est une institution pertinente. Elle a acquis de l'expertise. C'est un lieu de ressource et de coordination qui doit jouer un rôle pivot dans le dispositif. Mais les Départements doivent être confortés comme institution de mise en œuvre.





« Une affaire de solidarité nationale »

MARISOL TOURAINE (PS, députée et présidente du conseil général d'Indre-et-Loire, secrétaire nationale du Parti Socialiste à la santé et à la Sécurité sociale)



Le discours catastrophiste du gouvernement n'a pas de raison d'être

PLACE PUBLIQUE > Quel financement pour la dépendance ?

MARISOL TOURAINE > Le gouvernement a fait l'erreur de présenter le débat sur la perte d'autonomie comme un problème de financement. C'est de la place des personnes vieillissantes dans la société qu'il doit s'agir, des services de proximité et de qualité à leur garantir, de la prévention de la dépendance qu'il faut parler. Dans ce cadre il faut réfléchir à la création d'un socle de droits déclinés ensuite selon la situation de chacun, quel que soit son âge.

PLACE PUBLIQUE > Cela étant dit, qui doit payer ?

MARISOL TOURAINE > La question du financement vient ensuite, étant entendu que les besoins augmenteront progressivement d'ici à... 2035 ! Le discours catastrophiste du gouvernement n'a pas de raison d'être. Il cherche à instiller l'idée que notre protection sociale doit être rabotée. Je pense pour ma part que l'accompagnement de la dépendance doit se faire dans le cadre

de la solidarité nationale, selon les principes de notre protection sociale : on reçoit en fonction de ses besoins, pas de ses moyens.

PLACE PUBLIQUE > En dehors de cette solidarité nationale, êtes-vous pour une intervention des assurances ou des mutuelles ?

MARISOL TOURAINE > Les assurances et les mutuelles interviennent déjà, de manière peu convaincante. On peut accepter qu'elles viennent en complément d'un socle de prestations garanties par la solidarité nationale, ce qui suppose de clarifier leurs conditions de mise en œuvre.

PLACE PUBLIQUE > Que pensez-vous de la création d'une assurance obligatoire ?

MARISOL TOURAINE > Que c'est un système injuste puisque selon vos revenus vous pourrez bénéficier d'une prise en charge plus ou moins grande ! Ce n'est pas à chaque individu de se prémunir face au risque de dépendance : comment, d'ailleurs, évaluer un risque à échéance de plusieurs décennies ? Les ressources susceptibles d'être affectées à la prise en charge de la dépendance -part de csg, impôt sur les grandes successions par exemple- doivent être mutualisées et réparties selon des principes solidaires.

« La solidarité, oui ; l'assurance obligatoire, non »

PLACE PUBLIQUE > Dans le débat actuel sur la dépendance, vous dites souvent « que le financement sera majoritairement solidaire ». Comment voyez-vous ce financement ?

ROSELYNE BACHELOT > En tout premier lieu, je voudrais rappeler que la question de la dépendance ne se réduit pas à ses seuls aspects financiers. Elle porte avant tout sur le modèle de société et de prise en charge que nous voulons construire. Car ne nous y trompons pas : le débat national que j'ai conduit, c'est d'abord un débat de société. Pour autant, vous avez raison de poser la question du financement. Les consultations que j'ai menées et les débats qui se sont tenus partout dans nos territoires ont montré un large consensus en faveur du maintien du socle actuel de prise en charge solidaire de la dépendance, auquel nos concitoyens sont très attachés. Ce socle solidaire, qui s'élève aujourd'hui à 24 milliards d'euros, ne diminuera pas. Au contraire, il devrait bénéficier de financements supplémentaires. L'heure des choix approche.

PLACE PUBLIQUE > Selon quelle philosophie allez-vous effectuer ces choix ?

ROSELYNE BACHELOT > Les choix seront faits en respectant un certain nombre de principes auxquels je tiens. D'abord, un principe de responsabilité : il n'est pas question de reporter le financement sur les générations futures, au risque d'alourdir la dette. Ensuite, un principe de justice sociale : tout le monde, selon ses moyens, de manière équitable, doit contribuer à l'effort collectif. Troisième principe : ne pas peser sur la croissance et l'emploi. Le Premier ministre a exclu une hausse généralisée de la CSG : ce serait une solution de facilité dont les conséquences pèseraient lourdement sur l'emploi et l'activité.

PLACE PUBLIQUE > Certains défendent l'idée d'une assurance obligatoire, que leur répondez-vous ?

ROSELYNE BACHELOT > Le Premier ministre a d'ores et déjà exclu l'idée d'une assurance obligatoire. C'est à partir de notre socle de solidarité que nous allons progresser. L'assurance restera donc complémentaire et facultative.



ROSELYNE BACHELOT,
ministre des
Solidarités et de
la Cohésion
sociale

PLACE PUBLIQUE > Dans ces conditions, quelle sera la place des assurances et des mutuelles ?

ROSELYNE BACHELOT > Les assurances et les mutuelles, comme l'ensemble des acteurs concernés, ont activement participé aux groupes de travail et aux débats. Elles ont su se saisir à bras-le-corps de la question du vieillissement pour l'envisager sous tous ses aspects et imaginer des solutions innovantes. J'y ai été particulièrement sensible.

Avec ses 5 millions de souscripteurs, le marché de l'assurance n'est pas négligeable, même s'il représente une participation très marginale au financement de la prise en charge de la dépendance. Nous ne nous désintéressons pas de cette question, mais je souhaite qu'à l'avenir les garanties deviennent plus lisibles, mieux articulées avec les aides publiques, ou encore transférables dans une certaine mesure. L'idée d'un label me semble intéressante. Par ailleurs, nos concitoyens ont massivement fait le choix de l'assurance-vie. Il faut permettre à ceux qui le souhaitent d'utiliser plus facilement leur épargne pour se protéger contre la perte d'autonomie.

« Un large consensus en faveur du maintien du socle actuel de prise en charge solidaire. »





« Mutualisons le risque dépendance »

ÉTIENNE
CANIARD,
président de la
Mutualité
française



« Le financement doit reposer essentiellement sur la solidarité nationale. »

PLACE PUBLIQUE > Aujourd'hui, des mutuelles proposent des contrats dépendance. Comment vous, Mutualité française, justifiez-vous la présence des complémentaires, notamment mutuelles, dans ce secteur ?

ÉTIENNE CANIARD > Sur dix contrats dépendance souscrits, sept sont le fait de mutuelles. Cela n'a rien de surprenant : le métier des mutuelles, c'est la santé. Or, il y a une grande continuité entre prévenir la maladie et retarder la survenue ou l'aggravation de la perte d'autonomie liée à l'âge. En outre, la technique des mutuelles, c'est la mutualisation du risque. Autrement dit, la réduction des coûts de prise en charge par la couverture de la population la plus large possible. Ce lien avec la santé et cette pratique de la solidarité placent naturellement les mutuelles sur le terrain de la prévention et de la couverture de la dépendance.

PLACE PUBLIQUE > Plus largement comment la Mutualité Française envisage-t-elle le financement du risque dépendance ?

ÉTIENNE CANIARD > La dépendance, ce n'est pas d'abord un problème financier. Ce sont surtout des questions

d'organisation. Comment améliorer l'accompagnement sanitaire, médicosocial ou social des personnes âgées quand leur degré d'autonomie se réduit ? Comment respecter la volonté de ces personnes, qu'elles veuillent rester à domicile ou qu'elles préfèrent être accueillies dans une résidence ? Tâchons d'apporter des réponses à ces questions. Au vu des solutions trouvées, nous traiterons de la question du financement qui est moins complexe. Mais c'est très clair pour la Mutualité française : ce financement doit reposer essentiellement sur la solidarité nationale. La prise en charge de la perte d'autonomie doit se fonder sur un socle public de protection sociale, à la fois universel et le plus élevé possible. L'intervention d'opérateurs privés ne saurait être que complémentaire et s'exercer dans un cadre strictement régulé.

PLACE PUBLIQUE > Comment voyez-vous l'articulation entre financement public et assurance complémentaire ?

ÉTIENNE CANIARD > Cette articulation, ce n'est pas la segmentation d'un marché entre des acteurs publics et privés. Le système de santé, dans son organisation comme dans l'évolution de ses dépenses, montre les limites d'une telle segmentation. L'État a un rôle déterminant à jouer dans le renforcement de la prévention, l'organisation des soins et la prise en charge de la dépendance. Les Départements doivent garder leur place dans ce dispositif, comme les associations et les mutuelles. Mais définissons ensemble un cadre solidaire et structuré dans le respect duquel chaque opérateur devra demain inscrire son action. Recherchons une unité de méthode pour le déclenchement du versement des aides, publiques et privées. Ce cadre solidaire et structuré, c'est ce que j'appelle la régulation.

« La dépendance : un risque assurable »

PLACE PUBLIQUE > Des assurances proposent des contrats dépendance. Que viennent faire les assurances privées dans ce champ ?

BERNARD SPITZ > La dépendance est un risque assurable et qui peut être mutualisé. C'est un risque de long terme qui se prête particulièrement bien aux techniques d'assurance. Les assureurs ont aujourd'hui acquis une expertise et une expérience reconnues, et savent innover en la matière. Les contrats dépendance sont apparus en France, il y a une trentaine d'années, plus tôt que dans la plupart des pays. Se sont ainsi développés une connaissance du risque et de nombreux services d'assistance à destination des assurés (téléassistance, équipement du logement, etc.). On compte à l'heure actuelle plus de 5 millions de personnes assurées contre ce risque auprès des différents organismes d'assurance.

PLACE PUBLIQUE > Plus largement comment la Fédération des assurances envisage-t-elle le financement de ce risque ?

BERNARD SPITZ > La dépense publique liée à la perte d'autonomie des personnes âgées est évaluée en 2009 à 21,5 milliards d'euros, soit 1 % du PIB. Ce coût est appelé à s'alourdir : à l'horizon 2025, le vieillissement pourrait engendrer des dépenses supplémentaires de l'ordre de 2 à 3 points de PIB. La dépendance, à elle seule, absorberait au moins un demi-point pour atteindre 1,5 % de la richesse nationale. Nous pensons qu'une réponse réside dans un recours adapté aux mécanismes d'assurance. Seuls ceux-ci permettent de s'appuyer à la fois sur le facteur temps (provisionnement du risque sur une longue durée) et sur la mutualisation des risques (abaissement du coût de la protection individuelle par une couverture large de la population). Notre fédération recommande donc une solution complétant les prestations publiques existantes, qui prendrait la forme d'une couverture dépendance universelle, à laquelle les Français souscriraient suffisamment tôt et qui leur procurerait une rente mensuelle garantie toute leur vie en cas d'entrée en dépendance, quelle que soit leur durée de cotisation.

PLACE PUBLIQUE > Pour les assurances, quelle doit être l'ar-



BERNARD SPITZ,
président de la
Fédération
française des
sociétés
d'assurances

ticulation entre un financement public et une assurance complémentaire ?

BERNARD SPITZ > L'idée du partenariat public-privé consiste précisément à ce que l'État ne se désengage pas. Que l'assurance soit obligatoire ou facultative, l'État doit pouvoir fixer les règles en concertation avec tous les intervenants publics et privés et vérifier leur bonne application. L'assurance perte d'autonomie peut permettre de corriger les inégalités majeures du système actuel. La puissance publique serait là pour garantir la cohérence de l'ensemble et permettre une prise en charge équitable, entre les personnes mais aussi entre les territoires.

« Une réponse réside dans un recours adapté aux mécanismes d'assurance. »



Marion Poussier

Les corps invisibles

J'ai passé deux semaines dans une maison de retraite. J'y ai vécu au même rythme que les résidents, prenant mes repas aux mêmes horaires, rejoignant ma chambre le soir au troisième étage. La journée, j'ai marché dans les couloirs, frappé aux portes, écouté, observé. J'ai rencontré la solitude, la souffrance et la maladie, enfermées dans un décor pastel aux allures de maison de poupées. C'est un sentiment inquiétant, proche du fantastique, que j'ai voulu retranscrire en focalisant mon regard sur ceux qui semblaient avoir déjà quitté notre monde pour vivre dans le leur. Je les ai vus errer, divaguer, crier, parler aux fantômes et chercher à s'enfuir de leur corps. Chercher à s'extraire d'une existence dont ils ne semblaient plus vouloir, libérés des contraintes que la vie en société avait jusqu'alors imposées à leur corps.

Marion Poussier

Série réalisée en 2009 à la maison de retraite Les Alleux en Bretagne.

Marion Poussier est née en 1980. Originaire de Rennes, elle vit et travaille à Paris. Après des études à l'École Nationale Supérieure Louis Lumière, Marion Poussier s'est consacrée entièrement à la photographie en développant un travail personnel qui reflète sa sensibilité et ses interrogations. Sa série sur l'adolescence a reçu le prix Lucien Hervé et a été exposée lors des Rencontres Internationales de la Photographie 2006 sous le parrainage de Raymond Depardon. Intitulée (« Un été »), cette série a également été présentée à la Galerie du Jour Agnès b. et a rejoint récemment la collection de la Fondation Cartier pour l'art contemporain ainsi que le Fond National d'Art Contemporain. Avec son projet sur la jeunesse du Moyen Orient (Iran, Liban, Israël), Marion Poussier poursuit son investigation sensible du quotidien des sentiments. Elle a reçu en 2010 le prix de l'Académie des Beaux-Arts afin de mener à bien un projet sur la famille.









