

Programme

L'accompagnement, à domicile, de la personne dépendante : Une approche transfrontalière

- 8 H 30 : **Café d'accueil**
- 9 H 00 : **Allocution de bienvenue**
Monsieur Jean-Marie CARRIER ; Député permanent aux Affaires Sociales et Hospitalières de la Province de Luxembourg
- 9 H 05 : **Introduction et modération**
Monsieur Marc OLENINE ; Président Directeur Général de l'Institut Régional d'Ingénierie Sociale (I.R.I.S)
- 9 H 10 : **L'accompagnement à domicile, ses valeurs fondamentales et ses acteurs : « Tact et bien dire »**
Madame Joëlle STRAUSER ; Professeur agrégé de Philosophie, Université de Metz
- 9 H 50 : **Pause café**
- 10 H 10 : **Etat des lieux de l'aide à domicile en Belgique**
Mesdames Pascale ADAM, Directrice d'Aide et Soins à Domicile, et Martine LAMBERT, Directrice de la Centrale de Services à Domicile
- 10 H 40 : **Etat des lieux de l'aide à domicile en France**
Madame Marie-Annick HELFER ; Responsable du service Santé, Handicap, Dépendance du Conseil Général de Meurthe-et-Moselle
- 11 H 10 : **Etat des lieux de l'aide à domicile au Grand Duché de Luxembourg**
Docteur Jacques LUCK ; Médecin conseil à la Cellule d'Evaluation et d'Orientation de l'Assurance Dépendance
- 11 H 40 : **Echanges avec la salle**
- 12 H 30 : **Déjeuner, Forum, Visite de stands**
- 13 H 30 : **Ateliers thématiques**
[ATELIER 1](#) : *Statuts des intervenants à domicile*
[ATELIER 2](#) : *Formation initiale et continue*
[ATELIER 3](#) : *Modes d'organisation et de coordination*
- 15 H 30 : **Forum**
- 15 H 45 : **Projection du film**
« J'avais 20 ans en ce temps là »
- 16 H 00 : **Synthèses et perspectives**
[Qu'il vive](#)

Allocution de bienvenue

Mesdames, Messieurs,

Je souhaiterais tout d'abord vous saluer et vous dire combien je suis heureux d'être parmi vous aujourd'hui car j'ai l'honneur d'inaugurer cette journée très particulière. En effet, ce colloque transfrontalier est le fruit d'une collaboration entre 3 pays : le Grand-Duché de Luxembourg, la France et la Belgique.

**Jean-Marie
CARRIER :**

Député permanent
aux Affaires Sociales
et Hospitalières de la
Province de
Luxembourg



Province de
Luxembourg

L'accompagnement de la personne en perte d'autonomie et/ou du handicap, qu'il résulte de l'âge ou de la maladie est possible grâce à l'existence des différents services qui assurent l'aide à domicile pour ces personnes.

L'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes s'explique d'une part par l'allongement de l'espérance de vie et d'autre part par l'amélioration du confort de vie et des soins médicaux.

« L'évolution démographique a été marquée par l'impact des deux guerres mondiales, périodes au cours desquelles le nombre de naissances a été faible. Aussi, au cours des dix dernières années, le vieillissement démographique a été ralenti, car les générations peu nombreuses, nées pendant la guerre 1914-1918, ont atteint 80 ans et plus et celles des années 1940-1945 sont entrées parmi les plus de 60 ans.

Les personnes âgées de + de 60 ans deviendront encore plus nombreuses, soit environ 11%, entre 2010 et 2040 et les octogénaires auront triplé en un siècle, soit de 1950 à 2050 ».¹

Les personnes âgées ne sont pas les seules à être confrontées à la dépendance. En effet, nous n'oublions pas d'associer à nos réflexions de ce jour les personnes handicapées suite aux circonstances malheureuses de la vie: un accident, une maladie, une naissance difficile...

Comme l'ensemble de nos concitoyens, les personnes handicapées sont aussi concernées par l'allongement de l'espérance de vie.

Peu d'information statistique est disponible au sujet des personnes handicapées.

En effet il n'existe pas de statistique globale sur le nombre de personnes handicapées en Belgique.

Par ailleurs, dans notre pays, il n'y a aucune obligation de déclarer ou de faire reconnaître son handicap.

Enfin, pour corser le tout, la notion de handicap ne s'entend pas de la même façon par les différents pouvoirs publics en charge de la politique aux personnes handicapées.

Quelques chiffres révélateurs sont néanmoins disponibles :

Selon des estimations établies par l'Office statistique des communautés européennes, suite à des enquêtes menées en 1991 et 1992, environ 12% de la population des 10 états membres étudiés étaient touchés par un handicap. Parmi cette population atteinte d'un handicap, entre 35 et 45% avaient plus de 65 ans et moins de 3% avaient moins de 20 ans.

Au 31 décembre 1998, selon les chiffres établis par le Ministère des Affaires sociales et de la Santé publique et de l'Environnement, 204.135 personnes bénéficiaient d'allocations pour personnes handicapées âgées de plus de 21 ans, ce qui donne, en comparaison avec la population belge de l'époque, un peu plus de 2%.

A la lumière de l'enquête de Santé menée en 2004 en Belgique, on constate que les personnes qui ont eu recours à une infirmière à domicile au cours de l'année précédant l'interview a progressé de plus de 3% en 7 ans : de 3,2% en 1997, le pourcentage est passé à 6,3% en 2004.

¹ Selon la publication d'un rapport abordant le thème « Vieillesse, aide et soins en Belgique » de la Direction générale Politique sociale SPF Sécurité sociale, année 2004,p14

Si ces chiffres concernent essentiellement la Belgique, l'augmentation du nombre de personnes dépendantes se vérifie aussi certainement pour la France et le Grand-Duché de Luxembourg. Cette énumération était néanmoins indispensable pour mesurer l'ampleur de l'accompagnement des personnes dépendantes à domicile. Il ne faut pas perdre de vue le souhait partagé par beaucoup d'entre nous qui est de vivre le plus longtemps chez soi, le placement en institution étant bien souvent décidé en dernier recours.

Ce maintien à domicile est rendu possible grâce au soutien familial et à l'offre de soins et de services à domicile. Garantir un accompagnement de qualité, tout en respectant la personne dépendante dans sa globalité et en apportant le soutien à l'entourage familial est certainement l'objectif poursuivi par tous.

Le thème développé en ce jour permettra à chacun de nous d'avoir un regard hors frontières sur les ressemblances, les différences et les problématiques de l'accompagnement à domicile de la personne dépendante. Mais aussi de souligner l'importance du rôle de chaque prestataire de soins participant au bien-être de la personne en perte d'autonomie à son domicile.

Cette rencontre créera, je l'espère, des liens qui serviront de tremplin vers de nouvelles actions communes.

Je vous remercie de votre attention.

Introduction : Qu'il vive !

Ce pays n'est qu'un vœu de l'esprit, un contre-sépulcre...

Marc OLENINE :

Président Directeur
Général de l'Institut
Régional d'Ingénierie
Sociale (I.R.I.S)

Dans mon pays, les tendres preuves du printemps et les oiseaux mal habillés sont préférés aux buts lointains.

La vérité attend l'aurore à côté d'une bougie. Le verre de fenêtre est négligé. Qu'importe à l'attentif.

Dans mon pays, on ne questionne pas un homme ému.

Il n'y a pas d'ombre maligne sur la barque chavirée.

Bonjour à peine est inconnu dans mon pays.

On n'emprunte que ce qui peut se rendre augmenté.

Il y a des feuilles, beaucoup de feuilles sur les arbres de mon pays. Les branches sont libres de n'avoir pas de fruits.

On ne croit pas à la bonne foi du vainqueur.

Dans mon pays on remercie.

*René Char
La Sieste Blanche*

C'est dans ce pays qui reste à construire que les personnes dites « dépendantes » trouveront à s'épanouir sous le regard de l'autre.

Quand, en 1874 dans le Middle West américain, J.F. Glidden déposait son brevet pour une invention efficace, multifonctionnelle, destinée à devenir omniprésente, il ne savait pas qu'il allait tant contribuer à modeler les consciences. Il inventait le barbelé. Devenus le symbole de tous les totalitarismes, les fils de fer barbelés ont découpé dans le monde un non-monde, réel et inhumain. Ils constituent un marquage de frontières aux effets destructeurs. La question de fond est évidemment celle du découpage du monde, de sa fragmentation et de son morcellement. On s'est interrogé sur la disparition des frontières et des clôtures culturelles. On sait aujourd'hui que les obstacles sont tenaces et que pour défaire les barbelés dans les têtes, de nombreux outils sont encore à inventer.

C'est la raison d'être de notre colloque de ce jour.

Freud recense trois métiers impossibles : le soin, l'éducation et la décision politique. Il faut entendre que leur « impossibilité » tient au fait que se sont là des « métiers de la relation » qui engagent des sujets « autonomes » en relation, sujets qui se construisent par la relation qu'ils construisent....

Se dessinent ainsi trois figures du professionnel du maintien à domicile : ces figures sont empruntées à Marcel Gauchet dans « le désenchantement du monde ».

L'être soi, cette histoire singulière en miroir de l'histoire singulière de l'autre... c'est le moment éthique où personne ne s'épargnera le questionnement de sa propre pratique.

L'être ensemble, une déontologie qui implique une formalisation des règles professionnelles, codes et chartes.

L'entre soi où toute pratique professionnelle d'accompagnement s'inscrit dans des normes et des références collectives. En même temps paradoxalement leur indécidabilité, leur incomplétude et leur imprévisibilité constituent la possibilité même de leur exercice.

On voit bien que ces « petits métiers » du travail à domicile sont en passe d'acquérir les attributs d'une véritable profession à cet entrecroisement de l'individuel et du social, du politique et de l'éducatif, à côté, juste à côté, de ceux qui assurent la prise en charge des soins médicaux...

Chez nous, pays des trois frontières aux confins de trois nations, nous sommes coutumiers du « dialogue des cultures », expression que nous utilisons abusivement, je le crois, pour désigner seulement une attention respectueuse envers les autres. Souhaitons que ce colloque contribue à un véritable échange d'idées pour discerner et dissiper quelques malentendus, souligner les divergences d'approche, mettre en lumière les différences entre les mondes mentaux...

Et il ne s'agit ici que de frontières territoriales ou nationales. Que dire de celles qui proviennent de cette confusion entre l'identité des personnes et l'une ou l'autre de leurs appartenances ?

Ne réduisons jamais le principe d'identité à la relation d'appartenance ! Cela revient à ce que l'identité d'une personne s'épuise dans l'une ou l'autre de ses appartenances : elle serait, noire, ou mâle, ou jeune en difficulté, ou personne âgée, ou personne dépendante...

Pitié, n'utilisons pas le terme identité quand il s'agit de culture, de langue, de sexe ou de tranche d'âge, puisque là, il signifie l'appartenance.

Cette faute peut être à l'origine de graves dérives...

L'identité « authentique » se détaille et se dissout en mille catégories différentes : les voyages, travaux et apprentissages, les expériences professionnelles, sportives, politiques, religieuses augmentent le nombre de collectifs correspondant à nos apprentissages et nos expériences... Le philosophe Michel Serres imagine la création d'un passeport variable qui ressemblerait à la cartographie des expériences personnelles et des aptitudes changeantes. C'est dans le secret de chacun que ces mille appartenances vont parfois se détériorer jusqu'à l'oubli et parfois se bonifier comme le bon vin...

C'est sur cette scène que se joue la rencontre entre la personne dépendante, souvent seule, et les professionnels de l'aide à domicile, ceux-là à la fois solitaires dans leur relation d'accompagnement et à la fois organisés en réseaux...

Il n'est pas de bonheur sans les autres... Aussi ce colloque devrait-il être prétexte à un nouvel éloge de la vie commune où le don, explicitement présenté comme une décision libre et ne résultant pas d'un calcul ou d'une réversibilité contractuelle, est une manière, pour une conscience ou un groupe, d'exprimer son amour ou son affection pour une autre conscience ou un autre groupe. Il s'agit ici d'un nœud difficile et complexe, que les professionnels de l'accompagnement connaissent bien : la réciprocité, cette relation entre deux sujets, deux consciences, cette relation dans laquelle chacun est librement dans un même rapport d'égalité et d'identité avec l'autre. Il n'est pas de bonheur sans l'affirmation et la louange d'autrui.

Chez vous, comment faites-vous pour accompagner les personnes dépendantes à leur domicile ?

C'est cette question qui nous réunit aujourd'hui.

Les valeurs fondamentales de l'accompagnement à domicile : Tact et bien dire.

Joëlle STRAUSSER :

Professeur agrégé
de philosophie ;
Université de Metz

Solidarité, dévouement, respect, patience, discrétion, constance : ce ne sont là que quelques unes des valeurs ou des vertus qu'implique l'accompagnement de la personne dépendante à domicile. Il s'agit de les repérer, peut-être de les décrire, mais aussi de questionner ce qu'on en dit d'ordinaire. En effet, les situations de soin de ce type engagent les soignants et les soignés, les accompagnants et les accompagnés, dans des relations qui s'inscrivent dans une durée plus longue qu'un acte de soin médical et, de ce fait, elles mettent en oeuvre plutôt des façons de se conduire dans l'existence ordinaire que des savoirs ou des compétences techniques. C'est pourquoi elles sollicitent sans doute plus directement les attitudes et les traits de personnalité que d'autres situations de soin. Il semble donc important que les accompagnants puissent considérer leurs intentions, leurs doutes et leurs difficultés sans être ni victimes ni dupes de certaines proclamations morales, en se tenant au plus près de la vérité de leur pratique concrète et de ce qu'elle leur fait vivre au plus intime de leur rapport à l'autre.

Je commence par quelques précisions sur notre situation. Vous êtes réunis en tant que « professionnels » d'une activité que je ne pratique pas. Je suis professeur de philosophie et si, à titre privé, j'ai eu parfois à accompagner des personnes en difficulté, je ne suis pas pour autant spécialement « compétente » dans cette activité. J'en ai une petite expérience comme quiconque a dû faire face à certaines situations, d'ailleurs délicates. Je crains bien de n'avoir à vous proposer ici que quelques « banalités ».

Professeur de philosophie : la philosophie n'est pas un « savoir », en tout cas, ce n'est pas une « science ». On s'y soucie plutôt de « sens » que de connaissances. Ce qui ne veut pas dire qu'on y fasse fi des connaissances, mais que, depuis que la science s'est séparée d'elle, la philosophie se réserve une activité *réflexive*, l'exploration réflexive du sens et de la valeur de ce – de tout ce – dont les hommes ont l'expérience.

On me demande, à ce titre, de parler des valeurs qui fondent votre pratique. Je vais essayer de le faire, à ma manière, qui n'est pas toujours orthodoxe, mais avec le souci de me tenir au plus près de la vérité. Vérité : c'est pour moi, dans ma pratique, la première valeur qui s'impose et je vais essayer de le montrer.

Je pars des termes que vous employez vous-mêmes à propos de votre activité. Il s'agit donc de « l'accompagnement à domicile de la personne dépendante ».

Je vais m'attacher à ce qui me paraît à la fois essentiel et simple.

Accompagnement :

Le verbe « accompagner » a une étymologie latine. Le mot est apparu en français en 1165 avec le sens de « prendre pour compagnon ». Le mot « compagnon », en ancien français « compain », qui a donné copain, signifie *celui avec qui on partage le pain*, puis *celui avec qui on vit et dont on partage les activités*. Bien sûr, le mot et ses usages ont évolué ; mais cette origine étymologique est précieuse. Le verbe « accompagner » a d'abord signifié « prendre pour compagnon », puis « se joindre à quelqu'un ». Et il a continué, lui aussi, de voir ses usages évoluer. De nos jours, on accompagne les enfants à l'école, par exemple. Dans le verbe accompagner, il y a en effet l'idée de mouvement. Et si l'usage de « accompagnement » se répand à notre époque pour les personnes, auparavant, il était plutôt réservé à la musique ou à la cuisine et, dans ces emplois là, on entendait bien le caractère « secondaire » de l'accompagnement. C'est la viande ou le poisson qui compte et l'accompagnement de légumes n'est qu'une « garniture », de même que l'accompagnement musical n'est là que pour soutenir la mélodie.

Paradoxe donc : voici une activité en cours de professionnalisation et de réglementation, une activité, j'insiste, qui nous paraît extrêmement importante et qui porte un nom qui la « secondarise ».

Ce sont là quelques indications qui permettent peut-être de se donner un cadre pour réfléchir à cette fameuse question des valeurs qui peuvent fonder cette activité.

Accompagnement de la **personne**

Ce qui s'impose, c'est d'abord que votre activité est requise par la situation de personnes dont l'activité propre se voit empêchée, entravée, par des difficultés le plus souvent

physiques. Il s'agit bien là d'accompagnement au sens d'une activité de soutien : vous devez *soutenir la « mélodie » de la personne dont vous vous occupez*. Soutien, mais peut-être aussi mise en valeur.

Cela nous donne déjà une première indication : la première « valeur » dont nous ayons à nous soucier, c'est bien la personne accompagnée. La *personne*, ce n'est pas l'individu. On ne parle de personne, dans notre tradition, que pour l'être humain considéré comme sujet, doué d'une *dignité* qui tient à ce qu'on lui reconnaît une intériorité, une conscience, une liberté, toutes caractéristiques qui lui confèrent cette « dignité » que Kant, au XVIII^e, a nommée et « définie » par opposition au « prix » des objets ou des « choses ». La dignité n'est certes pas facile à définir, mais il faut avoir cette notion en tête. On voit bien l'opposition entre « dignité » et « prix » : le prix concerne les choses en tant qu'elles sont des « moyens » d'action ou de satisfaction des besoins ou des désirs, des choses dont on peut disposer et qui s'échangent, voire se substituent les unes aux autres ; la « dignité » concerne la personne précisément en tant qu'elle ne se réduit pas à un moyen, mais constitue, en elle-même, une « fin », une « fin en-soi », précise Kant. Je ne peux pas traiter une personne comme un moyen, du moins, je ne peux pas la traiter *seulement* comme un moyen ! La personne est toujours singulière et « irremplaçable » : on n'échange pas des personnes, sauf précisément dans des situations qui nous choquent, par exemple celle des prises d'otages.

Accompagnement de la personne **dépendante**

Mais de surcroît, vous avez à accompagner (« à domicile ») des personnes « dépendantes ». La *dépendance* dont il s'agit ici relève de ces difficultés que j'évoquais plus haut : ces personnes sont « dépendantes » au sens où leur activité est limitée par des difficultés qui réduisent leur « autonomie ». On peut s'arrêter un peu sur la notion de dépendance : elle indique un manque. On ne dépend que de ce dont on ne peut pas disposer par soi-même. Dépendre de quelqu'un ou de quelque chose, c'est ne pas pouvoir agir, voire ne pas pouvoir subsister, sans ce « complément ». Au XVIII^e, le verbe « dépendre » signifiait « pouvoir se réaliser sous l'action ou l'intervention de quelqu'un ». Il exprimait l'idée d'une solidarité de fait. Il a aussi eu, dans l'histoire de la langue, la valeur d'« être à la merci de quelque chose » ou d'« être sous l'autorité de quelqu'un ». La « dépendance » dont on parle aujourd'hui à propos des « addictions » n'est qu'une des nombreuses variantes de l'usage du terme. Et toutes les luttes pour l'*indépendance*, qu'il s'agisse des peuples, des femmes, des adolescents, ou d'individus singuliers, nous signifient clairement que nul ne souhaite être en situation de « dépendance ». La dépendance contredirait l'autonomie de la personne comme nous l'avons évoquée plus haut.

Il y a donc là une indication précieuse : la dépendance induit une dissymétrie entre la personne dépendante et celle qui l'accompagne. Et cette dissymétrie peut se donner d'abord sous la forme d'une « inégalité ». Si personne ne souhaite être en situation de dépendance, c'est bien pour ça : parce que c'est une limite, non seulement à la liberté, mais à l'égalité. Il y a quelque chose d'*humiliant* dans ce défaut d'égalité qui impose d'être, d'une manière ou d'une autre, soumis à celui dont on dépend, alors qu'en tant que personne, chacun est l'égal de l'autre. *L'humiliation, c'est précisément ce qui porte atteinte à la dignité*. Comment donc, dans votre pratique, épargner à la personne dont vous vous occupez, que vous accompagnez, l'humiliation, la négation de sa dignité, en évitant que la dissymétrie réelle, de fait, ne soit vécue comme inégalité ?

Je ne veux pas nier l'inégalité : c'est une donnée constante de la condition des hommes, dès lors qu'on ne se satisfait pas des abstractions que véhiculent les grands mots au singulier, du type « l'Homme ». Il y a **des** hommes, au pluriel, une pluralité d'êtres humains, nécessairement inégaux de fait, parce que différents : certains plus grands, d'autres plus petits, certains plus forts, d'autres plus faibles, certains plus malins, d'autres plus maladroits. Inégaux, au sens où l'égalité ne peut jamais se dire que d'un certain point de vue : ici, la taille, la force, l'habileté, etc. Ce qui nous importe, c'est *l'égalité de droits* d'une part, *l'égalité de dignité*, de l'autre. Il s'agit de traiter l'autre comme un égal, tout en sachant qu'il y a inégalité depuis d'autres points de vue. Quand j'accueille en cours les quelques étudiants qui arrivent en fauteuils roulants, je ne peux pas prétendre

que nous sommes égaux du point de vue de la mobilité. Mais je peux les traiter comme des égaux en dignité.

Ce qui n'est pas simple, pas du tout ! Il y a là une des difficultés majeures de votre pratique, puisque c'est déjà une difficulté présente et redoutable dans bien d'autres pratiques. On pourrait par exemple évoquer cette difficulté dans toute activité éducative : il n'y a jamais égalité entre éducateur et éduqué, d'un certain point de vue. Pourtant un éducateur qui n'a pas le sentiment et le souci de l'égalité qui doit être *posée* entre celui qu'il éduque et lui-même en tant qu'ils sont à égalité de dignité de personnes, ou plus simplement d'êtres humains, risque bien de faillir à sa tâche. (Voir le statut de l'enfance). Ceci dit, pour en revenir à votre pratique, vous n'êtes pas des « éducateurs », vous n'avez pas à éduquer les personnes que vous accompagnez – et il vous est sans doute nécessaire d'en avoir une claire conscience. Mais vous êtes dans cette situation de dissymétrie où vous avez des possibilités que l'autre n'a pas et où vous avez à lui permettre de développer ses propres possibilités et où vous avez à suppléer à celles qui lui font défaut.

Je ne saurais envisager ou énumérer les différentes formes de dépendance auxquelles vous avez à faire, mais je suppose que votre activité elle-même leur est subordonnée. On ne doit certainement pas agir de la même façon avec quelqu'un qui « ne » souffre « que » de « mobilité réduite », qui doit compter avec autrui pour se déplacer dans certaines circonstances, et avec quelqu'un dont les difficultés sont plus graves, voire concernent aussi la vie psychique ou mentale. De sorte qu'il me semble que votre profession exige que vous ayez une bonne *connaissance* des différentes formes de dépendance afin de pouvoir ajuster votre attitude et votre activité à la situation précise dans laquelle vous évoluez. Il s'agit là de **compétence professionnelle** et si, en un sens, je suis très mal placée pour en parler, puisque ce n'est pas mon domaine, en un autre sens, je suis à même de dire que la *compétence professionnelle*, en un premier sens très « technique », est ce à quoi rien ne peut se substituer. Un mauvais mathématicien ou un mauvais philosophe, j'entends par là quelqu'un qui ne saurait pas de mathématiques ou de philosophie, ne saurait les enseigner, tout « pédagogue » qu'il se veuille ou se croie. Vous avez donc, je suppose, à développer un haut niveau de connaissances des différents handicaps ou difficultés qui peuvent limiter l'autonomie des personnes que vous accompagnez.

Dignité de la personne à considérer dans les termes d'une irréductible égalité, connaissance précise de la mesure et de la forme de la dépendance qui la concerne, voilà déjà deux exigences fondamentales.

Accompagnement à domicile de la personne dépendante

Accompagnement à domicile. Le domicile, quand il ne s'agit pas d'un langage administratif, c'est le lieu où on habite, où on demeure, où on vit. C'est la maison (*domus*, en latin). Les personnes dépendantes sont précisément celles qui risquent d'être *assignées à demeure* par leurs difficultés. Et la nécessité de les accompagner tient à la réduction de leurs possibilités de déplacement hors de la maison, quelles qu'en soient les causes. Mais, du coup, cela signifie que vous avez sans doute à « faciliter » ou à rendre possibles certains déplacements, si et quand ils sont encore envisageables. Et cela signifie surtout que vous avez à séjourner « dans la maison », ce qui implique une entrée dans l'*intimité* de la personne concernée. Faciliter un mouvement vers l'extérieur, ne pas violer l'intimité tout en y pénétrant, ce ne sont pas des tâches faciles.

Là encore, la situation concerne la question de l'égalité. Vous entrez dans l'intimité de la maison de quelqu'un qui n'entre pas de la même façon dans la vôtre. Comment être à égalité ? Ou plutôt, la question à se poser serait : « comment maintenir ou restaurer une égalité dans une situation d'inégalité ? »

L'intimité n'est pas seulement physique et spatiale. Du point de vue physique, matériel, je suppose que la profession a ses règles et qu'on développe un certain savoir-faire, précis et codifié, quant aux conduites à tenir à l'égard de l'espace privé et de la façon dont on peut s'y situer.

De même pour ce qui relève des soins du corps : je suppose, je ne peux que supposer, qu'on apprend à soigner le corps de l'autre avec **respect**, en sachant ne pas lui imposer les soins comme une intrusion ou une violation de son corps, parce que le corps est l'être même de la personne. C'est dans le corps qu'on éprouve et qu'on vit même ses « états d'âme », chacun le sait, quoiqu'on pense par ailleurs de ce qu'on appelle « l'âme ». Dans

les situations où on est malade, lors des hospitalisations, par exemple, chacun a fait l'expérience de soins assénés ou imposés par des « soignants » indéclicats qui traitent le soigné plutôt comme un objet à entretenir ou à réparer que comme un semblable à respecter. Dans ces situations-là, on est souvent tenté de poser les questions en termes de « psychologie » et d'opposer l'attitude personnelle des soignants, médecins, infirmiers ou infirmières, à leur compétence. Je crois qu'il s'agit là d'une erreur. J'ai souvent été frappée, dans les hôpitaux surtout, par le clivage que le personnel soignant faisait entre les actes considérés comme « techniques » et tout ce qui relevait du « contact » avec les patients, ou la famille du patient, comme si les actes techniques (raser un patient avant une opération, lui faire une injection, lui passer le bassin, lui administrer des médicaments, etc.) ne relevaient pas du contact ; comme si le « contact », voire ce qu'ils appellent la « communication », ne relevait que de discours ou de manières de faire qui « s'ajouteraient », comme des « additifs », comme un « supplément d'âme », bref comme quelque chose qui serait secondaire, sinon superflu et, surtout, qui n'appartiendrait pas en propre à l'acte de soin. Selon moi, la capacité de soigner avec respect, en faisant preuve de délicatesse envers le corps du « patient », cette capacité là fait partie des compétences professionnelles. Je pense qu'au contraire de ce qu'on a tendance à imaginer, ce doit être *dans la façon même d'effectuer tous ces gestes ou ces actes* que doit se manifester la décision de traiter l'autre, le « patient », le « malade », la « personne dépendante », comme une personne à traiter avec le respect qui est dû à sa dignité. Il appartient aux soignants d'avoir cette compétence là !

Mais il y a aussi une autre intimité : c'est une intimité qu'on serait tenté de dire « psychologique », « psychique », celle qui tient à la fréquentation assidue et peut-être longue, dans la durée, de la même personne. Comment ne pas être dans une relation assez intime avec quelqu'un dont on s'occupe, qu'on accompagne, avec qui, donc, on partage du temps, des activités, des paroles ? Et comment l'être sans l'être trop ?

J'ai déjà parlé de délicatesse et j'ai évoqué le tact dans le titre de mon intervention : c'est la notion la plus difficile à définir, peut-être. Tact : c'est le mot qui signifiait le « toucher », avant de prendre son sens actuel de « délicatesse » ou de « doigté ». Il vient lui aussi du latin, du verbe *tangere* qui signifiait toucher, et dont il nous reste « tangible ». Tact a pris, dès le XVIII^e siècle, un sens « abstrait » : la capacité de juger rapidement, à partir de faibles indices et ce, surtout dans le domaine des convenances et des usages du monde. Avoir du tact, c'est être capable de sentir ce qu'on peut ou non faire ou dire, dans des circonstances précises. On ne peut énoncer de « règles du tact », puisqu'il s'agit, dans la singularité de la situation, en tenant compte de la singularité des personnes, de savoir discerner ce qu'on peut dire ou faire sans gêner, choquer, heurter, blesser une ou des sensibilités. C'est ce qu'il y a de plus difficile. Au XVIII^e siècle, Kant, le même philosophe qui a mis au point l'opposition entre « personne » et « chose », entre « dignité » et « prix », a distingué entre deux types de jugements : les jugements déterminants et les jugements réfléchissants. Les jugements déterminants sont ceux où on va du général au particulier ; on dispose d'une règle d'application du jugement et il s'agit seulement de ranger les cas particuliers sous la loi générale déjà connue ; par exemple devant un objet métallique, penser que, puisque les métaux se dilatent à la chaleur, cet objet-ci se dilate à la chaleur. Les jugements réfléchissants sont ceux qu'on ne peut formuler ou poser que dans l'autre sens : on ne dispose pas d'une loi générale, mais on est devant la singularité d'un cas particulier et on doit dire à son propos quelque chose qui le situe dans l'universel. Par exemple, dire qu'un objet est « beau », alors qu'on ne dispose pas d'un concept clair de la « beauté ». Le tact s'exerce dans ce genre de situation : je dois décider très vite de ce que je peux faire ou dire, dans cette situation très précise, en tenant compte de sa singularité, alors que je ne dispose d'aucune « loi générale ».

Le tact suppose une certaine culture de sa propre sensibilité qui ne peut se développer que par la pratique régulière de la réflexion sur ses propres « états d'âme » : émotions, sentiments, mouvements d'humeur, etc.

Or, pour pouvoir faire preuve de tact à l'égard d'autrui, on doit être dans un rapport juste à soi-même. Être dans un rapport juste à soi-même, cela exige d'abord de pouvoir accueillir, sans excès de culpabilité, ou de honte, ou de tout autre sentiment négatif de cet ordre, ce qu'on perçoit de *désagréable* ou de *déplaisant* en soi-même et de soi-même. On a été éduqué à des « valeurs » et à des jugements de valeurs sur certaines attitudes et sentiments. Il n'est pas beau d'être égoïste, mais on doit être généreux. Il

n'est pas beau d'être colérique, on doit être patient. On doit être dévoué, discret, attentif, etc. Je ne mets pas en cause la valeur de ces jugements. Je les approuve. Comme chacun, j'estime à leur juste valeur le dévouement, la générosité, la patience, la discrétion, etc. Ce que je voudrais dire, c'est en revanche que, tant que ces qualités prennent l'allure d'impératifs, de devoirs, d'obligations sans être articulées à la réalité de ce qu'on éprouve, elles risquent de n'avoir qu'un statut d'idéal, voire d'idéal persécuteur. C'est ici que peut jouer ce que je disais plus haut : il faut pouvoir réfléchir sur ses propres « états d'âme », ses humeurs, ses mouvements spontanés, ses sentiments, et en particulier sur ceux qui sont « négatifs » ou « mauvais ». Pouvoir réfléchir sur eux, cela exige de les accueillir au lieu de les étouffer ou de les réprimer. Les accueillir, ce n'est pas les approuver, ni leur laisser libre cours au sens où ils devraient se développer sans frein et prendre le dessus. C'est seulement « ne pas les ignorer », ne pas faire comme s'ils n'existaient pas, ne pas chercher à « faire l'ange », comme disait Pascal (« L'homme n'est ni ange ni bête, et le malheur veut que qui veut faire l'ange fait la bête », *Pensées*, Brunschvicg 358).

Je n'ai évoqué jusqu'ici que les sentiments négatifs parce que ce sont ceux à propos desquels il est le plus facile de voir à quel point nous pouvons les ignorer parce que nous avons à les réprimer, mais il en va souvent de même d'émotions ou de sentiments qui seraient « neutres » ou positifs. A se vouloir « bon » ou tout simplement « convenable », on assèche souvent ce qui constitue la source même d'un véritable rapport à l'autre, d'un rapport juste à soi-même qui en est la condition.

Et c'est ici qu'entre en jeu, me semble-t-il, une dimension de vérité. Je ne parle de vérité qu'en un sens très simple : le contraire du mensonge à soi-même et de l'illusion. Le tact exige une très grande sensibilité à soi-même qui permette de développer la sensibilité à autrui. Et cela exige une attitude de respect de la vérité. Dans les familles, par exemple dans les rapports entre parents et enfants, c'est très souvent la volonté d'ignorer ce qui pourrait ressembler à de l'agressivité à l'égard de leurs enfants qui empêche les parents de trouver le rapport juste à leurs enfants, en particulier pour tout ce qui concerne la nécessité de dire « non ». Il vaut infiniment mieux savoir qu'un enfant est parfois exaspérant, ou plutôt qu'on éprouve de l'exaspération devant ses demandes et ses exigences, pouvoir identifier l'exaspération, voire la nommer et en parler que la réprimer en faisant mine d'être patient jusqu'au moment où on explose : alors l'agressivité qu'on a voulu ignorer est bien plus violente et cause bien plus de ravages encore que si on l'avait accueillie, reconnue et, peut-être, signifiée quand il en était encore temps.

Je ne sais pas si je me trompe, mais il me semble, à partir de mes expériences « privées » de l'accompagnement, au sein de ma propre famille, que cette situation expose à éprouver bien des « affects » difficiles à accueillir et à orienter. Il faut très souvent « prendre sur soi », comme on dit, pour demeurer d'humeur à peu près égale et ne pas se laisser « submerger », que ce soit par l'impatience, l'anxiété ou une certaine agressivité. Je sais bien que la situation n'est pas la même quand on affronte une situation à titre privé ou à titre professionnel, et c'est encore une raison qui me fait valoriser la compétence professionnelle, donc la formation. Mais je crois que ce qui est déterminant, c'est de trouver « la bonne distance ». Accompagner, c'est une façon d'être « à côté », ou « aux côtés » de quelqu'un ; ce n'est pas vivre à sa place ce qu'il vit. Et quand il s'agit d'une profession, il est essentiel de garder ça en tête, afin de mettre en œuvre quelque chose comme une « méthode », au lieu de prendre le risque de s'engager dans un processus où l'investissement psychique serait tel qu'il imposerait à chacun, à l'accompagnant comme à l'accompagné, des phénomènes de « transfert » difficiles à vivre et à résoudre.

C'est pourquoi je parle de « bien dire ». Il ne s'agit pas de rhétorique, de beaux discours ou de « littérature » au mauvais sens du terme. Il s'agit de se tenir au plus près de ce qu'on vit vraiment pour pouvoir réagir sans se laisser dominer par ce qu'on aurait ignoré. Pour pouvoir faire preuve d'un peu d'humour et trouver la bonne distance. « Bien dire », c'est d'abord être capable de se dire à soi-même, pour pouvoir ensuite trouver les mots justes envers autrui, au lieu de se laisser prendre à des « discours convenus » sur ce qu'il faut faire ou dire. Ce qui, en un sens, relève aussi de la liberté.

Je disais plus haut que le tact exige qu'on cultive sa propre sensibilité. Je crois aussi qu'il faut cultiver sa liberté, et d'abord sa liberté de penser – à partir de sa propre situation,

concrète, et non pas à partir de principes « tout faits » auxquels on ne pourrait que se soumettre. Il y a bien sûr des principes de la conduite qu'il vaut mieux respecter, mais, encore une fois, je crois qu'ils ne sont véritablement respectés que lorsqu'on les a véritablement repris à son compte en sachant « pourquoi » on souhaite les respecter. Tant qu'ils sont vécus comme des normes qui s'imposent de l'extérieur, auxquelles on doit seulement « se soumettre », sans y confronter les doutes ou les difficultés que suscite l'expérience, ils risquent de rester lettre morte.

Je crains bien de ne vous aider que fort peu par ce que je viens de dire. Mais je crois réellement que vous avez une tâche parmi les plus difficiles. Il faut le savoir. Il faut d'autant plus le savoir que plus on cherche à ignorer la difficulté d'une situation dans laquelle on est personnellement et affectivement engagé, plus elle fait retour, et parfois avec violence. Il faut donc concilier ces deux impératifs de respect de la personne accompagnée et de protection de son propre équilibre pour pouvoir continuer à l'accompagner. Il faut une *compétence professionnelle* d'ordre éthique – qui vous rappelle que c'est une profession dans laquelle l'engagement personnel et affectif, certes réel, doit cependant être mesuré afin de pouvoir durer. Alors que je parlais de cette intervention avec un de mes collègues, il a évoqué le « paradoxe du comédien » de Diderot. Le comédien, selon Diderot, doit traduire et provoquer des émotions. Mais, pour le faire, il doit garder son sang-froid : « Pressentir d'imagination et de génie et rendre de sang-froid », écrit-il. Il ne s'agit pas tant d'être « sincère », pour le comédien, que d'élaborer, par l'exercice et par une pratique raisonnée, son rôle. Il ne doit pas compter sur sa seule sensibilité, mais savoir *comment* jouer. Le paradoxe du comédien est donc le paradoxe de celui qui est partagé entre sensibilité et réflexion. Je ne veux évidemment pas, après tout ce que j'ai dit auparavant, vous inviter à n'être pas sincère, mais retenir de Diderot quelques indications. Par exemple, il dit : « C'est au sang-froid à tempérer le délire de l'enthousiasme ». Il s'agit de savoir choisir entre passion et réflexion. Vous avez une profession qui est source de « passions » au sens ancien de ce qu'on subit, de ce dont on pâtit. Vous ne l'avez peut-être pas choisie par « passion » au sens actuel du terme. Il se peut que vous y soyez venu par le hasard des circonstances de votre vie. Peu importe. Peu importe, parce qu'une fois engagé dans cette pratique, à condition d'y être assez engagé pour vouloir bien l'exercer, vous n'avez plus qu'à cultiver votre compétence professionnelle en ayant conscience qu'elle concerne aussi votre propre intimité, votre propre personne que vous devez respecter autant que celle de la personne que vous accompagnez.

Etat des lieux de l'aide à domicile en Belgique

Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs,

Bonjour.

Pascale ADAM :

Directrice Aide et
Soins à Domicile
(A.S.D)

Avant d'aborder l'accompagnement à domicile de la personne dépendante, permettez-nous de nous présenter :

Madame Pascale ADAM est infirmière de formation et elle exerce actuellement le rôle de Directrice de l'Aide et Soins à Domicile, qui est un Centre de Coordination dont le siège social est situé dans le Sud de la Province du Luxembourg.

Martine LAMBERT :

Directrice Centrale
de Services à
Domicile (C.S.D)

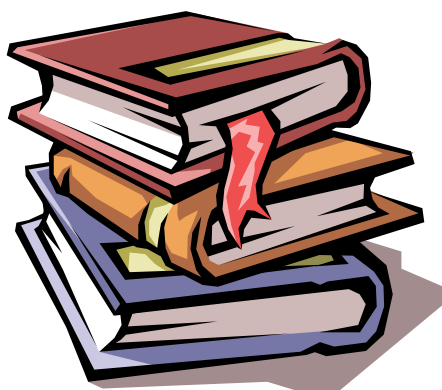
Je m'appelle Martine LAMBERT, je suis également infirmière de formation et j'exerce le rôle de Directrice à la Centrale de Services à Domicile en Luxembourg, qui est également un Centre de Coordination dont le siège social est situé à Saint-Hubert (centre de la Province du Luxembourg).

Avant d'aborder les états des lieux de l'aide à domicile pour la Belgique, nous voulions simplement vous informer que, tout ce qui sera expliqué pendant notre exposé se trouve dans la farde que vous avez reçue à l'entrée.

Notre exposé sera composé de quatre parties :

- 1) Un bref rappel historique des éléments qui ont conduit à l'organisation actuelle de l'aide à domicile (sur les 10 dernières années).**
- 2) Un état des lieux concernant la demande et l'organisation de l'offre.**
- 3) Un descriptif des modes de financement de l'aide à domicile et les conditions d'ouverture des droits.**
- 4) Les perspectives de développement et d'évolution des dispositifs.**

- 1) Revenons tout d'abord au bref rappel historique de l'aide à domicile des 10 dernières années en Belgique.**



Quelles sont les raisons principales de ce changement, de l'évolution de la prise en charge à domicile ?

a) Le vieillissement de la population : statistiques actuelles

Province du Luxembourg	1981				
	Pop. totale	0-19 ans	20 – 59 ans	60 – 79 ans	80 ans et plus
	221926	66923	112241	36839	5923
	1999				
	Pop. totale	0-19 ans	20 – 59 ans	60 – 79 ans	80 ans et plus
	245140	66266	127778	42844	8252
	2004				
	Pop. totale	0-19 ans	20 – 59 ans	60 – 79 ans	80 ans et plus
	254120	67724	135270	41329	9797

Le vieillissement de la population est une réalité. Chiffres, statistiques, études attestant de cette évolution démographique ne manquent pas.

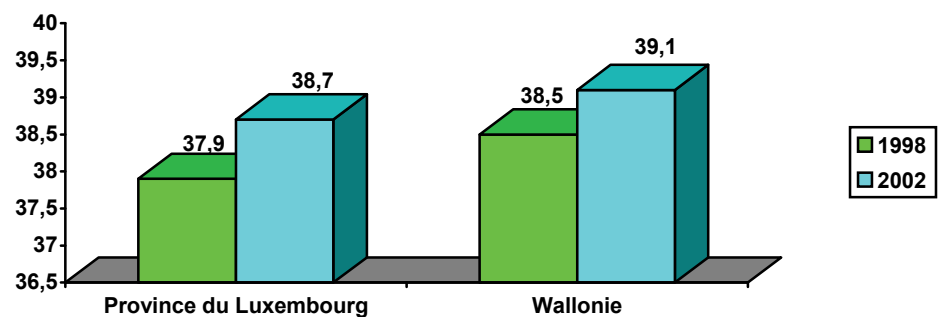
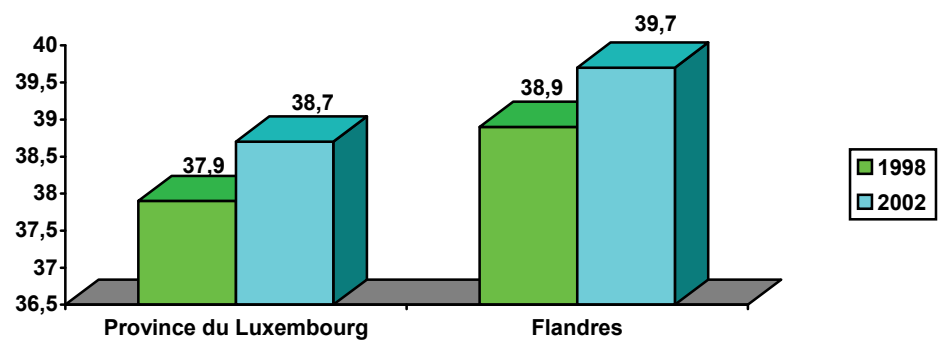
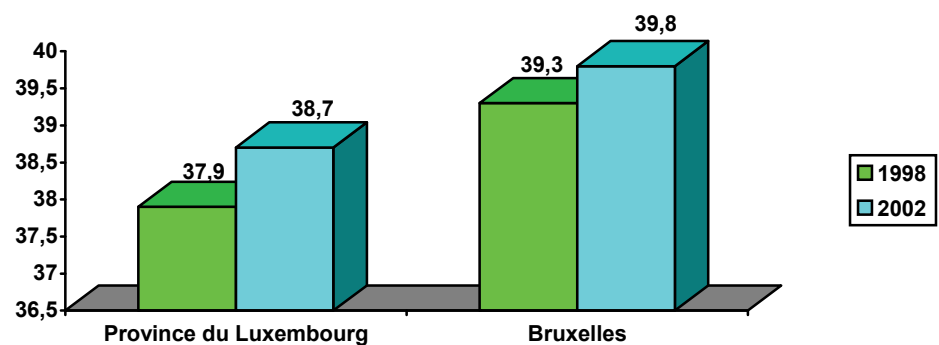
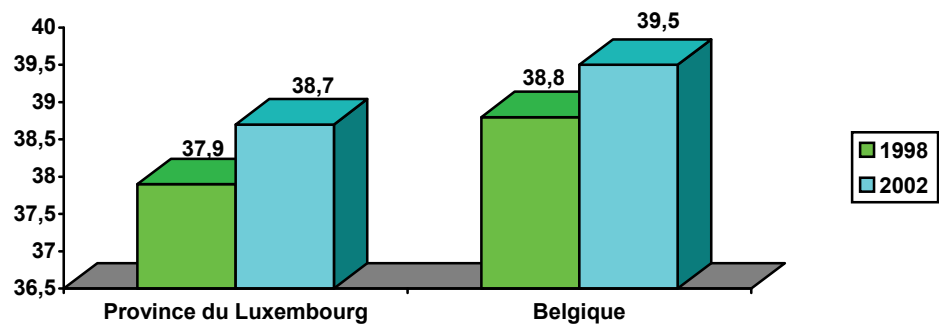
La population de la Province du Luxembourg n'échappe pas au renversement de la pyramide des âges et accuse donc un vieillissement de la population. L'âge moyen en province en 1998 était de 37,9 ans. Il est estimé à 38,7 ans pour 2002.

Toutefois, ce phénomène de vieillissement est moins marqué qu'ailleurs dans le royaume, ce qui fait de notre province la population la plus jeune du pays (âge moyen pour la Belgique en 1998 étant de 38,8 ans soit un an de plus que chez nous et est estimé à 39,5 ans pour 2002). Cette situation s'explique principalement par un taux de natalité supérieur à la mortalité.

Toutefois, longévité ne rime pas nécessairement avec qualité de vie et la prise en compte des populations de plus de 60 ans représente à l'heure actuelle une des priorités en matière de santé publique.

S'il est vrai que notre province compte une densité de population faible, elle présente néanmoins un nombre important de personnes âgées de 65 ans et plus ; soit 16% de la population totale de notre province.

AGE MOYEN DE LA POPULATION DE LA PROVINCE DU LUXEMBOURG comparé avec d'autres unités géographiques



PERSPECTIVE DE POPULATION 2011 – 2051 EN WALLONIE

Année	2011	2021	2031	2041	2051
Moins de 20 ans	810 013	804 525	813 204	809 213	811 211
20 – 39 ans	894 184	899 976	890 266	887 186	895 316
40 – 59 ans	1 846 002	1 810 843	1 771 951	1 781 867	1 783 215
60 ans et plus	794 540	935 983	1 070 801	1 137 435	1 181 475
80 ans et plus	174 672	185 169	23 860	317 515	364 107
Population totale	3 450 555	3 551 351	3 655 956	3 728 515	3 775 901
% des moins de 20 ans	23,5%	22,7%	22,2%	21,7%	21,5%
% des 60 ans et plus	23,0%	26,4%	29,3%	30,5%	31,3%
% des 80 ans et plus	5,1%	5,2%	6,5%	8,5%	9,6%
Intensité de vieillissement	22,0%	19,8%	22,2%	27,9%	30,8%

b) La diminution des durées d'hospitalisation

Ce phénomène augmente le nombre de convalescence à domicile. La personne rentre à son domicile et doit y recevoir des soins beaucoup plus variés et parfois plus complexes (exemple : perfusion via port-a-cath, trachéotomie, un éventail non négligeable de pansements, alimentation par sonde gastrique,...)

Auparavant, les personnes sortaient de l'hôpital quand elles étaient guéries. Elles réintégraient leur domicile afin de se reposer encore quelques temps. Dans cette situation, le conjoint, la famille ou le voisinage pouvaient aider mais, aujourd'hui, la personne dépendante a besoin de professionnels en plus de l'aidant informel. Le professionnel doit continuellement s'adapter aux changements, aux nouvelles techniques par des formations continuées.

c) L'éclatement et l'éloignement géographique des familles

L'éclatement, l'éloignement géographique des familles a provoqué un recours accru de la population des plus âgés aux services socio - sanitaires. N'oublions pas que les services d'aide aux familles ont vu le jour après la deuxième guerre mondiale et avaient au départ pour mission d'aider les mamans de l'après guerre à s'occuper de leurs enfants.

Aujourd'hui, le soin aux personnes âgées représente pas loin de 80% des activités des services d'aide aux familles. On peut évidemment se demander si le soutien aux parents âgés dépendants deviendra plus problématique en raison de l'allongement de l'espérance de vie, du suivi médical prolongé, de la taille réduite de la famille, du relâchement de certaines valeurs familiales et de la moindre disponibilité des femmes plus souvent actives à l'extérieur. Il est par ailleurs prouvé que les solidarités familiales perdurent d'autant mieux qu'elles sont relayées par l'aide extérieure.

Le maintien à domicile (24h/24) d'une personne dépendante ne peut se faire sans l'aide de la famille, du voisinage ou des amis.

d) Le développement des soins palliatifs à domicile

La mort est un sujet qui évolue dans la société grâce au développement des soins palliatifs.

L'équipe des soins palliatifs du domicile est composée d'infirmières coordinatrices, de volontaires, de psychologues, de médecins référents.

Le but principal des soins palliatifs est d'offrir au malade et à sa famille la meilleure qualité de vie. La mort est considérée comme un processus normal, au cours duquel il importe que le patient puisse mourir dignement.

Le rôle de l'équipe est aussi la lutte contre la douleur et la prise en charge des symptômes embarrassants ainsi que le soutien psychologique, social et spirituel qui sont d'une importance essentielle.

2) Etat des lieux concernant la demande et l'organisation de l'offre



Avant de vous expliquer comment se passe l'accompagnement d'une personne dépendante à domicile, nous allons vous expliquer en quelques mots les particularités de notre Province de Luxembourg qui ont un effet immédiat dans l'organisation de nos structures.

Notre Province du Luxembourg est la plus étendue de la Wallonie (4 440 km²) soit 1/7 du territoire belge.

En dehors des 3 entités (Arlon, Aubange et Marche-en-Famenne), la Province de Luxembourg est constituée de quelques villes et d'une multitude de villages et hameaux dont certains sont électrifiés depuis peu et d'autres ne possèdent pas encore de l'eau chaude courante.

Les déplacements entre les patients ou les familles ne sont pas négligeables : 100 km de « Gaume » en « Famenne » et 80 km séparent l'ouest et l'est des Ardennes. Le réseau routier est difficilement praticable en hiver.

S'il est vrai que notre province compte une densité de population faible au km² (soit 57,24 habitants/km²), elle présente néanmoins un nombre important de personnes âgées de 65 ans et plus : soit 16% de la population totale de notre province.

	Superficie en km ²	Population des provinces	Densité de population
Province du Brabant Wallon	1 090	360 717	330,93
Province de Hainaut	3 786	1 283 200	338,93
Province de Liège	3 862	1 029 605	266,59
Province de Luxembourg	4 440	254 120	57,24
Province de Namur	3 666	452 856	123,52
Wallonie	16 844	3 380 498	

La personne âgée est donc un acteur important et incontournable dans la réflexion d'une politique d'aide et de soins à domicile.

Si le constat de vivre de plus en plus longtemps est de prime à bord réjouissant, il ne peut occulter une autre réalité : trop de personnes âgées se trouvent dans des situations de solitude par l'éloignement géographique des générations mais aussi dans des situations de pauvreté financière, sociale et morale.

Toutefois, « Rester chez soi » en associant les aides formelles et informelles restent le meilleur choix de vie de la personne âgée. Il l'est tout autant pour la personne handicapée.

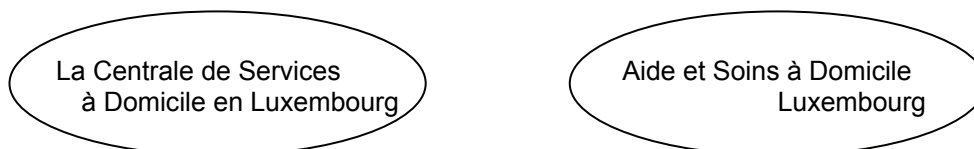
Face à ce constat, les professionnels et les services d'aide et de soins à domicile se sont développés et adaptés.

Qui sont ces différents intervenants du domicile ?

- a) Les Centres de coordination de soins et de services à domicile ;**
- b) Les prestataires et les services de soins infirmiers ;**
- c) Les services d'aide aux familles et aux personnes âgées ;**
- d) Autres professionnels de l'art de guérir.**

a) Les Centres de Coordination de soins et de services à domicile

Dans notre province, deux Centres de Coordination sont agréés par la Région wallonne.



Vu la complexité de certaines situations déjà citées, le Centre de Coordination intégrée prend tout son sens.

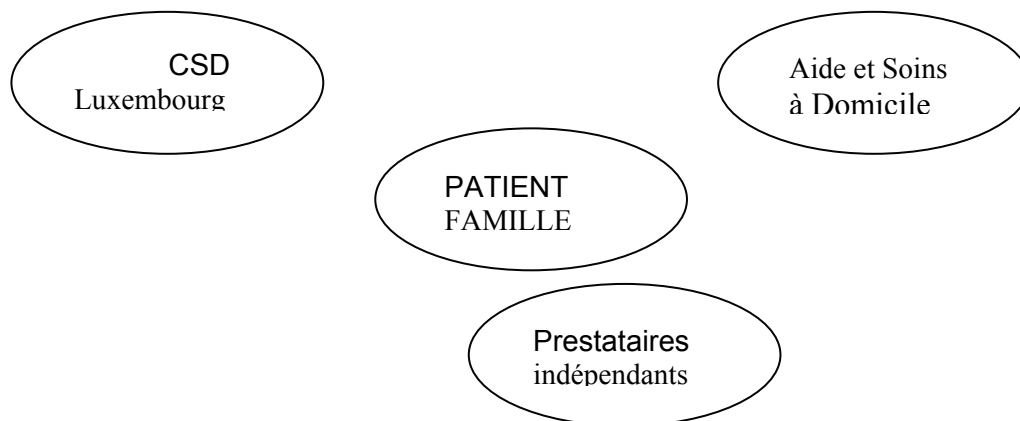
L'organisation de l'accompagnement des personnes dépendantes physiquement, psychologiquement ou socialement, en collaboration étroite avec les prestataires de première ligne du domicile et les prestataires de seconde ligne des institutions de repos et de soins est la caractéristique essentielle de leur mission.

La coordinatrice prend donc contact avec le bénéficiaire ou son entourage, au domicile ou directement à l'hôpital (avant la sortie) afin d'évaluer au mieux les besoins du bénéficiaire pour rentrer au domicile. Elle fait ensuite appel à tous les services de soins et d'aide à domicile dont le bénéficiaire a besoin et elle établit un plan de soins.

Elle travaille donc en étroite partenariat avec le médecin traitant du bénéficiaire, les prestataires de soins infirmiers, l'aide familiale, le service prêt de matériel médical, les repas à domicile, le kinésithérapeute, la logopède, la pédicure, les services sociaux des mutuelles, les CPAS (Centres Publics d'Action Sociale), l'O.N.E. (Office de la Naissance et de l'Enfance), la Plate-forme de Concertation des Soins Palliatifs de la Province du Luxembourg, la Plate-forme de Concertation en Santé Mentale de la Province du Luxembourg, l'A.W.I.P.H. (Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées), S.A.J (Service d'Aide à la Jeunesse), S.P.J. (Service de Protection de la Jeunesse), les habitats protégés (personne ayant des problèmes mentaux avant le retour à domicile), Résolux et Trait d'Union (services d'accompagnement en santé mentale à domicile), les services bénévoles mais aussi avec les services sociaux des hôpitaux et des maisons de repos. Cette organisation se faisant toujours dans le respect du libre choix du patient.

b) Les prestataires et les services de soins infirmiers

Ils ont pour mission de prodiguer des soins de qualité des plus simples (toilette, injection, pansement,...) au plus techniques (perfusion, gastrostomie, soins de trachéotomie,...) selon la prescription du médecin traitant. Une prise en charge ne peut se faire sans une étroite collaboration avec le médecin traitant.



Les statistiques des soins de santé en Belgique montrent une évolution du nombre de dispensateurs de soins infirmiers à domicile de plus de 12,3% entre les années 2000 et 2004.

Les dépenses en soins infirmiers au niveau de l'INAMI (notre assurance maladie invalidité) n'ont cessé d'augmenter : augmentation de plus de 24% depuis 2001. Cette croissance résulte principalement d'une augmentation de la demande liée au raccourcissement de la durée d'hospitalisation et à l'instauration des soins palliatifs à domicile.

On constate que la consommation des soins à domicile progresse rapidement après 65 ans. Le pourcentage augmente de 10% chez les personnes de 65 ans à 69 ans à 47% chez les personnes âgées de 85 ans ou plus.

Il est cependant impossible d'extraire de ces chiffres des données propres à notre province, car il n'y a pas de recensement fait, ni sur le nombre de prestataires, ni sur le nombre de soins effectués en Province de Luxembourg.

Nous pouvons seulement vous présenter les chiffres de nos deux services salariés. ASD et CSD compte pour l'année 2005 :

- 223 infirmiers ;
- 593 910 soins ;
- 30 642 patients ;
- 91 269 repas à domicile ;
- 44% de patients dépendants.

c) Les services d'aide aux familles et aux personnes âgées

Ce sont des services sociaux. Ils emploient des aides familiales qui interviennent au domicile de personnes qui en font la demande et qui vivent une incapacité d'accomplir des actes de la vie journalière.

Les aides familiales sont des professionnelles qui accomplissent une grande diversité de tâches indispensables au bien-être quotidien des personnes : travaux ménagers (courses, repas, lessive, entretien,...), assistance sanitaire aux personnes, soutien à la mobilisation sans oublier l'importance du soutien moral et psychologique apporté par leur présence.

Les tâches auprès des personnes âgées représentent pas loin de 80% des activités des services d'aide aux familles. L'aide aux personnes handicapées représente environ 10% des activités.

493 873 heures ont été prestées dans notre province par tous les services d'aide aux familles.

Les usagers des services, les aides familiales sont encadrées par des travailleurs sociaux qui veillent à ce que l'aide fournie soit la plus adéquate possible aux incapacités vécues par les usagers.

L'intervention de l'aide familiale peut consister en un accompagnement global d'une situation reprenant une aide générale et diversifiée. Elle est alors répartie sur plusieurs prestations de quelques heures par semaine. L'intervention peut également consister en une prise en charge plus spécifique qui exigera des prestations plus courtes mais plus fréquentes.

L'aide familiale a également un rôle de relais avec les intervenants extérieurs. Avec les autres métiers liés au travail médical et social, ces professions constituent un maillon essentiel de la chaîne qui vise le bien-être et l'autonomie des personnes à domicile. Dans tous les cas, le service s'efforce d'obtenir une collaboration de l'usager et de son entourage.

Ces services offrent également d'autres activités telles que :

- Les aides ménagères qui ont pour mission l'entretien de l'habitat de la personne âgée. Comme cette activité n'est pas subsidiée, nous ne pouvons vous donner un nombre d'heures prestées sur la Province du Luxembourg.
- Les gardes à domicile qui ont pour mission l'accompagnement en journée et/ou en nuit du bénéficiaire en permettant à celui-ci de rester dans des conditions optimales de sécurité. La garde à domicile est un maillon incontournable du maintien à domicile. Son activité est seulement reconnue depuis janvier 2004 dans la sphère d'activité des services d'aide aux familles. Comme cette activité n'est pas non plus subsidiée, nous n'avons pas de recensement du nombre d'heures faites par les gardes à domiciles.

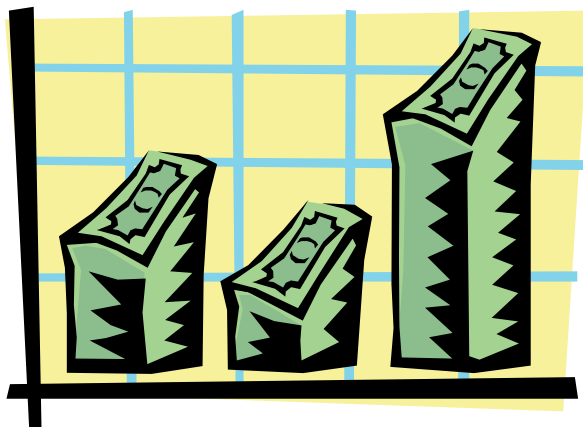
Le travailleur social du service doit évaluer les besoins réels du demandeur. Il est cependant guidé par deux principes de priorité :

- Le demandeur doit être parmi les moins capables d'accomplir les actes de la vie journalière.
- Le demandeur doit être parmi les personnes les moins favorisées sur le plan financier.

d) Autres professionnels qui peuvent intervenir au domicile

- Kinésithérapeutes ;
- Logopèdes ;
- Bandagistes ;
- Podologues.

3) Descriptif des modes de financement de l'aide à domicile et conditions d'ouverture des droits



Voici le plan que nous avons établi pour aborder le financement de l'aide à domicile. Nous sommes parties de :

a) *L'aide formelle*

➤ *Pouvoir Fédéral :*

- *I.N.A.M.I. :*
 - Infirmières A1 ;
 - Infirmières A2 ;
 - Assistantes en soins hospitaliers.

➤ *Pouvoir Régional :*

- *Région wallonne ;*
 - Coordinatrice d'un centre de coordination ;
 - Service d'aide aux familles :
 - ◆ Encadrement ;
 - ◆ Aides familiales et seniors ;
 - ◆ Gardes à domicile.

➤ *Autres professionnels :*

- *Autres intervenants ;*
- *Aides ménagères ;*
- *Ouvriers.*

b) *L'aide informelle*

a) **Aide formelle**

Pouvoir Fédéral

I.N.A.M.I. : Institut National d'Assurance, Maladie, Invalidité

Titres	Etudes	Conditions pour exercer au domicile
<p>‡ <i>Infirmière graduée hospitalière (A1)</i></p>	<p>Cycle supérieur non universitaire (3 ans)</p>	<p>1) Obtenir un diplôme ou une attestation provisoire délivrés par un établissement d'enseignement compétent.</p>
<p>‡ <i>Infirmière brevetée (A2)</i></p>	<p>Cycle supérieur non universitaire (3 ans)</p>	<p>2) Le diplôme doit être visé par la commission médicale provinciale de la province où l'infirmière projette de pratiquer.</p>
<p>‡ <i>Assistants en soins hospitaliers</i></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ne peut pas réaliser tous les soins repris dans la nomenclature (perfusion, port-a-cath,...) et attester des soins palliatifs.</p>	<p>Cycle supérieur non universitaire 2 années réussies inf. A2</p>	<p>3) Demander l'agrément à l'INAMI ⇒ numéro INAMI. Uniquement si vous effectuez des prestations de la nomenclature². Pas nécessaire si travail à l'hôpital ou en maison de repos.</p>

R.W. : Région wallonne

Titres	Etudes	Conditions pour exercer au domicile
<p>‡ <i>Coordinatrice d'un centre</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistante sociale • Infirmière graduée hospitalière ; • Infirmière graduée sociale • Infirmière graduée spécialisée en santé communautaire 	<p>Cycle supérieur non universitaire (3 ans)</p> <p>Cycle supérieur non universitaire (4 ans)</p>	<p>Conditions pour être reconnu « Centre de coordination » :</p> <p>Les personnes de droit public et les associations sans but lucratif qui ont pour objet de coordonner des soins et services à domicile peuvent être agréées, à leur demande, en qualité de « Centres de coordination de soins et de services à domicile » ci-après dénommés les « Centres agréés ».</p>
<p>Service d'aide aux familles</p> <p>Encadrement:</p> <p>‡ <i>Assistante sociale</i></p> <p>‡ <i>Infirmière sociale graduée</i></p> <p>‡ <i>Infirmière graduée spécialisée en santé communautaire</i></p>	<p>Cycle supérieur non universitaire :</p> <p>3 ans</p> <p>4 ans</p> <p>4 ans</p>	<p>Obtention du diplôme</p>
<p>‡ <i>Aides familiales et seniors :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • puéricultrice ; • aide familiale et sanitaire ; • auxiliaire polyvalente ; • aspirante en nursing. 	<p>Cycle secondaire supérieur</p> <p>Cycle secondaire dernières années</p> <p>Niveau secondaire (1^{ère} année en promotion sociale)</p> <p>Cycle secondaire dernières années</p>	<p>Numéro de matricule octroyé par la Région wallonne après avoir envoyé :</p> <p>→ copie du diplôme ou attestation provisoire ;</p> <p>→ certificat de bonne conduite, vie et mœurs ;</p> <p>→ copie de l'acte de naissance ;</p> <p>→ certificat du médecin traitant attestant qu'elles sont aptes à travailler ;</p> <p>→ photo d'identité.</p>
<p>‡ <i>Garde à domicile</i></p>	<p>Idem « aides familiales et seniors »</p>	<p>Idem « aides familiales et seniors »</p>

Autres professionnels

Titres	Etudes	Conditions pour exercer au domicile
‡ <i>Aides ménagères</i> : nettoyage du lieu de vie ; repas à domicile.	Au moins les 6 années primaires	Non subsidié par la Région wallonne
‡ <i>Ouvriers</i> : aménagement des lieux de vie ; livraison et placement de matériel médical (lit, chaise roulante, tribune, matériel d'incontinence) ; placement et réparation du matériel de biotélévigilance.	Aucune condition	Non subsidié par la Région wallonne

b) Aide informelle

- Famille ;
- Amis ;
- Voisinage.

2) Perspectives de développement : évolution des dispositifs



Le vieillissement de la population, le bouleversement démographique associé aux changements intervenus dans les familles provoquent un recours de plus en plus croissant des personnes dépendantes aux services socio-sanitaires.

Mais notre offre de services d'aide et de soins va t-elle pouvoir faire face à cette demande toujours croissante ?

Même si la volonté des professionnels est d'aider la personne demandeuse, la réalité n'est pas si évidente.

Si la croissance constante de l'offre au niveau des soins infirmiers est toujours possible, elle l'est beaucoup moins dans les autres activités.

Ainsi, les services employant des aides familiales subissent la loi du contingent³ d'heures à respecter par zone. Cette règle est régie par la Région wallonne qui subsidie les services à concurrence de ce contingent. Les services sont donc limités dans leur activité sous peine d'être déficitaires. Il y a bien eu une augmentation de ce contingent d'heures au niveau de la Wallonie mais aucune nouvelle heure n'a été distribuée sur les deux zones de la Province du Luxembourg.

En ce qui concerne les activités « aides ménagères » et « gardes à domicile », celles-ci n'étant pas subsidiées, l'employeur ne peut avoir recours qu'à des emplois de résorption du chômage (APE, PTP,...) dont le nombre est limité par le Ministère de l'Emploi de la Région wallonne. Que répondre alors à un patient qui ne peut rester à domicile que s'il a des gardes à domicile et que le service ne peut lui offrir qu'un nombre trop limité d'heures ?

Quant à l'activité de coordination, également agréée par la Région wallonne, elle ne reçoit qu'un subside unique annuel qui ne couvre malheureusement pas l'entièreté des dépenses liées à ce service alors que les dossiers de coordination ne cessent d'augmenter.

Mais la personne dépendante n'a-t-elle pas d'autres désirs, d'autres revendications par rapport à nos services ? La personne dépendante est-elle bien informée des offres possibles ? En tant que professionnels, respectons-nous suffisamment son projet de cadre de vie ?

Toutes ces questions sont en réflexion au sein d'un groupe de travail impulsé par la Province avec les divers acteurs du domicile.

Etat des lieux de l'aide à domicile en France

En France, l'accompagnement à domicile de la personne dépendante est de longue date organisée autour de deux grands principes :

- les prestations diffèrent selon l'âge de la personne (- de 20 ans ; entre 20 et 60 ans ; au-delà de 60 ans) ; il y a une distinction nette entre POLITIQUE DU HANDICAP (jusqu'à l'âge de 60 ans) et POLITIQUE DE LA VIEILLESSE (au-delà de l'âge de 60 ans)
- les prestations accordées s'inscrivent dans le champ de l'aide sociale et non de la sécurité sociale.

Toutefois, depuis quelques années (avec une accélération nette depuis la canicule de l'été 2003), cette organisation évolue sensiblement avec l'émergence d'une politique unique de soutien à l'autonomie et la reconnaissance d'un droit à compensation et donc à prise en charge des dépenses liées à la perte d'autonomie.

I - RAPPEL HISTORIQUE ET ELEMENTS DE CONTEXTE

En 1945, est créée **la Sécurité Sociale** basée sur le principe de l'assurance obligatoire et de la solidarité nationale (cotisation → droit à prestation) : c'est le **socle du dispositif de protection sociale français**.

En 1953, est instaurée **l'aide sociale qui vient compléter le dispositif** existant en s'adressant aux plus démunis (non cotisants) et à ceux fragilisés par une incapacité (besoin → prestation). Ainsi, dans le champ de l'aide sociale, des prestations en direction des personnes dépendantes vont se développer, puis progressivement on va parler de politique en faveur des personnes âgées, de politique en faveur des personnes handicapées.

Il s'agit cependant de politiques très sectorielles : d'un côté les personnes handicapées elles-mêmes divisées entre les moins et les plus de 60 ans, de l'autre les personnes âgées qualifiées de dépendantes.

Cette distinction perdure aujourd'hui mais tend à s'estomper au profit de l'élaboration d'une politique plus globale qui prend en compte les besoins des personnes, quelque soit l'âge et l'origine du handicap. De multiples facteurs contribuent à cette mutation dont principalement 2 d'entre eux :

- Les évolutions démographiques et sociologiques :
La population vieillit et l'espérance de vie augmente régulièrement
L'espérance de vie des personnes handicapées augmente elle aussi, et la probabilité est forte que le nombre de personnes handicapées progresse (développement de handicaps liés à des pathologies invalidantes ou à des maladies chroniques...)
Parallèlement les modes de vie évoluent : accroissement la mobilité géographique et professionnelle, modification des conditions d'habitat, développement du travail féminin....
Alors que l'accompagnement à domicile des personnes dépendantes repose encore aujourd'hui très largement sur les aidants naturels, un recours plus important aux professionnels s'imposera dans un avenir très proche.
Ces mutations sociologiques impliquent nécessairement l'organisation d'une réponse sociale appropriée.
- Conjointement, les représentants des usagers exercent une forte pression afin que les prestations attribuées tant aux personnes handicapées qu'aux personnes âgées sortent du champ de l'aide sociale
Les prestations d'aide sociale sont en effet soumises à condition de ressources, voire sont récupérables sur succession, et donation.
L'action des représentants d'usagers va conduire à un assouplissement sensible de ces conditions, en particulier pour les prestations attribuées aux personnes vivant à domicile.
Elles restent néanmoins des prestations d'aide sociale gérées par les départements, même si elles n'en ont plus les caractéristiques alors que les usagers, en particulier les retraités, revendiquent leur prise en compte dans le champ de la sécurité sociale, gage à leurs yeux d'une équité totale sur tout le territoire national. La situation très déficitaire de la Sécurité Sociale ne permet pas cependant d'envisager une telle réforme.

Marie-Annick
HELPER :

Responsable du
Service Santé
Handicap
Dépendance
(S.H.D) ; conseil
général de Meurthe-
et-Moselle

II - APPROCHE QUANTITATIVE ET QUALITATIVE DE LA DEMANDE

Perspectives démographiques

année	% des + de 60 ans	% des + de 75 ans
2000	20,6	7,2
2020	27,3	9,6
2050	35	18,1

Quelques données concernant le Département de Meurthe-et-Moselle :

Département de 720 000 habitants

Population de + de 60 ans : 145 400 soit 20,3% de la population totale

Population de + de 75 ans : 48 576 soit 6,8 % de la population totale

Titulaires de l'allocation personnalisée d'autonomie : 12 010 dont 80 % ont plus de 75 ans

Espérance de vie à la naissance :

année	Hommes	Femmes
2000	76 ans	82 ans
2035	81,9 ans	89 ans

La méconnaissance de la population handicapée

Il n'existe aucune donnée à l'échelle nationale ou locale sur le nombre total de personnes handicapées, en dehors de projections faites à partir de l'enquête HID (Handicap Incapacité Dépendance) réalisée en 1999 - 2000

Le dénombrement de la population handicapée n'est aujourd'hui possible qu'à travers le dénombrement des bénéficiaires de différentes prestations, avec l'écueil des doubles comptes.

En Meurthe-et-Moselle :

7865 titulaires de l'allocation d'adulte handicapé (revenu de substitution)

1424 titulaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne.

Données sur les aidants familiaux (source : enquête HID 1999 – 2000)

En moyenne,

50 % des pers. âgées aidées ont recours à des aidants familiaux exclusivement

29 % à des aidants mixtes

21 % à des aidants professionnels exclusivement

62 % es pers. handicapées ont recours à une aide informelle (90 % aidants familiaux)

25 % à une aide mixte

13 % à une aide professionnelle

III - PRESENTATION SYNTHETIQUE DES PRESTATIONS EXISTANTES

III – 1 Les prestations légales dédiées aux personnes âgées

Une seule prestation légale est dédiée aux **personnes âgées dépendantes** : **l'allocation personnalisée d'autonomie (A.P.A.)**

La prise en charge de la dépendance par une prestation ne date que de 1997. Auparavant, et à défaut, les personnes âgées recouraient à l'allocation compensatrice pour tierce personne, prestation initialement conçue pour les personnes handicapées. La prestation spécifique dépendance, créée en 1997 « dans l'attente de la loi instituant une prestation d'autonomie », a rapidement montré des limites, notamment du fait de ses caractéristiques de prestation d'aide sociale (attribuée sous condition de ressources, récupérable sur succession...), d'où sa remise en cause et **l'entrée en vigueur de A.P.A. au 01/01/02**

A – Les conditions d’attribution de l’A.P.A.

Ce sont les suivantes :

- être âgé de 60 ans ou plus
- résider de façon stable et régulière en France (= pas de condition de nationalité)
- avoir besoin d’une aide pour l’accomplissement des actes essentiels de la vie et/ou nécessiter une surveillance régulière

B – L’absence de condition de ressources

L’attribution de l’APA est un droit ouvert quelque soit le montant de ressources. Mais le bénéficiaire se voit appliquer un ticket modérateur sur le montant de l’allocation en fonction du niveau de ses ressources.

Pas de participation si R < 658 €/mois

Participation = 90% si R > 2 622 €/mois

Participation progressive entre ces 2 niveaux de revenus

De même, il n’y pas de récupération sur la succession du bénéficiaire ni en cas de donation (contrairement à certaines autres prestations d’aide sociale)

C – Les modalités d’attribution de l’A.P.A.

L’instruction de la demande donne lieu à une évaluation à domicile par une équipe médico-sociale sous la responsabilité d’un médecin gériatre. L’équipe médico-sociale (assistant-social –infirmier-conseillère en économie sociale et familiale) :

- apprécie la perte d’autonomie, l’APA n’étant attribuée qu’aux personnes dont le niveau de dépendance relève du groupe 1 à 4 (mesuré à partir de la grille nationale AGGIR qui classe les personnes en 6 groupes de 1 à 6)
- élabore et propose un plan d’aide en fonction des besoins

L’APA est la traduction financière du plan d’aide.

Elle peut couvrir :

- des aides humaines (pour le lever, la toilette, la prise du repas...) sous forme de rémunération directe d’un salarié par la personne(y compris un membre de sa famille SAUF le conjoint) ou de recours à un organisme mandataire ou prestataire (cf § IV)
- des aides techniques (appareillages...)
- la téléalarme
- le port du repas à domicile
- l’adaptation du logement
- l’accueil de jour ou accueil temporaire en établissement
- les dépenses de protections pour incontinence
-toutes dépenses concourant à l’autonomie

La décision d’attribution incombe au Président du Conseil Général

D – Montant et versement de l’APA

L’allocation est plafonnée sur la base de montants fixés au plan national :

GIR 1 = 1 168 €

GIR 2 = 1 001 €

GIR 3 = 751 €

GIR 4 = 500 €

Elle est financée et versée par le Département.

Il reste toutefois à la charge de la famille :

- le ticket modérateur ou participation au plan d'aide calculée en fonction des ressources (cf. ci-dessus)
- le surplus du plan d'aide quand les besoins excèdent le plafond de l'allocation

III – 2 Les prestations légales dédiées aux personnes handicapées

A – L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé

Elle est attribuée aux enfants de moins de 20 ans sous condition de taux d'incapacité fixé par une commission ad hoc. Cette allocation est assortie de compléments lorsque le handicap entraîne des dépenses coûteuses (aide d'une tierce personne entraînant la cessation d'activité professionnelle d'un parent, l'embauche complémentaire d'une tierce personne, l'achat d'aides techniques ou l'adaptation du logement, du véhicule familial....

Cette allocation est financée par l'Etat.

B – L'allocation compensatrice pour tierce personne (A.C.T.P.) et la majoration tierce personne (M.T.P.)

Créée par la loi du 30.06.1975, l'A.C.T.P. est une prestation en espèces de 386€ /mois à 771€ /mois sous condition d'âge (20 ans ou moins de 60 ans), de ressources, d'invalidité et d'incapacité à effectuer seul tout ou partie des actes essentiels de la vie, les deux dernières conditions étant appréciées par une commission.

Elle est versée par le Département sans autre contrepartie pour la personne handicapée que celle d'un recours effectif à une tierce personne, quelque soit le statut de celle-ci.

La majoration tierce personne est une prestation identique, versée par la sécurité sociale aux titulaires d'une pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie.

L'A.C.T.P. va progressivement être remplacée par la prestation de compensation du handicap qui vient d'être créée (§ C ci-après)

C- La prestation de compensation du handicap (P.C.H.)

Instituée par la loi du 11.02.2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, la P.C.H. est entrée en vigueur le 01.01.2006.

C- 1 – Définition :

C'est une prestation en nature affectée à la prise en charge des surcoûts liés au handicap et relatifs aux :

1. aides humaines
2. aides techniques
3. aménagement du domicile, du véhicule et surcoût résultant du transport
4. charges spécifiques ou exceptionnelles
5. attribution et entretien des aides animalières

Ces 5 points constituent les 5 éléments de la prestation de compensation.

C- 2 - Conditions d'attribution de la P.C.H.

→ condition d'âge : **20 à 60 ans** avec 2 exceptions

- pour les moins de 20 ans : attribution possible de l'élément 3 de la PCH (aménagement logement, véhicule)

- pour les plus de 60 ans : si attribution PCH antérieure à l'âge de 60 ans ou si précédemment bénéficiaire de l'ACTP

→ condition de résidence : **résider de façon stable et régulière en France**

→ critères de handicap

La personne doit présenter **une impossibilité absolue pour la réalisation d'une activité ou une difficulté grave pour la réalisation d'au moins 2 activités**

Ces difficultés doivent être définitives ou d'une durée prévisible d'au moins 1 an

Les activités sont réparties en 4 domaines :

- mobilité : marcher, avoir la préhension de la main dominante et de la main non dominante...
- entretien personnel : se laver, assurer l'élimination, s'habiller , prendre ses repas...
- communication : parler, entendre, voir..
- tâches et exigences générales, relations avec autrui : s'orienter dans le temps, dans l'espace, gérer sa sécurité , maîtriser son comportement, et ses relations avec autrui...

→ conditions particulières sur l'élément 1 de la prestation (aides humaines)

- nécessité de l'aide effective d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie
- ou / et besoin d'une surveillance régulière
- ou /et si frais supplémentaires du fait d'une activité professionnelle ou d'une fonction élective

Les personnes atteintes de cécité et celles atteintes de surdité bénéficient d'un forfait d'aide humaine (50 h / mois pour les 1i res – 30 h / mois pour les 2ndes)

C- 3 -Procédure d'attribution

Une évaluation à domicile des besoins est réalisée par une équipe pluri-disciplinaire (assistant social – ergothérapeute – médecin) qui :

- prend en compte le projet de vie de la personne
-  labore un plan personnalisé de compensation

C – 4 – Décision d'attribution

Elle est prise par la Commission des Droits et de l'Autonomie et détaille, pour chaque élément de la prestation, la nature, le montant et la durée de l'aide. (cf annexe 1 et 2)

La durée d'attribution varie de 3 à 10 ans selon l'élément de la prestation.

Les montants des différents éléments sont encadrés par des tarifs fixés par arrêté ministériel.

La prestation est versée intégralement si les ressources sont inférieures ou égales à 23 571,66   par an; elle est versée à 80 % si les ressources sont supérieures à ce montant sachant que de nombreuses ressources ne sont pas prises en compte dans le calcul, en particulier les revenus relatifs à l'activité professionnelle de l'intéressé ou de son conjoint.

C – 5 – Mode de recours à l'aide humaine

La personne handicapée peut rémunérer directement un ou plusieurs salariés, y compris un membre de sa famille sous certaines conditions, ou un service mandataire ou prestataire (cf à IV ci dessous). Elle peut aussi simplement dédommager un membre de sa famille.

C – 6 - Gestion de la prestation

Son financement est assuré par le Département, avec obligation pour le bénéficiaire de justifier l'utilisation de sa prestation.

Sous 3 ans, la loi prévoit que la prestation soit étendue aux enfants handicapés, **et sous 5 ans, les dispositions de la loi opérant une distinction entre les personnes handicapées en fonction de critère d'âge seront supprimées.**

III – 3 Les autres formes d'aide légale

Il s'agit de :

- la réduction d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile (égale à 50% des dépenses dans la limite d'un plafond) :
- l'exonération des charges patronales pour l'emploi d'un salarié à domicile accordée :
 - aux personnes de + 70 ans ou de 60 ans ayant obligation de recourir à une tierce personne
 - aux personnes handicapées

III – 4 Les prestations de soins

Les personnes âgées et les personnes handicapées peuvent bénéficier de soins infirmiers à domicile (soins techniques ou de nursing) pris en charge par la sécurité sociale sur prescription médicale.

III – 5 Les prestations extra-légales

Les caisses de retraite et certaines communes interviennent parfois par l'attribution de prestations complémentaires, principalement en direction des personnes handicapées.

IV – L'OFFRE DE SERVICES A DOMICILE

L'accompagnement à domicile d'une personne dépendante peut être réalisé par :

- des services prestataires
- des services mandataires
- de l'emploi direct

IV – 1 Les services prestataires

Le service prestataire apporte une prestation à la personne aidée, en lui mettant à disposition un professionnel dont il est l'employeur.

Les services prestataires sont en forte évolution depuis ces dernières années. La priorité donnée au maintien à domicile des personnes âgées et bien sûr l'instauration de l'allocation personnalisée d'autonomie y ont largement contribué. Parallèlement, l'accent a été mis sur la nécessaire professionnalisation et qualification des intervenants. Les services qui jusqu'alors étaient portés principalement par des bénévoles se sont progressivement structurés et entourés de personnels qualifiés.

A - Les différents types de services

A – 1- Les services d'aide à domicile

Leur mission est centrée sur la réalisation de tâches domestiques, l'aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, la garde de jour, la garde de nuit...

Le personnel est composé d'aides à domicile et d'auxiliaires de vie sociale.

On peut leur assimiler les services d'auxiliaires de vie dédiés à l'origine aux personnes handicapées de moins de 60 ans.

L'intervention de ces services est totalement ou partiellement prise en charge par les prestations développées dans le § III ci-dessus.

A - 2 – Les services de soins infirmiers à domicile (S.S.I.A.D)

Ils assurent sur prescription médicale des soins techniques, ou de nursing (toilettes) principalement auprès des personnes âgées, mais leur ouverture s'organise progressivement en direction des personnes handicapées.

Le personnel est composé d'infirmières et d'aides soignantes
Leur financement est assuré intégralement par l'assurance maladie.

A – 3 - Les services de portage de repas à domicile

A- 4 – Les services de petits travaux à domicile

Le plus souvent à la charge totale de l'utilisateur

A – 5 Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)

Ils apportent soutien, conseils aux personnes et les guident dans tous les aspects de la vie quotidienne.

Actuellement, leur financement est exclusivement assuré par des subventions du Département (sans contribution de l'utilisateur)

A – 6 - Les services d'éducation et de soins spécialisés à domicile (SESSAD) pour enfants handicapés

Ils apportent aux familles un soutien global, des conseils pour favoriser l'intégration sociale, scolaire et tout simplement la vie à domicile des enfants.

Leur financement est assuré intégralement par l'assurance maladie.

Certains organismes proposent une palette complète de services à domicile aux personnes dépendantes, tous âges confondus (port de repas – SSIAD – service aide à domicile - téléalarme)

B - Evolution récente de la réglementation relative à ces services

Afin de simplifier la prise en charge des personnes dépendantes, un récent décret prévoit le regroupement au sein d'un seul et même service de la dimension « aide à domicile » et de la dimension « soins » : service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) et service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)

IV - 2 – Les services mandataires

Leur mission s'apparente à celle des services prestataires d'aide à domicile développés ci-dessus, si ce n'est que l'utilisateur du service est l'employeur de son aide à domicile.

En fait, le service mandataire propose au particulier un salarié (et gère son remplacement en cas d'absence), et assure pour lui toutes les formalités administratives (contrat de travail, déclaration aux organismes sociaux, élaboration du bulletin de paie...

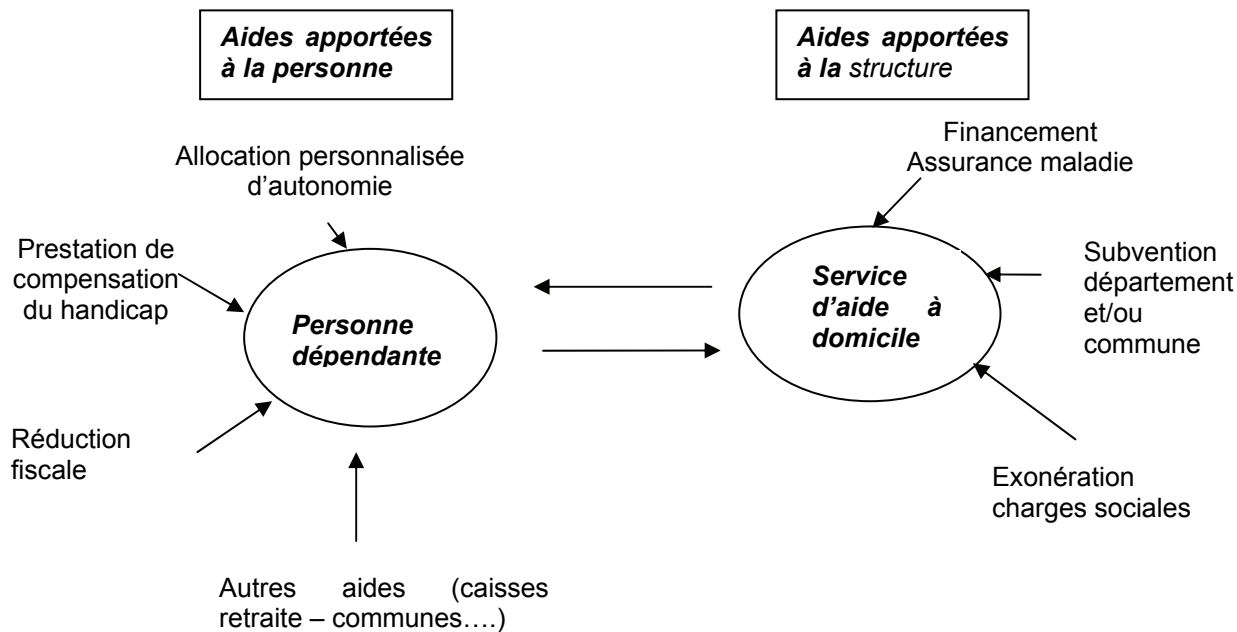
Ses tarifs sont un peu moindres que ceux du prestataire.

IV – 3 – L'emploi direct

L'utilisateur est l'employeur et en assume toutes les charges. Le coût est de ce fait forcément inférieur aux tarifs prestataires et mandataires.

La rémunération de l'intervenant se fait sous le mode classique du bulletin de paie ou par recours au chèque emploi-service (C.E.S.)

A compter du 01.01.06, le chèque emploi-service universel (CESU) doit se substituer au CES ; il permettra de payer tout intervenant (emploi direct – mandataire - prestataire) ; il pourra aussi servir au versement de prestations destinées à couvrir tout ou partie du coût des services à la personne (A.P.A ou P.C.H) ...



CONCLUSION

L'ampleur du drame sanitaire de l'été 2003 a provoqué une prise de conscience nationale sur la nécessité de développer davantage l'action publique impliquant le renforcement des moyens financiers à lui consacrer.

La loi du 30.06.2004 « relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées » a ainsi instauré une journée de solidarité et la création de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie qui contribue pour le compte de l'Etat et aux côtés d'autres financeurs (en particulier le Département) au financement des prestations, services et établissements pour personnes dépendantes.

Progressivement, s'instaure le rapprochement entre les politiques personnes âgées et personnes handicapées et émerge une politique de soutien à l'autonomie (avec rapprochement de l'offre de service, des prestations...)

Le dispositif français d'accompagnement des personnes dépendantes est un système en pleine mutation et dans lequel l'Etat définit le cadre légal et réglementaire ; les départements mettent en œuvre, l'Etat (à travers la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) et le Département cofinancent.

La participation de l'utilisateur reste très importante ainsi que l'aide des proches, en dépit des efforts considérables faits ces dernières années (APA: 30 M€ en 2005 en Meurthe-et-Moselle, auxquels s'ajoutent les dépenses de PCH à partir de cette année). Une meilleure solvabilisation des besoins serait nécessaire mais les finances publiques pourront-elles l'assumer ?

La structuration et la professionnalisation des services est un gage de l'amélioration des services rendus. Mais il faut veiller à ne pas renchérir les coûts de façon trop importante car le prestataire serait mis en péril au profit de l'emploi direct (et du travail au noir)

Certains besoins restent insuffisamment couverts notamment :

- l'aide à domicile en direction des personnes handicapées...la mise en place de la PCH va cependant faire évoluer inéluctablement l'offre de services comme l'a fait précédemment l'APA ;
- les besoins hors créneaux habituels de travail (soirée, nuit, WE) sur lesquels le recours à l'emploi direct est incontournable ;

- Et enfin, la coopération entre le secteur social, et le secteur sanitaire doit être renforcée.

De nombreux axes de travail doivent encore être investis pour que les personnes dépendantes puissent vivre, à leur domicile, dans des conditions satisfaisantes.

Annexe 1 : Référentiel aides humaines

Eléments	Temps maximal nécessaire	Montant mensuel maximal au 01 / 01 / 2006
Actes essentiel de l'existence		
toilette	70 minutes par jour	511 €
habillement	40 minutes par jour	292 €
alimentation	45 minutes par jour	328.50 €
élimination	50 minutes par jour	365 €
Déplacements à l'intérieur	35 minutes par jour	255.50 €
Déplacements à l'extérieur nécessitant la présence de la personne handicapée	30 heures par mois maximum	219 €
Participation à la vie sociale (pour les autres déplacements à l'extérieur, accès à la culture, loisirs, vie associative)	30 heures par mois maximum (crédit comptabilisé sur une année)	432.90 €
Surveillance régulière	3 heures par jour	1316.74 €
Tous actes essentiels + surveillance régulière	12 heures par jour	5194.80 €
Frais supplémentaires liés à une activité professionnelle	156 heures par an	187.60 €

Dans des situations exceptionnelles, la commission des droits et de l'autonomie peut porter le temps d'aide attribuée au-delà des temps plafonds.

Annexe 2 : Autres aides

	Montant total attribuable	Observations
Aide technique : aides relevant des prestations sécurité sociale	3960 € pour 3 ans	Si l'aide est > ou = à 3000 €, le montant est majoré de cette aide et de ses accessoires, diminué de la prise en charge sécurité sociale
Aménagement du logement :		
- Déménagement	3000 €	
- Logement	10 000 € pour 10 ans	100% du tarif pour les travaux se situant entre 0 et 1500 €
- véhicule ou surcoûts liés aux transports adaptés	5000 € pour 5 ans	50 ou 75% du tarif dans la limite maximum d'attribution de l'aide pou les travaux se situant au-delà de 1500 €
Charges exceptionnelles : Acquisition ou entretien de produits liés au handicap	1200 € par an pour les charges spécifiques et 1800 € pour 3 ans pour les charges exceptionnelles	
Attribution et entretien des aides animalières	3000 € pour 5 ans	Ou 50 € par moi en cas de versement mensuel

Etat des lieux de l'aide à domicile au Grand Duché de Luxembourg

**Docteur Jacques
LUCK :**

[Intervention du Docteur Jacques LUCK](#)

Médecin conseil
Cellule d'Evaluation
et d'Orientation de
l'Assurance
Dépendance

GLOSSAIRE

F	<u>ADAPA</u> :	Association Départementale d'Aide aux Personnes Agées
F	<u>ADMR</u> :	Aide à Domicile en Milieu Rural
F	<u>ADV</u> :	Assistant(e) De Vie
F	<u>AMDPH</u> :	Association de Maintien à Domicile du Pays Haut
F	<u>AFPA</u> :	Association pour la Formation Professionnelle des Adultes
F	<u>ANPE</u> :	Agence Nationale Pour l'Emploi
B	<u>ASD</u> :	Aide et Soins à domicile
F	<u>BAPAAT</u> :	Brevet d'Aptitudes Professionnelles d'Assistant Animateur Technique
F	<u>BEP</u> :	Brevet d'Etudes Professionnelles
F	<u>BEPA</u> :	Brevet d'Etudes Professionnelles Agricoles
F	<u>CAP</u> :	Certificat d'Aptitudes Professionnelles
F	<u>CAPA SMR</u> :	Certificat d'Aptitudes Professionnelles Agricole option Services en Milieu Rural
F	<u>CAFAD</u> :	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile
B	<u>CCP</u> :	Certificat de Capacités Professionnelles
B	<u>CEFP</u> :	Certificat d'Employé(e) Familial(e) Polyvalent(e)
F	<u>CQP</u> :	Certificat de Qualification Professionnelle
B	<u>CSD</u> :	Centrale de Services à Domicile
F	<u>DEAVS</u> :	Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale
F	<u>DRASS</u> :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
F	<u>EDDF</u> :	Engagement de Développement De la Formation
F	<u>ESF</u> :	Economie Sociale et Familiale
F	<u>FEPEM / IFEF</u> :	Fédération du Particulier Employeur / Institut FEPEM de l'Emploi Familial
F	<u>GRETA</u> :	Groupement d'Etablissements
F	<u>OPCA</u> :	Organisme Paritaire de Collecte Agréé

F	<u>MCAD</u> :	Mention Complémentaire Aide à Domicile
B	<u>MOC</u> :	Mouvement Ouvrier Chrétien
F	<u>URSSAF</u> :	Union de Recouvrement de Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales
F	<u>VAE</u> :	Validation des Acquis de l'Expérience
L	<u>AEV</u> :	Actes Essentiels de la Vie
L	<u>AS</u> :	Aide-Soignant
L	<u>ASF</u> :	Aide Socio-Familiale
L	<u>AssDép</u> :	Assurance Dépendance
L	<u>AT</u> :	Aides Techniques
L	<u>CAS</u> :	Code des Assurances Sociales
L	<u>CEO</u> :	Cellule d'Evaluation et d'Orientation
L	<u>CIPA</u> :	Centre Intégré pour Personnes Agées
L	<u>CMEP</u> :	Caisse de Maladie des Employés Privés
L	<u>CMO</u> :	Caisse de Maladie des Ouvriers
L	<u>COPAS</u> :	Confédération des Organismes Prestataires d'Aides et de Soins
L	<u>IGSS</u> :	Inspection Générale de la Sécurité Sociale
L	<u>LTPS</u> :	Lycée Technique des Professions de Santé
L	<u>MDS</u> :	Maison de Soins
L	<u>MIFA</u> :	Ministère de la Famille et de l'Intégration
L	<u>MISA</u> :	Ministère de la Santé
L	<u>RG</u> :	Réseaux Généralistes
L	<u>TD</u> :	Tâches Domestiques
L	<u>UCM</u> :	Union des Caisses de Maladie