

LA LETTRE DE L'OBSERVATOIRE

LES PROFESSIONNELS CHARGÉS DE L'ÉVALUATION APA

ÉDITO

La perte d'autonomie liée au vieillissement revêt une diversité de situations individuelles. Selon l'ampleur de leurs (in)capacités, leur environnement physique et social, leurs ressources économiques et leurs souhaits, les personnes âgées présentent des besoins contrastés, tant en matière d'accompagnement qu'en termes d'aide financière. Devant l'hétérogénéité des besoins, comment apporter un soutien efficace et équitable à nos aînés ?




Cette préoccupation est au cœur de l'activité des professionnels assurant l'évaluation de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), qui fait l'objet de la présente enquête. Ces professionnels, rattachés aux conseils départementaux, ont pour mission première d'évaluer la perte d'autonomie et les besoins d'aide des personnes de 60 ans et plus souhaitant bénéficier de l'APA.

Maillon central du soutien à domicile, l'activité des professionnels chargés de l'évaluation APA est cependant peu connue et insuffisamment étudiée. Avec l'appui de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la Fondation Médéric Alzheimer a lancé en 2018 une enquête nationale métier auprès de ces professionnels. L'enquête dresse le premier portrait complet des professionnels chargés de l'évaluation APA. Celui-ci témoigne notamment d'un engagement durable dans l'activité, ces professionnels étant impliqués dans l'évaluation APA depuis 8 ans en moyenne. Plus largement, les résultats apportent un éclairage nouveau sur le traitement des demandes d'APA. On apprend par exemple que l'attitude de déni de certaines personnes âgées vis-à-vis de leur perte d'autonomie constitue l'une des principales difficultés rencontrées auprès des demandeurs d'APA.

Une attention particulière a été accordée aux personnes atteintes de troubles cognitifs. D'après les données recueillies, ces personnes représentent 38 % des demandeurs d'APA. L'enquête montre que le traitement de leurs dossiers d'APA soulève plusieurs difficultés spécifiques, liées notamment au déclin de leurs capacités de communication et de compréhension. En conséquence, la thématique des troubles cognitifs correspond au besoin de formation le plus souvent cité – par 64 % des professionnels. Dans la mesure où seuls 14 % des professionnels chargés de l'évaluation APA ont suivi une formation complémentaire en gériatrie ou en gérontologie, la formation constitue à n'en pas douter un chantier à explorer pour faciliter le traitement des demandes d'APA. ■

Hélène Jacquemont

SOMMAIRE

1. Profil des professionnels chargés de l'évaluation APA	p.4	 Focus	p.1, p.10, p.14, p.17, p.22
2. Comment l'activité des évaluateurs est-elle organisée ?	p.7	 La parole à...	p.6-16
3. L'évaluation de l'APA au prisme des pratiques professionnelles	p.13	 Enjeux éthiques	p.23-26
4. La fonction d'évaluateur l'APA vue par les professionnels	p.21		

L'APA, QU'EST-CE-QUE C'EST ?

L'APA (allocation personnalisée d'autonomie) est destinée aux personnes âgées de 60 et plus résidant en France, en situation de perte d'autonomie.

La perte d'autonomie, appelée parfois dépendance, correspond à l'incapacité pour une personne d'effectuer par elle-même certains actes de la vie courante. Elle se mesure à l'aide de la grille AGGIR, qui définit plusieurs degrés de perte d'autonomie.

Aide financière universelle versée par le conseil départemental, l'attribution de l'APA n'est pas soumise à condition de ressource. Le montant de l'APA est égal au montant du plan d'aide utilisé par le bénéficiaire, diminué d'une participation éventuelle (ticket modérateur) laissée à sa charge et calculée en fonction de ses ressources mensuelles.

L'APA à domicile finance (en totalité ou en partie) les dépenses nécessaires à la personne âgée pour lui permettre de rester à domicile.

COMMENT BÉNÉFICIER DE L'APA ?

CONSTITUTION DU DOSSIER



Procurez-vous un dossier de demande d'APA auprès des services du département, de votre mairie (CCAS) ou d'un point d'information local dédié aux personnes âgées.

DÉPÔT ET INSTRUCTION DU DOSSIER



Complétez le dossier de demande d'APA avec les pièces justificatives et adressez-le au conseil départemental. Les services du département disposent de 10 jours pour accuser réception du dossier ou vous informer des pièces manquantes.

EVALUATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE



Un professionnel se déplace à votre domicile. Il évalue votre degré de perte d'autonomie, vos besoins d'aide et d'accompagnement ainsi que la situation et les besoins de vos proches aidants.

Il vous attribue un GIR (groupe iso-ressources qui correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée). Il existe six GIR : le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible.

DÉFINITION DU PLAN D'AIDE



Si, à l'issue de l'instruction, vous êtes classé en GIR 1, 2, 3 ou 4, le professionnel en charge de votre évaluation propose un plan d'aide financé intégralement ou en partie par l'APA. Il formule également des préconisations pour toute aide utile au soutien à domicile du bénéficiaire et au soutien des proches aidants.

Le contenu du plan d'aide concerne les interventions à domicile (heures d'aide ou de garde à domicile, service de portage de repas, de transport, travaux d'adaptation du logement, téléassistance, etc) ainsi que les aides techniques (matériel médicalisé).

Il peut aussi intégrer, si votre situation l'exige, une aide dédiée au répit de votre aidant.

OUVERTURE DES DROITS À L'APA



En tant que demandeur, vous êtes informé de la participation financière laissée à votre charge après déduction de la participation du conseil départemental.

Vous avez 10 jours pour accepter le plan d'aide proposé ou demander des modifications, notamment si le reste à charge est jugé trop peu important.

Vous avez également la possibilité de le refuser.

L'APA est attribuée sans limitation de durée.

Le premier versement intervient le mois qui suit celui de la décision d'attribution.

RÉVISION DU PLAN D'AIDE



Si vous estimez que vos besoins évoluent, vous pouvez demander que le plan d'aide soit révisé. Une nouvelle évaluation a alors lieu et un nouveau plan d'aide est défini.

Avec la participation de la

La Fondation Médéric Alzheimer remercie vivement tous les professionnels chargés de l'évaluation APA pour le temps qu'ils ont bien voulu consacrer à cette enquête, ainsi que E. Amar, C. Endrino, G. Gaubry, A. Gramain, B. Huon, C. Mayer, S. Nahon, M. Vilbrod, membres du comité de pilotage de l'enquête.


cnsa
Caisse nationale de
solidarité pour l'autonomie

INTRODUCTION

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) a été instituée par la loi du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées.

L'APA à domicile est destinée aux personnes âgées de 60 ans et plus qui résident en France et ont besoin « d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière ». Cette allocation finance des aides (humaines, techniques) visant à compenser la perte d'autonomie de la personne et lui permettant de rester vivre à son domicile¹.

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement² (ASV) a réformé l'APA à domicile en vue d'améliorer la vie au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Cette réforme s'est traduite par :

- une augmentation des plafonds de l'APA à domicile afin de permettre aux personnes en ayant besoin, en particulier celles en GIR 1 ou en GIR 2, de bénéficier d'aides supplémentaires (ex. : aides au répit du proche aidant...);
- une modification des modalités de calcul du taux de participation de la personne ;
- la mise en place d'une évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins de la personne âgée et de ses proches aidants par l'équipe médico-sociale (EMS) chargée de l'APA dans les départements.

Rattachée au conseil départemental, l'équipe médico-sociale APA intervient à la suite d'une première demande d'APA ou d'une demande de révision d'APA. Cette équipe a pour mission de réaliser une évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins de la personne âgée et de ses proches aidants en s'appuyant sur le référentiel d'évaluation multidimensionnelle national³ co-construit par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et 46 départements. Dans le cadre de cette évaluation, le professionnel chargé de l'évaluation APA apprécie le degré de perte d'autonomie de la personne âgée et recueille les éléments nécessaires à l'élaboration d'un plan d'aide et de recommandations permettant son maintien à domicile ainsi que le soutien de ses proches aidants.

En décembre 2017, 1 310 000 bénéficiaires de l'APA, dont 769 000 de l'APA à domicile, étaient recensés en France⁴.

Dans le champ de la perte d'autonomie, la CNSA a entre autres pour missions de participer au financement de l'aide à l'autonomie des personnes âgées, d'assurer l'animation du réseau des EMS APA, d'appuyer et d'harmoniser les pratiques des professionnels chargés de l'évaluation APA pour favoriser l'équité de traitement à l'échelle nationale.

La Fondation Médéric Alzheimer (FMA) et la CNSA se sont rapprochées en 2018 pour réaliser une enquête nationale destinée à éclairer le rôle joué par les professionnels chargés de l'évaluation APA dans le maintien à domicile des personnes âgées, en particulier celles ayant des troubles cognitifs, et le soutien à leurs proches aidants. Cette enquête s'inscrit dans la dynamique des « enquêtes métiers » menées par la Fondation et portant sur des professionnels qui interviennent à différents niveaux auprès des personnes atteintes de troubles cognitifs et de leurs aidants.

L'enquête vise à mieux connaître le profil des professionnels chargés de l'APA, leur rôle auprès des demandeurs ou bénéficiaires de l'APA et de leurs proches aidants, leurs relations avec ces derniers ainsi qu'avec leurs partenaires, mais également leur attrait pour leur activité et les soutiens dont ils disposent pour exercer leurs missions. ■

CHIFFRES CLÉS



PROFESSIONNELS

94 % de femmes

Âge moyen **44 ans**,
8 ans d'ancienneté dans l'activité

66 % ont une formation
initiale en travail social,
30 % une formation sanitaire



62 % des professionnels
citent l'autonomie dans leur travail

47 % l'utilité de leur activité

35 % la pluridisciplinarité
des équipes



TROUBLES COGNITIFS

38 % des demandes d'APA
traitées

64 % des professionnels déclarent
avoir besoin d'une formation
sur les troubles cognitifs

1 professionnel sur 2 déclare
être régulièrement confronté
à des refus d'aides

1 - Article L. 232-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF)

2- <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731>

3 - Arrêté du 5 décembre 2016 fixant le référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants, prévu par l'article L. 232-6 du code de l'action sociale et des familles

4- Source : Data Drees www.data.drees.sante.gouv.fr/

1. PROFIL DES PROFESSIONNELS CHARGÉS DE L'ÉVALUATION APA

756 professionnels en charge de l'évaluation de l'Allocation personnalisée d'autonomie ont participé à l'enquête, soit un taux de participation de 41 %. Ces professionnels présentent des profils variés.

Le Code de l'action sociale et des familles précise que la demande d'allocation personnalisée d'autonomie est instruite par une équipe médico-sociale qui comprend au moins un médecin et un travailleur social (article R. 232-7 du CASF). Il ressort cependant de cette enquête que ce binôme ne constitue pas le socle des équipes départementales chargées de l'évaluation APA⁵. Parmi les 81 départements ayant répondu, 6 disposent uniquement de personnel du secteur sanitaire (infirmiers, médecins), 25 de personnel du secteur social (assistants de service social, conseillers en économie sociale et familiale) et 50 de personnel mixte (sanitaire et social).

Tableau 1

Métier d'origine	Pourcentage de femmes	
	Enquête FMA	Données nationales (DADS 2015)
assistants service social	94%	90%
conseillers en économie sociale et familiale	97%	89%
Infirmiers	95%	88%

Enquête FMA 2018, Insee 2015

Une fonction essentiellement féminine (94 %)

Tableau 1

Les données nationales sur l'ensemble des professions issues des déclarations annuelles des données sociales (DADS)⁶ montrent que le pourcentage des femmes est plus élevé pour les salariés membres d'équipes médico-sociales APA, quel que soit le métier d'origine (sanitaire ou social). La même tendance est observée, sous réserve des faibles effectifs enquêtés, en ce qui concerne les éducateurs spécialisés (89 % contre 74 %) et les médecins (83 % dans l'enquête contre 43 % pour l'ensemble des médecins salariés non hospitaliers).

Un âge moyen de 44 ans Figure 1

- âge moyen des hommes : 48 ans
- âge moyen des femmes : 44 ans

L'âge moyen des infirmiers chargés de l'évaluation APA est plus élevé que celui de l'ensemble des salariés infirmiers exerçant en France (48 ans contre 38 ans). Il en est de même pour celui des assistants de service social (44 ans contre 40).

8 ans d'ancienneté dans la fonction

L'ancienneté dans la fonction de professionnels chargés de l'évaluation APA est en moyenne de 7,9 ans. Elle est plus faible chez les professionnels du champ social (7,5 ans) que chez ceux du champ sanitaire (8,3 ans).

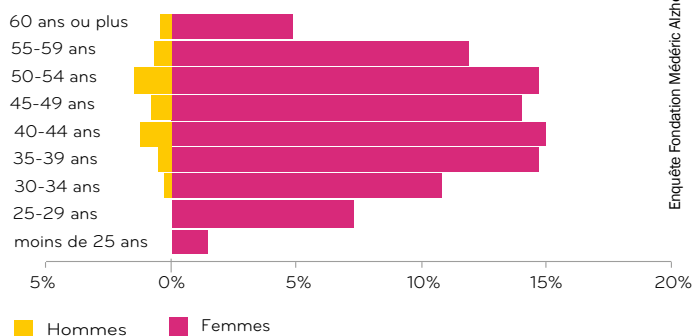
L'âge de début de l'activité de traitement des dossiers APA est de 36 ans en moyenne. Il est de 34 ans pour les professionnels du champ social et de 40 ans pour ceux du champ de la santé (différence statistiquement significative).

Ceci laisse à penser que la fonction n'est pas occupée par des professionnels en début de carrière.

La formation initiale : 66 % de travailleurs sociaux

66 % des professionnels chargés de l'APA ont une formation initiale en travail social, 30 % une formation sanitaire. Les trois principales formations initiales sont celles d'assistant de service social (37 %), d'infirmier (26 %) et de conseiller en économie sociale et familiale (24 %).

Figure 1 Répartition par âge et sexe des professionnels chargés de l'évaluation APA (en % des professionnels ayant renseigné leurs âge et sexe : n=742)



Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2018

Tableau 2

Métier d'origine	Age moyen	
	Enquête FMA	Données nationales (DADS 2015)
assistant service social	44 ans	40 ans
conseiller en économie sociale et familiale	38 ans	38 ans
Infirmier	48 ans	38 ans

Enquête FMA 2018, Insee 2015

5 - Études et résultats, n°264, octobre 2003, DREES

6 - <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3536754>

Une majorité (65 %) des professionnels ayant répondu à l'enquête ont déclaré n'avoir suivi aucune formation complémentaire, que ce soit en gérontologie ou dans d'autres disciplines, et 2 % n'ont pas répondu à ces questions.

En plus de leur formation initiale, 14 % des professionnels chargés de l'APA ont suivi une formation complémentaire en gérontologie ou gériatrie (19 % pour ceux ayant eu une formation initiale relevant du champ sanitaire et 12 % pour ceux ayant une formation du champ social). Pour 53 % des professionnels, cette formation est qualifiante (essentiellement des diplômes d'université, mais aussi des capacités en gériatrie pour les médecins...), et pour 42 % elle est non qualifiante (formations de courte durée portant sur des thématiques particulières ou sur l'utilisation d'outils d'évaluation). Les 5 % restants n'ont pas précisé la nature de leur formation.

Par ailleurs, 21 % des professionnels chargés de l'APA ont déclaré avoir suivi d'autres formations complémentaires. Il s'agit de formations en sciences humaines et sociales (42 % des professionnels), dans le domaine de la santé (25 %), du juridique (10 %), et dans d'autres domaines divers, par exemple l'administration, la gestion et le management, l'informatique... (19 %). 4 % de ces autres formations n'étaient pas précisées.

Comment l'activité des professionnels chargés de l'évaluation APA est-elle intitulée dans les départements ?

Les intitulés de poste des professionnels chargés de l'évaluation APA dépendent de règles ou de préférences propres à chaque conseil départemental. Certains départements évoquent directement l'évaluation et/ou l'APA (41 %), d'autres font référence au métier d'origine (28 %), aux personnes âgées ou à la gérontologie pouvant être associée au champ du handicap (20 %). Les intitulés comprenant le terme « social » se retrouvent chez 14 % des professionnels, ceux comportant les termes « médico-social » et « autonomie » concernent respectivement 14 et 9 % des professionnels. 8 % des professionnels portent dans leur intitulé de poste le nom de leur fonction, notamment en référence à un emploi ou à un grade de la fonction publique territoriale. *Figure 2*

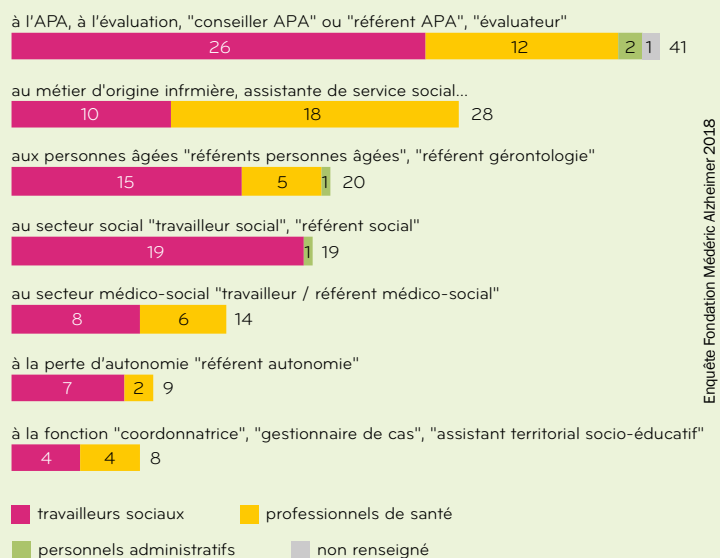
Tableau 3

Répartition par formation initiale des professionnels chargés de l'évaluation APA ayant répondu à l'enquête		
Formations du champ social 66%	assistant service social	37%
	conseiller en économie sociale et familiale	24%
	éducateur spécialisé	3%
	autres	2%
Formations du champ de la santé 30%	infirmier	26%
	médecin	3%
	autres	1%
Formations administratives 3%	secrétaire, rédacteur territorial	
Non renseigné : 1%		

Enquête FMA 2018

Figure 2

Références des intitulés de postes des professionnels chargés de l'évaluation APA (en % des évaluateurs ayant répondu à l'enquête : n=756)





Carole MAYER
Assistante sociale au sein
de la mission autonomie
Conseil départemental du Bas-Rhin

En tant que professionnelle de terrain, comment vous reconnaissez-vous dans les résultats de cette enquête ?

J'ai participé au comité de pilotage de cette enquête et j'ai donc suivi les résultats avec un grand intérêt.

En tant que professionnelle de terrain, je me suis forcément reconnue dans certaines réponses. Il est vrai que c'est un milieu principalement féminin. Pour autant, notre équipe est relativement jeune comparée aux résultats nationaux. Nous sommes principalement issus d'une formation du secteur social (assistante sociale et conseiller en économie sociale et familiale). Nous avons également dans l'équipe deux infirmières, un médecin et un ergothérapeute, ce qui vient renforcer la pluridisciplinarité qui est très importante dans notre travail.

Concernant notre activité, elle dépasse effectivement le cadre de l'APA. En tant qu'évaluateurs en charge de cette prestation, nous apportons une réelle expertise auprès des personnes rencontrées, de leur famille, mais aussi des différents partenaires. Cependant, à l'inverse de certains départements, nous ne proposons pas un accompagnement aux bénéficiaires de l'APA. Les situations complexes sont orientées vers d'autres services du département ou des partenaires en fonction des problématiques repérées. Par ailleurs, nous sommes également en charge d'autres dispositifs (PCH, accueil familial, aide sociale). Si l'évaluation est au cœur de notre métier, les missions qui nous sont confiées sont très variées.

Pour effectuer nos évaluations, nous utilisons le référentiel d'évaluation multidimensionnelle. J'ai été surprise des résultats de l'enquête puisque seulement la moitié des personnes interrogées l'ont intégré dans leurs pratiques professionnelles. J'ai également été étonnée qu'un quart

des répondants n'évaluent pas la situation du proche aidant.

Notre département se retrouve dans les principales difficultés qui ressortent de cette enquête à savoir le déni des personnes et plus particulièrement le refus d'aide pour les personnes atteintes de troubles cognitifs. Les situations d'épuisement des aidants sont alors fréquentes. En tant que professionnels, nous nous retrouvons très souvent démunis.

L'insuffisance de l'offre est une autre difficulté à laquelle nous sommes confrontés. De plus, nous assistons à une pénurie d'auxiliaires de vie et d'aides ménagères au sein des services d'aide à domicile. De ce fait, dans certains secteurs, il devient difficile pour les familles de trouver un prestataire qui puisse mettre en œuvre le plan d'aide proposé. Pour en avoir échangé avec une collègue d'un département voisin, j'ai pu constater que c'était également le cas au sein de leur territoire.

Pour conclure je pense que oui, il y a bien évidemment une culture commune au sein des professionnels chargés de l'évaluation de l'APA. Cependant, il existe toujours des divergences de fonctionnement et les résultats de l'enquête l'illustrent.

Comment le référentiel s'est-il mis en place dans le département ? Quel impact a-t-il eu sur vos pratiques, notamment auprès des personnes atteintes de troubles cognitifs ?

Le département du Bas-Rhin a participé aux groupes de travail organisés par la CNSA sur la loi ASV et a fait partie des « testeurs » du nouveau support d'évaluation multidimensionnelle.

L'utilisation de ce support a été étendue à l'ensemble de l'équipe en mai 2017, et depuis janvier 2018, nous n'avons que la version informatique pour les visites à domicile.

J'avoue que cela n'a pas été évident au départ. Il est important de pouvoir se détacher de l'écran pour rester présent dans la relation d'écoute qui est l'une des bases pour assurer l'ensemble de nos missions. Finalement, les personnes âgées et leurs familles acceptent bien l'ordinateur. Les personnes atteintes de troubles cognitifs sont parfois un peu plus intriguées, certaines sont même méfiantes, mais dans l'ensemble leurs réactions sont similaires, que l'on utilise le papier ou bien l'ordinateur.

Aujourd'hui, l'outil est bien intégré par notre équipe qui utilise le document sans difficulté. Il nous a permis d'améliorer notre organisation de travail sur le plan administratif.

Quels besoins ressentez-vous pour améliorer vos pratiques auprès des personnes atteintes de troubles cognitifs ?

Les visites à domicile auprès de personnes atteintes de troubles cognitifs ne sont pas toujours évidentes. Nous retrouvons souvent des situations d'épuisement important de l'aidant, car la personne âgée refuse la mise en place d'aides extérieures.

Personnellement, une formation à la médiation ou encore à la systémie pourrait améliorer ma pratique professionnelle et m'aider à désamorcer certaines situations.

D'un point de vue plus général, il faudrait étoffer et diversifier l'offre de services pour les personnes atteintes de troubles cognitifs et leurs aidants. L'offre au domicile est insuffisante, pour autant, très souvent, les personnes atteintes de troubles cognitifs refusent d'aller en accueil de jour. Je pense aussi que l'offre ne répond pas toujours aux spécificités de certaines pathologies. Pour exemple, il existe encore peu de solutions pour des personnes atteintes d'une pathologie psychiatrique qui seraient vieillissantes. Il me semble aussi important de développer l'aide aux aidants qui sont très souvent en situation d'épuisement. Le département du Bas-Rhin met en œuvre des actions au plus près des personnes et a fait du repérage des aidants un axe de travail.

Je conclurai en disant que notre travail est passionnant. Je suis investie dans la mission « Autonomie » depuis bientôt dix ans, et le maintien à domicile des personnes âgées nous donne chaque année de nouveaux défis à relever ce qui est souvent source de difficultés et d'incertitudes, mais c'est surtout ce qui anime notre service. Nous avons à cœur de développer au mieux le dispositif de l'APA en nous adaptant aux évolutions législatives, pour répondre au mieux aux attentes des personnes âgées et de leurs aidants. En tant que service public, l'humain est au cœur de notre métier, et je pense que c'est ce qui nous motive au quotidien pour venir en aide aux personnes en difficultés. 🗨️

2. COMMENT L'ACTIVITÉ DES ÉVALUATEURS EST-ELLE ORGANISÉE ?

La grande majorité (94 %) des professionnels ayant répondu à l'enquête appartiennent à une équipe gérée directement par le conseil départemental. Pour les 6 % restants, l'équipe est gérée par une structure extérieure, mandatée par le conseil départemental pour assurer les évaluations APA. Il s'agit de centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ou de centres communaux d'action sociale (CCAS).

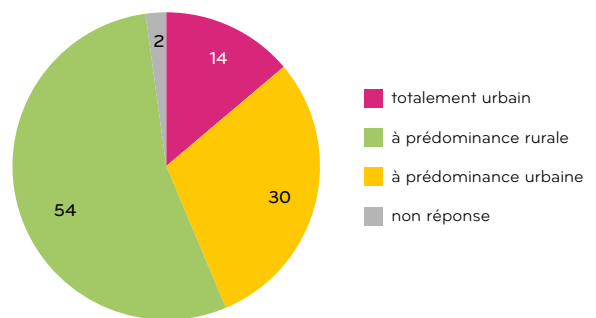
Des zones géographiques d'intervention bien définies dans le département

L'activité des équipes médico-sociales est structurée en fonction du modèle d'organisation territoriale du département. Certains départements ont réparti les professionnels chargés de l'évaluation APA entre les différents territoires du département (services territoriaux de l'autonomie, espaces info seniors, unités territoriales d'action sociale ou d'action gériatrique...), tandis que d'autres les ont centralisés.

Au sein des équipes, 91 % des professionnels chargés de l'évaluation ayant répondu à l'enquête ont déclaré intervenir sur un secteur géographique bien déterminé à l'intérieur du département. Parmi les professionnels chargés de l'APA affectés à un secteur géographique déterminé, plus de la moitié (54 %) couvrent un territoire à prédominance rurale, alors que 44 % interviennent sur un territoire à prédominance urbaine ou totalement urbain. *Figure 3*

Figure 3

Caractéristique du secteur géographique d'intervention
(% des professionnels intervenant dans un secteur géographique particulier : n=694)



Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2018

Près des deux tiers du temps de travail sur le terrain

Les professionnels chargés de l'APA déclarent passer en moyenne 63 % de leur temps de travail sur le terrain. Ils sont principalement amenés à se déplacer à l'occasion de la première visite au domicile de la personne qui demande l'APA, lors de la mise en œuvre des plans d'aide, ou au cours de leur suivi. Toutefois, tous les professionnels ne participent pas à la mise en œuvre et au suivi des plans d'aide.

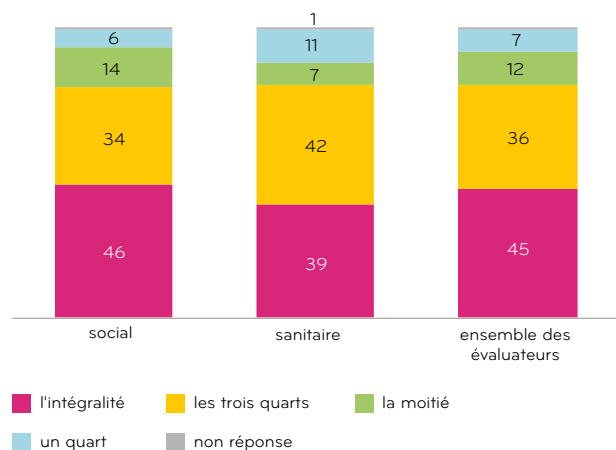
Le temps passé sur le terrain est légèrement plus important pour les professionnels du secteur sanitaire (64 %) que pour ceux du secteur social (61 %). Cependant, il apparaît que les médecins ayant répondu à l'enquête ont une part moins élevée de leur travail sur le terrain que les autres professionnels (51 %). Les médecins interviennent pour l'essentiel en appui technique des professionnels et ne se rendent au domicile que dans des situations particulières (recours contre une décision APA ou situation complexe). Par ailleurs, le temps de travail passé sur le terrain varie selon le territoire d'intervention attribué à l'évaluateur : de l'ordre de 65 % en milieu rural, contre 61 % en milieu à prédominance urbaine et 59 % en milieu totalement urbain.

Les professionnels issus du secteur sanitaire sont moins nombreux à consacrer la totalité de leur temps à l'APA (39 %) que ceux issus du secteur social (46 %). La révision des plans d'aide occupe en moyenne 41 % du temps de travail dédié à l'APA. *Figure 4*

18 % des professionnels assurent uniquement la mise en œuvre du plan d'aide, 11 % uniquement le suivi du plan, 47 % assurent les deux missions. Enfin 24 % des professionnels interrogés déclarent n'assurer ni la mise en œuvre du plan d'aide ni son suivi.

Figure 4

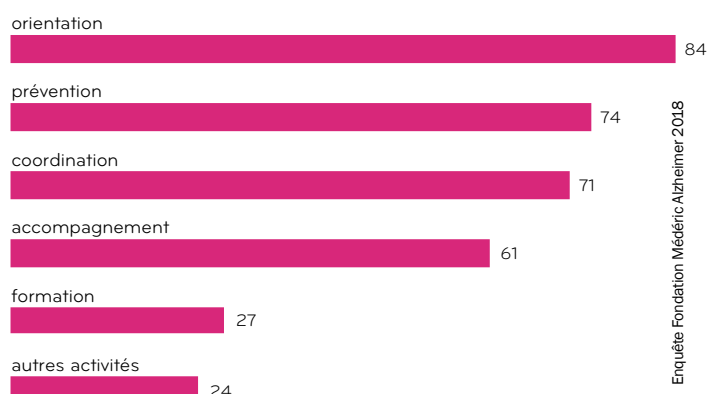
Part du temps consacré à l'APA par les professionnels chargés de l'évaluation en fonction de la formation initiale
(% des professionnels ayant répondu à l'enquête : n=756)



Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2018

Figure 5

Activités hors évaluation réalisées par les professionnels chargés de l'évaluation APA (% des professionnels ayant répondu à l'enquête : n=756)



Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2018



Stéphane CORBIN
Directeur de la compensation
de la perte d'autonomie
Caisse nationale de solidarité
pour l'autonomie (CNSA)

Quels enseignements la CNSA peut-elle tirer des résultats de cette enquête ?

Le premier enseignement à tirer est celui de la participation et de la forte mobilisation des professionnels en charge de l'évaluation APA. 756 professionnels issus de 81 départements ont répondu au questionnaire. Cette mobilisation traduit une volonté de s'exprimer sur leurs missions auprès des personnes âgées et de leurs proches aidants, mais aussi de mieux faire connaître leur rôle auprès du grand public.

Les professionnels sont attachés à l'exercice de leur métier auprès des personnes âgées. Ils restent longtemps en poste (la durée moyenne sur le poste est de 8 ans) et ils valorisent volontiers les aspects positifs du poste : autonomie dans le travail, aspect relationnel et partenariat, utilité sociale de la mission...

Au-delà, cette enquête est venue conforter le panorama que nous avons des professionnels chargés de l'APA. Elle nous a toutefois appris que leurs missions sont bien plus larges et diversifiées que la simple évaluation des besoins médico-sociaux relatifs à l'APA. Elles couvrent également la prévention, la coordination ou encore l'accompagnement, mais aussi l'évaluation pour l'octroi de la CMI, de la PCH ou des conditions de l'accueil familial.

En résumé, l'enquête confirme que ces professionnels sont des acteurs clés du soutien à domicile des personnes âgées et de leurs proches aidants.

Quelles actions sont aujourd'hui menées par votre institution pour soutenir et accompagner les équipes médico-sociales APA dans leurs missions ?

L'une des missions de la CNSA est « d'assurer un échange d'expériences et d'informations entre les services des départements chargés de l'APA, de diffuser les bonnes pratiques d'évaluation individuelle des besoins, d'élaboration des plans d'aide et de gestion des prestations, et de veiller à l'équité du traitement des demandes d'aide à l'autonomie¹ ».

À ce titre, la direction de la compensation anime le réseau des équipes médico-sociales (EMS) APA qui s'est créé concomitamment aux travaux relatifs à l'élaboration du référentiel d'évaluation multidimensionnelle.

L'animation du réseau se traduit par l'organisation de rencontres nationales dédiées aux EMS APA. Ces rencontres sont l'occasion d'apporter des précisions juridiques, de favoriser les échanges, de partager et de valoriser des actions départementales. Lorsqu'elles prennent la forme d'ateliers, ces rencontres permettent aussi de coconstruire des outils de travail ou d'aide à la décision.

Par ailleurs, pour faciliter le partage avec ce réseau, la direction de la compensation met à disposition un extranet et plus particulièrement son espace dédié aux EMS APA et publie une lettre Infos Réseau Départements.

Plusieurs études montrent qu'il existe des disparités départementales significatives en matière d'attribution de l'APA. Quelles actions ont été mises en œuvre pour réduire ces disparités ? De nouvelles pistes sont-elles envisagées ?

La CNSA a pour mission essentielle de veiller à l'équité de traitement des droits et des prestations sur l'ensemble du territoire national.

Concernant la prestation APA, la première action a été de coconstruire avec des départements le référentiel national d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins de la personne âgée et de ses proches aidants. Ce cadre de référence à caractère réglementaire constitue une première étape d'harmonisation des pratiques.

Comme le fait ressortir l'enquête, les professionnels de terrain ne se sont pas encore pleinement approprié le référentiel. Aussi, pour accompagner cette appropriation et favoriser l'harmonisation des pratiques, la CNSA a activé deux leviers : la formation et l'informatisation du référentiel.

S'agissant de la formation, la CNSA a développé avec le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) une offre de formation à l'évaluation multidimensionnelle. Lancée en septembre 2017, cette formation est dispensée par des professionnels issus des départements. En 2018, 449 professionnels chargés de l'APA ont participé à cette formation. Nous devons poursuivre l'effort pour nous assurer que chaque professionnel acquiert une parfaite connaissance du référentiel et de son utilisation.

L'informatisation du référentiel est un enjeu important d'appropriation par les départements. La CNSA réfléchit actuellement aux modalités d'accompagnement de cette informatisation.

Dans le cadre de la concertation Grand Âge et Autonomie, Dominique Libault préconise de créer une nouvelle « prestation autonomie », en remplacement de l'APA, distinguant trois volets à domicile : aides humaines, aides techniques ainsi que répit de l'aidant et accueil temporaire.

Dans l'attente de la future loi autonomie et d'éventuels changements du contenu de la prestation APA, la CNSA continue à mener des actions pour réduire les disparités de traitement sur le territoire. À titre d'exemple, nous travaillons actuellement avec 25 départements à l'élaboration d'un nouveau formulaire de demande APA.

En conclusion, il me paraît important de retenir un chiffre issu de l'enquête : 86 % des répondants sont d'accord avec l'idée qu'il existe une culture professionnelle commune au sein de leur équipe. Pour la CNSA, l'objectif est de renforcer cette culture professionnelle commune à l'échelle nationale. ■■

¹ Loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV).

Une activité composite

Les professionnels chargés de l'APA peuvent réaliser d'autres types d'évaluations. Ainsi, moins de la moitié des répondants (45 %) consacrent l'intégralité de leur temps à l'APA, 36 % les trois quarts, 12 % la moitié et 7 % un quart.

Dans leur poste actuel, 69 % des professionnels réalisent des évaluations permettant à la personne âgée d'accéder à d'autres dispositifs. Ces autres évaluations peuvent être réalisées au cours des visites à domicile consécutives à une demande d'APA. 51 % des professionnels réalisent l'évaluation pour les demandes de carte mobilité inclusion (CMI)⁷, 35 % pour les demandes de prestation de compensation du handicap (PCH), 26 % pour les demandes d'aide sociale aux personnes âgées (ASPA). 29 % d'entre eux sont impliqués dans le dispositif départemental d'accueil familial. D'autres professionnels ont mentionné réaliser des évaluations pour les caisses de retraite (GIR 5 et 6) (cf. encadré sur la grille AGGIR). Ces activités d'évaluation hors APA sont plus souvent pratiquées par les professionnels issus du domaine sanitaire (79 %) que par ceux issus du domaine social (65 %) ; ces différences sont observées notamment pour l'évaluation de la CMI et de la PCH.

En dehors de l'évaluation APA et de l'élaboration des plans d'aide, 93 % des professionnels ont des fonctions qui dépassent largement ce cadre. 84 % ont déclaré une activité d'orientation ; 74 % réalisent des actions de prévention ou des tâches de coordination ; 61 % font de l'accompagnement. Enfin, 27 % ont une activité de formation. Parmi les autres activités citées par 24 % des répondants, les actions collectives, le signalement et la protection des personnes vulnérables et les activités en direction des proches aidants sont les plus courants. *Figure 5 - P 7*

On constate que les professionnels assurant la mise en œuvre du plan d'aide et son suivi sont plus nombreux à effectuer des activités d'orientation (environ 90 % des professionnels), de prévention (environ 79 %), de coordination (environ 77 %) et d'accompagnement (environ 70 %).

Combien de dossiers traités par mois ?

Les professionnels ont indiqué traiter en moyenne 31 dossiers de demande d'APA par mois ; 25 % en traitent moins de 20 et 75 % plus de 40. Le nombre de dossiers de demande APA varie selon certains critères : la formation initiale des professionnels (28 dossiers en moyenne pour un professionnel issu du secteur social contre 35 pour un professionnel issu du secteur sanitaire) ; leur âge (25 dossiers pour les professionnels de moins de 30 ans contre 36 pour ceux de plus de 60 ans) ; leur ancienneté dans la fonction (29 dossiers pour les professionnels ayant moins de 8 ans d'ancienneté contre 32 pour ceux ayant plus de 8 ans d'ancienneté).

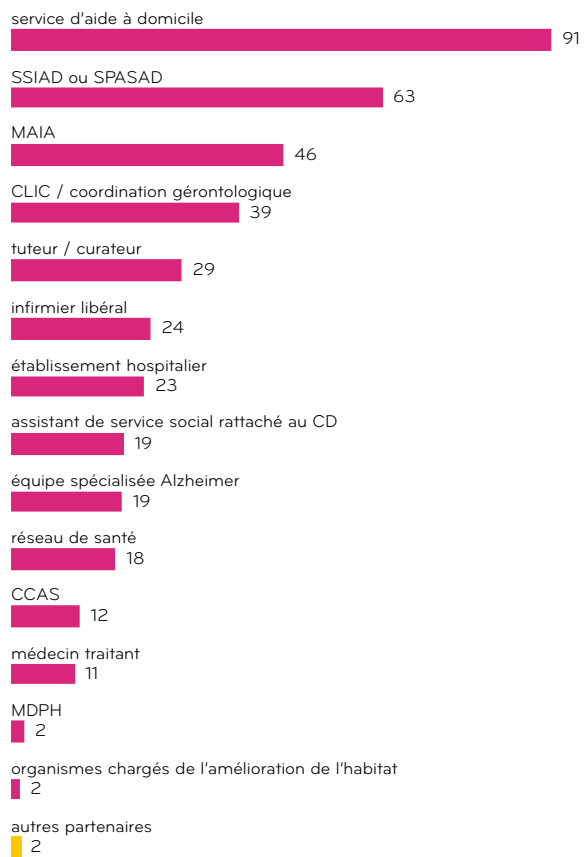
Des partenaires variés

Pour remplir ses missions d'évaluation mais également pour assurer l'élaboration et le suivi des plans d'aide, l'évaluateur peut être amené à collaborer avec des professionnels et des services multiples. Du point de vue même des professionnels, un des principaux attraits de leur fonction est l'aspect relationnel, souligné au travers des partenariats.

Figure 6

Figure 6

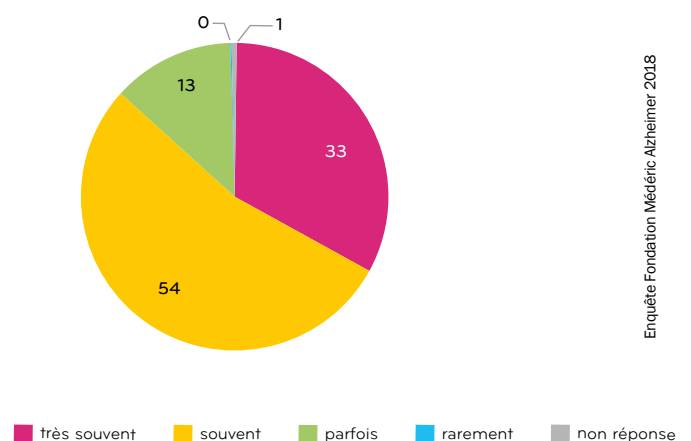
Principaux services et partenaires mobilisés par les professionnels chargés de l'évaluation APA (% des professionnels ayant cité 4 partenaires : n=647)



Les répondants étaient invités à classer parmi une liste de 15 partenaires les 4 principaux avec lesquels ils ont l'habitude de travailler.

Figure 7

Présence d'un proche aidant lors des visites à domicile pour les personnes âgées en général (% des professionnels ayant répondu à l'enquête : n=756)



7 - Il existe trois cartes mobilité inclusion (CMI) : la CMI invalidité, la CMI priorité et la CMI stationnement. La CMI donne des avantages aux personnes âgées pour faciliter leurs déplacements. La demande de CMI est faite dans le dossier de demande APA. Les professionnels des départements chargés de l'APA sont amenés à se prononcer sur l'attribution de la CMI.

Le modèle AGGIR (autonomie gérontologique et groupes iso-ressources) évalue la capacité d'une personne âgée à effectuer sans aides humaines, mais le cas échéant avec des aides techniques, des activités de la vie quotidienne (activités domestiques, sociales, corporelles et mentales).

La grille AGGIR permet de classer les personnes en six catégories appelées GIR, chacune de ces catégories étant censée être homogène en termes de besoin d'allocation.

Seules les personnes classées en GIR 1 à 4 à l'issue de l'évaluation, peuvent bénéficier de l'APA. Le montant maximum d'aides, pour chaque GIR, a été fixé par la réglementation. Les personnes classées en GIR 5 et 6 peuvent bénéficier d'aides versées par leur caisse de retraite.

Grille AGGIR			
Groupe GIR	Besoin d'aide	Droit à l'APA	Montants maximaux des plans d'aide au 1 ^{er} Janvier 2019
GIR 1	Présence continue nécessaire	Oui	1 737,14 € / mois
GIR 2	Assistance requise dans la plupart des activités de la vie quotidienne ou surveillance permanente	Oui	1 394,46 € / mois
GIR 3	Aide pour les soins corporels, plusieurs fois par jour	Oui	1 007,83 € / mois
GIR 4	Aide pour la toilette et l'habillement, ou aide pour les soins corporels et les repas	Oui	972,26 € / mois
GIR 5	Aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et ménage	Non	
GIR 6	Personne autonome	Non	

LE RÉFÉRENTIEL D'ÉVALUATION MULTIDIMENSIONNELLE

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) a instauré une évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins de la personne âgée demandeuse ou bénéficiaire de l'APA ainsi que de ses proches aidants, à l'aide d'un référentiel unifié au plan national. Ce référentiel a été coconstruit par la CNSA et 46 départements. Il répond aux objectifs de la loi ASV d'aboutir à une plus grande homogénéité des pratiques d'évaluation et d'unifier les outils d'évaluation existants. Ce référentiel constitue une avancée importante, notamment parce qu'il introduit une approche globale dans l'évaluation des besoins des demandeurs ou bénéficiaires de l'APA.

Le référentiel est destiné à l'évaluation qui est faite à domicile lors d'une première demande d'APA ou d'une demande de révision du plan d'aide APA. Il est renseigné à partir d'observations directes lors de la visite à domicile et d'informations recueillies auprès des personnes âgées, des proches aidants et éventuellement des professionnels partenaires.

Il comporte douze dimensions :

- Identité de la personne ;
- Éléments concernant l'organisation de l'évaluation ;
- Circonstances de la demande (événements et situations de rupture) ;
- Expression de la personne (souhaits et projets) ;
- Environnement social (mode de vie, situation familiale, relations sociales) ;
- Situation administrative et budgétaire (protection sociale et ressources) ;
- Aides actuelles dont bénéficie la personne (informelles et professionnelles) ;
- Environnement physique (intégrant le logement) ;
- Réalisation des actes de la vie quotidienne (grille AGGIR et état de santé) ;
- Volet de synthèse de la situation de la personne évaluée ;
- Situation et besoins des proches aidants ;
- Élaboration du plan d'aide.

Lors de la visite au domicile, les professionnels chargés de l'évaluation APA utilisent un support d'évaluation. Ce support peut être imprimé ou dématérialisé (PDF modifiable de la CNSA, module nomade proposé par des éditeurs informatiques,...).

Les partenaires des professionnels en charge de l'APA peuvent être regroupés en trois catégories :

> Les professionnels et structures assurant le soutien à domicile

Entrent dans cette catégorie les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD). Cités respectivement à 91 % et 63 %, ils sont les principaux partenaires des répondants.

Font également partie de cette catégorie les infirmiers libéraux (24 %) et les équipes spécialisées Alzheimer (ESA), bien que ces dernières n'aient été citées que par 19 % des professionnels. Ces équipes sont pourtant souvent à l'initiative de demandes d'aménagement des plans d'aide à l'issue de leurs interventions auprès des personnes ayant des troubles cognitifs⁸.

Les CCAS cités par 12 % des répondants sont des acteurs de proximité pouvant tout à la fois informer la personne et lui proposer des aides.

Les médecins traitants font partie des partenaires les moins souvent cités par les professionnels (11 %). Ce résultat suggère qu'au-delà des certificats médicaux pouvant être établis en amont de la demande d'APA dans certains départements, les médecins traitants sont rarement sollicités dans le processus APA.

Enfin, les professionnels juridiques (tuteurs et curateurs) ont été cités par 29 % des répondants.

> Les professionnels et les structures assurant la coordination gériatrique

Parmi les autres partenaires des professionnels chargés de l'APA, les plus cités sont les structures portant une MAIA et les structures de coordination gériatriques comme les CLIC. Ces derniers sont internalisés par les conseils départementaux dans la majorité des départements⁹. Ils peuvent également réaliser des évaluations APA s'ils sont conventionnés par le conseil départemental. Les réseaux de santé ont été mentionnés par 18 % des professionnels. Par ailleurs, les assistants de service social rattachés au conseil départemental sont cités par 19 % des professionnels.

> Les établissements hospitaliers

Ils sont cités par 23 % des répondants. Les professionnels chargés de l'évaluation APA sont en contact avec ces établissements notamment lors des hospitalisations des personnes âgées et plus particulièrement lors de leur retour à domicile.

Les professionnels qui assurent la mise en œuvre et/ou le suivi du plan d'aide mentionnent plus souvent des partenariats avec les SAAD (94 % contre 84 %), les SSIAD/SPASAD (67 % contre 49 %) que ceux qui n'effectuent ni l'un ni l'autre.

Par ailleurs, la fréquence de certaines collaborations semble liée au secteur géographique d'intervention des professionnels : les SAAD sont moins souvent mentionnés par les professionnels intervenant dans un secteur entièrement urbain (82 %) que par ceux qui couvrent un territoire à prédominance urbaine (92 %) ou rurale (95 %). La même relation est constatée au sujet des collaborations avec les SSIAD/SPASAD : ils sont cités par 51 % des professionnels couvrant un territoire entièrement urbain, par 60 % des professionnels couvrant un territoire à prédominance urbaine et par 69 % des professionnels intervenant sur un territoire à prédominance rurale.

Figure 8

Présence d'un proche aidant lors des visites à domicile pour les personnes atteintes de troubles cognitifs
(% des professionnels ayant répondu à l'enquête : n=756)

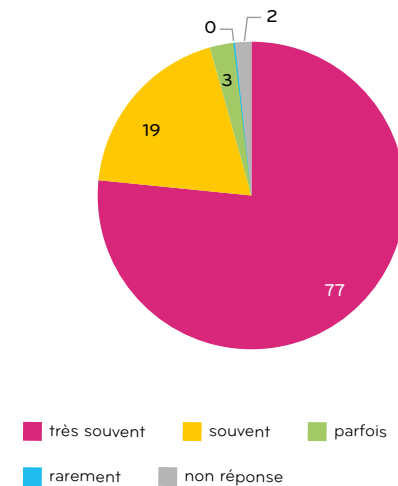
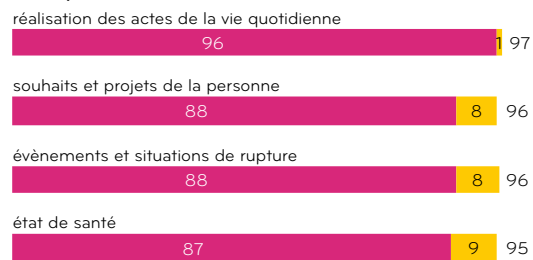


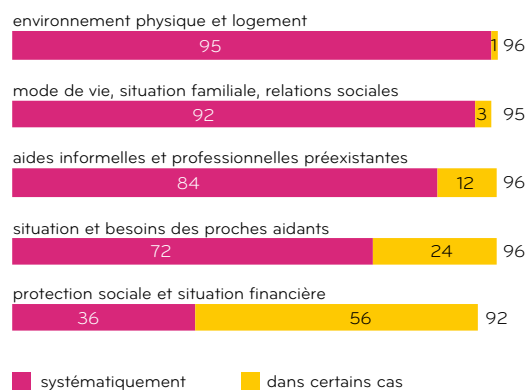
Figure 9

Informations recueillies par les professionnels chargés de l'évaluation APA qui n'utilisent pas le nouveau référentiel
(% des professionnels n'utilisant pas le nouveau référentiel : n=332)

sur la personne



sur son environnement



8 - Fondation Médéric Alzheimer. Les équipes spécialisées Alzheimer. La Lettre de l'Observatoire n° 53, mai 2019.

9 - D'après l'enquête nationale 2017 de la Fondation Médéric Alzheimer auprès des lieux d'information et de coordination gériatrique, 73 conseils départementaux ont internalisé une partie ou la totalité des CLIC présents sur leur territoire.



Agnès GRAMAIN
Chercheur en sciences économiques
Bureau d'Économie théorique et
appliquée, Université de Lorraine

Compte tenu des travaux que vous avez menés sur l'APA, quel regard portez-vous sur les résultats de cette enquête ?

L'enquête conduite par la Fondation Médéric Alzheimer et la CNSA est particulièrement intéressante car elle porte sur un point aveugle de la mise en œuvre de l'APA : le rôle des équipes médico-sociales (EMS) qui évaluent l'éligibilité des demandeurs en termes de degré de dépendance et préconisent les plans d'aide donnant lieu à un financement public. Or, d'après les travaux que nous conduisons actuellement, les EMS jouent un rôle déterminant dans la mise en œuvre de l'APA : le législateur ne fixe qu'un cadre relativement lâche et c'est à ces équipes qu'il confie l'expertise des situations individuelles qui nourrit la décision publique effective au cas par cas. Il était temps de s'intéresser de manière systématique à la composition de ces équipes, à l'organisation de leur travail, ou encore aux difficultés qu'elles rencontrent.

L'APA vous paraît-elle couvrir de façon adéquate les besoins des personnes ayant des troubles cognitifs ?

Cette question est un serpent de mer depuis la mise en œuvre de l'APA voilà plus de quinze ans. À mon sens, la difficulté est double : d'une part, les effets des troubles cognitifs entrent mal dans les cases au moment de l'évaluation de la dépendance ; d'autre part, trouver des réponses adéquates oblige à sortir des sentiers battus. Le rôle des équipes médico-sociales est donc crucial pour que des outils, nécessairement imparfaits, permettent malgré tout d'améliorer la réponse publique aux besoins spécifiques des personnes ayant des troubles cognitifs.

Plusieurs études montrent qu'il existe des disparités départementales significatives en matière d'attribution de l'APA. Comment expliquer l'existence de ces disparités ? Comment pourraient-elles être réduites ?

On observe des différences d'un département à l'autre, mais aussi à des échelles plus fines. L'existence de différences dans la mise en œuvre d'une politique publique est de toute façon inévitable, ne serait-ce que parce que le législateur ne peut pas tout prévoir et doit donc nécessairement confier un pouvoir d'appréciation à ceux qui mettent en œuvre la loi. Faut-il pour autant tenter de réduire ces différences ? Cela n'a rien d'évident. La réponse est d'ordre politique. Souhaiterait-on imposer un unique objectif politique, une même norme, sur tout le territoire national, ou délègue-t-on aux pouvoirs publics locaux le soin de choisir leurs objectifs propres, en les encadrant plus ou moins ? La diversité des systèmes retenus par les conseils départementaux pour valoriser les plans d'aide APA est une bonne illustration : par le choix des tarifs horaires utilisés pour calculer le montant de l'allocation, les départements peuvent mieux couvrir certains types d'intervention. Ils peuvent ainsi encourager le recours à des services prestataires ou faciliter la continuité des aides le week-end et les jours fériés, par exemple. Le problème n'est donc pas, me semble-t-il, l'existence de disparités départementales, mais plutôt l'existence de disparités qui ne seraient pas contrôlées démocratiquement à une échelle ou une autre.

En dehors de la France, de nombreux pays ont mis en place des aides financières publiques en direction des personnes âgées en situation de perte d'autonomie. Quelles sont les principales spécificités de l'APA ?

Cette question est complexe, car les caractéristiques des aides sont très variables d'un pays à l'autre. Le dispositif français brille par sa complexité : on conjugue des barèmes, des plafonds, qui varient selon le lieu de résidence (domicile ou établissement d'hébergement), avec des dispositifs de mise en

œuvre disparates, sans compter le financement qui conjugue une responsabilité financière partielle des départements avec une péréquation nationale. Mais, en tant qu'économiste, ce qui me semble le plus significatif, c'est certainement la dimension redistributive de l'APA à domicile et la manière dont elle est organisée. L'APA est une prestation universelle : toute personne âgée de 60 ans ou plus résidant en France peut la demander, quel que soit son niveau de vie. Toutefois, le partage du coût de la prise en charge dépend du revenu du bénéficiaire : plus il est aisé, plus son taux de participation au financement est important. D'après les travaux que j'ai conduits avec l'équipe Modapa¹, le nombre d'heures d'aide à domicile effectivement « acheté » par les bénéficiaires de l'APA apparaît très peu sensible à leur revenu. On peut penser que cela traduit le fait que le recours à des aides à domicile ne répond qu'à un besoin, qu'il ne serait guidé que par le degré de dépendance. J'ai plutôt tendance à penser qu'il existe bien un comportement de demande à part entière, qui dépend du prix à payer et du revenu disponible, mais que les règles de l'APA, en faisant dépendre le prix à payer du revenu, réduisent sensiblement l'effet du revenu sur le niveau de prise en charge, parmi les bénéficiaires de l'APA tout au moins. **»»**

¹ Agnès Gramain coordonne avec Cécile Bourreau-Dubois le projet de recherches Modapa (Modélisation de la demande d'aide à domicile des personnes âgées dépendantes). Site web : <http://www.modapa.cnrs.fr/>.

3. L'ÉVALUATION DE L'APA AU PRISME DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Afin d'apporter un éclairage nouveau sur les modalités d'attribution de l'APA, la Fondation Médéric Alzheimer et la CNSA ont cherché à mieux connaître les pratiques de travail des professionnels chargés de l'évaluation et les éventuelles difficultés rencontrées dans le cadre de leur activité : comment l'évaluation des besoins est-elle réalisée ? Comment les plans d'aide sont-ils définis, puis mis en œuvre ?

L'évaluation des besoins à domicile

- La visite à domicile est essentiellement réalisée par un seul professionnel

Chaque demande d'APA donne lieu à la visite d'un ou de plusieurs professionnels de l'équipe médico-sociale au domicile du demandeur. Cette visite vise notamment à évaluer la situation et les besoins de la personne âgée demandeuse ou bénéficiaire de l'APA, son degré de perte d'autonomie, ses attentes, son environnement et la situation ainsi que les besoins de ses proches aidants¹⁰. La quasi-totalité des professionnels ayant participé à l'enquête (95 %) réalise seule les visites, tandis qu'une minorité est accompagnée d'un autre membre de l'équipe (3 %) ou d'un professionnel d'une structure partenaire (< 1 %). Le plus souvent, les visites sont réalisées en présence de proches aidants. Dans la grande majorité des cas, les évaluations à domicile sont assurées par des infirmiers ou des travailleurs sociaux. Les médecins interviennent le plus souvent dans un second temps, afin de valider ou d'harmoniser les évaluations réalisées à domicile, ou pour examiner les dossiers des demandeurs ayant contesté leur plan d'aide APA en effectuant un recours. *Figures 7 et 8 - P 9, P11*

- Des outils variés mais convergents

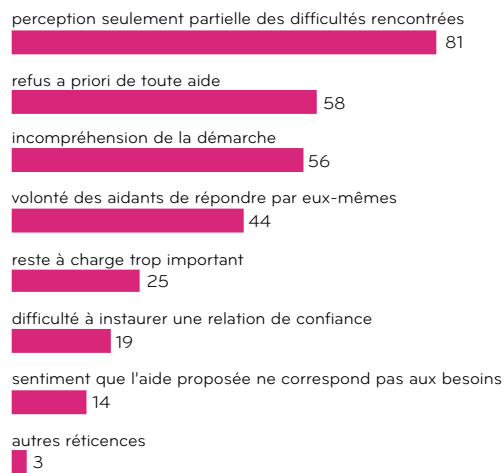
Au cours des visites, le degré de perte d'autonomie est évalué au moyen de la grille AGGIR. Cette grille permet de classer chaque demandeur dans l'un des six groupes iso-ressources (GIR). Le GIR est attribué en fonction de la capacité du demandeur d'APA à réaliser par lui-même les actes essentiels de la vie quotidienne (se vêtir, s'alimenter...). Seules les personnes ayant atteint les niveaux les plus avancés de perte d'autonomie, classées en GIR 1 à 4, peuvent bénéficier de l'APA.

Les professionnels chargés de l'évaluation APA doivent réaliser leur évaluation globale au domicile en s'appuyant sur le « référentiel d'évaluation multidimensionnelle »¹¹. Ce référentiel est divisé en 12 dimensions dont une est dédiée à la grille AGGIR : l'environnement physique de la personne, sa situation économique, les aides dont elle bénéficie, la situation de ses proches aidants

Cependant, les résultats de l'enquête, menée 18 mois plus tard, révèlent que son appropriation reste encore limitée. Ainsi, seuls 54 % des professionnels ayant participé à l'enquête emploient un outil de recueil conforme à ce nouveau référentiel, et ce, depuis 11 mois en moyenne. Au sein de certains départements, les professionnels semblent ne pas s'être approprié le référentiel du fait de la non-mise à disposition d'un outil dématérialisé de recueil de l'information conforme au référentiel.

Figure 10

Principales causes des réticences des personnes atteintes de troubles cognitifs à bénéficier du plan d'aide
(% des professionnels ayant cité 3 causes : n=676)



Les répondants étaient invités à classer, parmi une liste de 7 causes de réticence à bénéficier du plan d'aide pour les personnes atteintes de troubles cognitifs, les 3 principales causes

¹⁰ - La loi ASV du 28 décembre 2015 définit la notion de proches aidants. Art. L. 113-1-3 du CASF - « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. »

¹¹ - Arrêté du 5 décembre 2016 fixant le référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants, prévu par l'article L. 232-6 du CASF.



Brigitte HUON
Vice-présidente déléguée
France Alzheimer et maladies
apparentées

Les personnes atteintes de troubles cognitifs vous paraissent-elles prises en compte de façon adéquate par le dispositif APA ?

Les personnes atteintes de troubles cognitifs ne nous semblent pas prises en compte de façon adéquate par le dispositif APA et il est urgent qu'il fasse l'objet d'une réforme globale. Nous le réclamons depuis de nombreuses années et espérons que l'ambition du rapport Libault¹ concernant la « nouvelle prestation autonomie » sera à la hauteur du défi et des besoins des personnes concernées.

Tout d'abord, avec la même grille AGGIR, un barème de revenus identique au niveau national, et un référentiel d'évaluation des besoins commun, on observe des écarts très importants de versement d'APA d'un département à l'autre. Ces disparités sont liées à la fois au nombre de personnes âgées résidant dans le département, à la répartition entre celles qui vont rester à domicile et celles qui vont être hébergées en EHPAD mais également à l'appréciation faite par les équipes médico-sociales sur le terrain.

De plus, même si le cadre général est fixé au niveau national, la procédure d'évaluation des besoins et l'attribution de l'APA ont été confiées aux conseils départementaux. Or on constate une hétérogénéité des pratiques selon le territoire de résidence. Chaque département étant à la fois le décideur et le financeur, les différences d'appréciation et de traitement relevées entre départements constituent une source d'incompréhension pour les familles que France Alzheimer accompagne quotidiennement. Une harmonisation est souhaitable.

Plusieurs répondants à l'enquête ont signalé que la grille AGGIR, utilisée dans l'attribution de l'APA, ne prend pas suffisamment en compte la perte d'autonomie cognitive. Quelle est votre position sur ce sujet ?

Les plans d'aide attribués dans le cadre de l'APA ne peuvent donc excéder des plafonds nationaux modulés en fonction du groupe iso-ressources (GIR) du bénéficiaire, c'est-à-dire de son niveau de dépendance. Malgré une récente revalorisation, les montants des plans d'aide ainsi limités ne suffisent pas à couvrir l'intégralité des besoins des personnes atteintes de troubles cognitifs. De plus, la grille AGGIR, qui comporte 6 niveaux, dont 4 ouvrant droit à l'APA, n'est pas adaptée à l'évolution de la maladie et des troubles cognitifs.

Si l'APA permet de prendre en charge une partie des dépenses liées à la perte d'autonomie, il reste immanquablement des dépenses à la charge des familles. En effet, en l'absence de traitement curatif, les dépenses engagées dans le cadre de la maladie d'Alzheimer

relèvent pour 70 % d'entre elles du secteur médico-social. Ainsi, malgré la prise en charge à 100 % de la maladie d'Alzheimer par l'Assurance Maladie, au titre d'affection longue durée (ALD 15), la majorité des charges supportées par les familles ne fait en réalité l'objet d'aucun remboursement par la Sécurité sociale.

Ainsi, c'est souvent lorsque la personne malade est en GIR 4, c'est-à-dire lorsque sa perte d'autonomie reste modérée, que l'on constate un besoin d'aide et d'accompagnement très important, notamment pour l'aidant. Une personne malade d'Alzheimer classée en GIR 1, qui présente un niveau avancé de perte d'autonomie, a le plus souvent besoin d'un accompagnement sanitaire, pris en charge par l'Assurance maladie.

Sur le terrain, quelles collaborations le réseau France Alzheimer entretient-il avec les équipes médico-sociales APA ?

Sur le terrain, les 99 associations départementales de notre réseau n'ont finalement que très peu de relations avec les équipes médico-sociales APA. Au moment de la création de l'APA, les associations départementales France Alzheimer étaient sollicitées pour former les équipes et leur expliquer ce qu'est la maladie d'Alzheimer. Maintenant qu'elles sont mieux formées, les échanges se font surtout par téléphone et concernent l'évaluation de certaines situations familiales délicates qu'elles nous demandent de suivre. ”

¹ Rapport de la concertation Grand âge et autonomie piloté par Dominique Libault et remis le 28 mars 2019 à la Ministre des Solidarités et de la santé

FOCUS

SITUATIONS DE MALTRAITANCE DES DEMANDEURS ET DES BÉNÉFICIAIRES DE L'APA

L'enquête met en évidence que l'attention portée par les professionnels aux situations de maltraitance¹ (qui peuvent relever de cas de négligence) constitue une problématique importante dans la qualité de l'accompagnement des personnes âgées et leur maintien à domicile².

Plus de la moitié des professionnels chargés de l'APA ayant répondu à

l'enquête (51 %) ont déclaré avoir rencontré au moins une situation de maltraitance au cours des 6 mois ayant précédé l'enquête. Pendant cette période, le nombre de situations repérées par ces professionnels s'élève à 2,9 situations en moyenne par professionnel, dont 2,3 concernant des personnes atteintes de troubles cognitifs.

Plus d'un tiers (37 %) des évaluateurs interrogés ont déclaré avoir effectué au moins un signalement au cours des 6 mois précédant l'enquête. Ces signalements peuvent notamment être effectués dans les situations où la mise en place d'une mesure de protection juridique paraît nécessaire. Ils n'interviennent donc pas toujours dans des contextes de maltraitance.

¹ La maltraitance désigne l'ensemble des actes portant atteinte à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la sécurité financière. La négligence, qui correspond au manque de soins ou d'attention à l'égard d'une personne dépendante, est une forme de maltraitance.

² Le renforcement de la lutte contre la maltraitance et le développement de la bienveillance des personnes âgées et personnes handicapées constituent une priorité nationale dans le secteur social et médico-social comme dans le secteur sanitaire. Les circulaires des 23 juillet 2010 et 20 février 2014 sont venues renforcer cette politique.

Les professionnels n'utilisant pas des outils conformes au référentiel emploient des outils d'évaluation variés. Pour 40 % d'entre eux, il s'agit d'outils développés en interne. Malgré la diversité des outils mobilisés, les informations recueillies par ces professionnels sont globalement homogènes et conformes au nouveau référentiel. Ainsi, au cours des visites, 87 % d'entre eux renseignent l'ensemble des champs du référentiel « *de façon systématique* » ou « *dans certains cas* ». Plus d'un professionnel sur deux (59 %) couvre au moins 8 champs sur 9 à chaque évaluation. Deux dimensions du référentiel sont toutefois explorées de façon moins fréquente. Il s'agit de la partie sur la protection sociale et la situation financière du demandeur et de celle qui concerne la situation et les besoins des proches aidants. La faible fréquence du recueil d'informations sur la protection sociale et sur la situation financière est liée au fait que ces informations sont en partie présentes dans les dossiers de demande d'APA. Elles n'ont donc pas besoin d'être recueillies à nouveau par les professionnels au moment des visites à domicile.

S'agissant des proches aidants, il ressort de l'enquête que parmi les professionnels utilisant un outil non conforme au référentiel, près d'un quart ne recueillent pas systématiquement des informations sur les besoins et la situation des proches aidants pour réaliser leurs évaluations. Ces informations font l'objet de l'une des dimensions du nouveau référentiel d'évaluation. Elles sont donc a priori recueillies par l'ensemble des professionnels utilisant un outil conforme. À ce titre, la mise en place du référentiel d'évaluation semble contribuer à une meilleure prise en compte des besoins et de la situation des proches aidants dans les évaluations APA. *Figure 9 - P 11*

En complément des outils mobilisés pour évaluer les besoins du demandeur d'APA, 9 % des professionnels ont déclaré utiliser un outil standardisé pour évaluer le « *fardeau* »¹² des proches aidants. Il s'agit dans la majorité des cas de l'échelle Zarit ou de sa version simplifiée, le mini-Zarit. Cette échelle prend la forme d'un questionnaire qui permet de calculer un score correspondant.

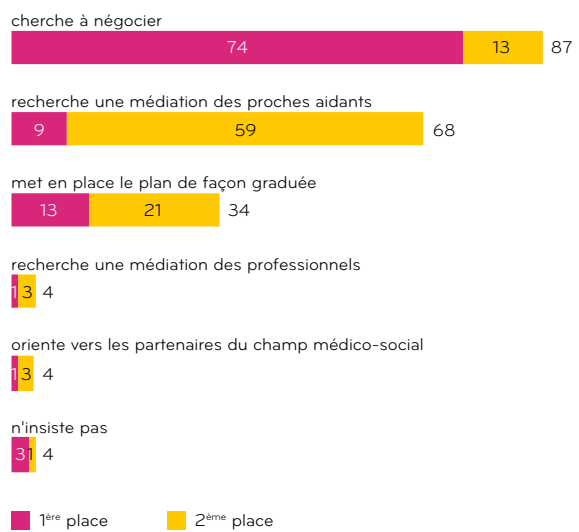
• Difficultés rencontrées au cours des évaluations

Les professionnels chargés de l'APA rencontrent plusieurs types de difficultés au cours de l'évaluation au domicile. En premier lieu, il leur est parfois difficile d'accéder à l'ensemble des informations nécessaires pour renseigner le référentiel. 20 % des professionnels déclarent à ce titre rencontrer fréquemment des difficultés pour obtenir certaines informations détenues par les partenaires de l'équipe. Au cours de la visite, l'attitude de déni de certains demandeurs d'APA ou de proches aidants concernant la perte d'autonomie peut également limiter la communication de certaines informations utiles à l'évaluation. Les comportements de déni figurent à ce titre parmi les principales difficultés citées par les professionnels chargés de l'APA, à la fois auprès des personnes âgées et auprès de leurs proches aidants.

31 % des professionnels ayant participé à l'enquête estiment qu'une adaptation du référentiel d'évaluation est nécessaire. Les réponses apportées au volet qualitatif de l'enquête montrent que certaines difficultés sont liées plus spécifiquement à l'usage de la grille AGGIR. Plusieurs répondants ont souligné qu'une application stricte de cette grille peut conduire à priver d'aides une personne atteinte de troubles cognitifs, mais encore autonome sur le plan physique.

Figure 11

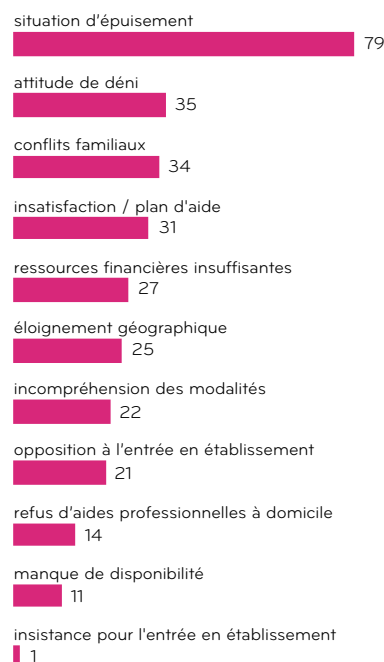
Pratiques des professionnels chargés de l'évaluation APA en cas de refus du plan d'aide par la personne (% des professionnels ayant répondu correctement à la question : n=633)



Les professionnels étaient invités à classer les pratiques mises en œuvre en cas de refus du plan d'aide de la plus fréquente à la moins fréquente. 74 % des répondants ont indiqué qu'en cas de refus, leur pratique la plus fréquente consiste à chercher à négocier avec la personne âgée.

Figure 12

Principales difficultés rencontrées par les professionnels chargés de l'évaluation APA avec les familles et les proches aidants en général (% des professionnels ayant cité 3 difficultés : n=673)



12 - Le concept de « *fardeau* » a été introduit dans la recherche à la fin des années 80. Il s'agissait de quantifier les charges et les coûts de l'aide. Trop globalisant, le fardeau a été rapidement décomposé en fardeau objectif et subjectif ; on mesure alors le lien entre le fardeau objectif (importance des incapacités du malade, quantité d'aide fournie, présence de troubles cognitifs chez l'aidé) et le fardeau subjectif (fatigue, isolement social, dépression). Il existe des outils simples qui permettent d'évaluer la sévérité du fardeau, le plus répandu est « l'échelle de fardeau de Zarit ». Cet outil permet une double évaluation : d'une part, l'évaluation de la charge matérielle et affective pesant sur l'aidant principal de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ; d'autre part, l'évaluation de la fréquence des troubles du comportement et de la perte de l'autonomie tels qu'ils sont perçus par l'aidant.



Gérald BERNARDIN
Médecin formateur
Maison départementale
de l'autonomie
conseil départemental
des Vosges

Quel est votre rôle, en tant que médecin, au sein de l'équipe médico-sociale ?

Je suis médecin, responsable du service des actions médico-sociales au sein de notre Maison départementale de l'autonomie, qui est un peu plus large que l'équipe médico-sociale proprement dite.

Mon rôle consiste notamment à animer l'équipe et à transmettre aux professionnels les nouvelles informations sur l'APA, qui ont été nombreuses ces dernières années. Plus largement, il y a au sein de notre équipe médico-sociale trois catégories de professionnels chargés de l'évaluation APA : médecins, travailleurs sociaux et ergothérapeutes. Il convient donc d'apporter des informations spécifiques à chacun des métiers.

J'interviens aussi sur l'outil Excel « fait maison » utilisé pour élaborer les plans d'aide. J'ai dû le modifier suite à la loi d'adaptation de la société au vieillissement (dite loi ASV), en intégrant à notre outil le référentiel d'évaluation multidimensionnelle. J'adapte régulièrement cet outil en fonction des besoins. Je suis également sollicité sur les dossiers difficiles et lorsqu'une personne engage un recours contre une décision concernant l'APA. Je fais aussi le lien avec nos partenaires : assistants sociaux hospitaliers, caisses de retraite, centres locaux d'information et de coordination gérontologique, plateformes d'accompagnement et de répit,

équipes spécialisées Alzheimer, services d'hospitalisation à domicile, services d'aide à domicile...

En ce qui concerne les formations, je n'interviens pas sur l'outil d'évaluation multidimensionnelle car une collègue de la Moselle est déjà intervenue sur le sujet. L'équipe est très stable depuis 10 ans donc j'ai proposé peu de formations internes à l'équipe médico-sociale ces dernières années (hormis une sur les proches aidants). Les formations individuelles sont assurées par des structures extérieures et c'est un intervenant externe qui se charge des formations collectives. L'ensemble des professionnels chargés de l'évaluation APA a accès aux certificats médicaux. Je ne suis donc pas celui qui en prend connaissance et leur distille les informations comme dans certains départements.

Quelles formations assurez-vous auprès des professionnels chargés de l'évaluation APA ? Abordent-elles la question des troubles cognitifs ?

En tant que formateur auprès d'autres équipes médico-sociales APA, j'ai suivi le programme que nous avons élaboré conjointement avec la CNSA et l'Institut national spécialisé d'études territoriales d'Angers. Ce programme est très centré sur la loi ASV et ses principales nouveautés, comme la notion de proche aidant, les solutions de répit, l'outil d'évaluation multidimensionnelle, les aides techniques et les nouveaux plafonds et modes de calculs de l'APA. Certaines équipes médico-sociales ont également exprimé d'importants besoins de formation concernant l'attribution de la carte mobilité inclusion¹. En revanche, la grille AGGIR n'a pas été abordée car nous sommes partis du principe que les équipes la maîtrisaient déjà. Les troubles cognitifs sont abordés surtout lorsque nous abordons le sujet des proches aidants. Il est question à la

fois du repérage des troubles cognitifs et de leur impact sur le proche aidant. J'ai aussi abordé la notion d'équipe de soins, les liens à mettre en place entre l'équipe médico-sociale et la conférence des financeurs et les refus d'aide.

Pensez-vous que les besoins en formation des professionnels soient suffisamment couverts ?

Les besoins sont variables d'une équipe médico-sociale à l'autre en fonction, je dirais, de l'hétérogénéité des équipes et du renouvellement plus ou moins important des professionnels en leur sein. Voici les principaux besoins de formation que j'identifie :

- La notion d'équipe de soins et d'informations partagées ;
- Concernant le proche aidant : repérage et analyse des besoins et réponses à apporter ;
- Les refus d'aide : comment les comprendre, les aborder, les accepter ;
- Pour les travailleurs sociaux en particulier : conséquences des pathologies de type Parkinson, des troubles psychiatriques, de l'insuffisance cardiaque...

Par ailleurs, j'ai constaté une hétérogénéité dans l'utilisation de la grille AGGIR au sein de certaines équipes. La plupart des nouveaux arrivants au sein d'une équipe médico-sociale assimilent la grille par « compagnonnage » sans réelle formation, surtout dans les équipes qui ont un mode de fonctionnement plutôt solitaire, sans partage des évaluations avant validation du plan d'aide. Dans ces configurations, on peut très rapidement constater des différences d'appréciation de la dépendance d'un professionnel à l'autre. ”

¹ Cette carte, attribuée aux conseils départementaux, vise à faciliter les déplacements des personnes présentant un handicap physique ou cognitif important. Elle peut, par exemple, les autoriser à occuper gratuitement toutes les places de stationnement ouvertes au public.

La définition des plans d'aide

• Des plans d'aide élaborés collectivement

Après avoir évalué les besoins du demandeur d'APA, les professionnels chargés de l'APA élaborent un plan d'aide. Ce plan définit l'ensemble des aides nécessaires pour assurer le maintien à domicile de la personne concernée. Il peut s'agir notamment de la mise en place d'heures d'aide à domicile, d'aides techniques, et de solutions de répit pour les proches aidants. Avant d'être mis en œuvre, le plan d'aide doit être signé par le demandeur d'APA ou, le cas échéant, par son représentant légal. La quasi-totalité des professionnels (98 %) consulte également les proches aidants lors de l'élaboration du plan d'aide.

Le plan d'aide peut par ailleurs être soumis à un temps d'échanges au sein de l'équipe APA, soit en commission, soit de façon informelle. 75 % des professionnels ayant répondu à l'enquête ont déclaré qu'un temps d'échange avait lieu avant l'attribution officielle de l'aide. Dans 41 % des cas, ces temps d'échange portent sur l'ensemble des plans d'aide, tandis que dans 59 % des cas, seuls les cas complexes sont examinés (1 % de non-réponse). La définition du plan d'aide comporte ainsi une forte dimension collective.

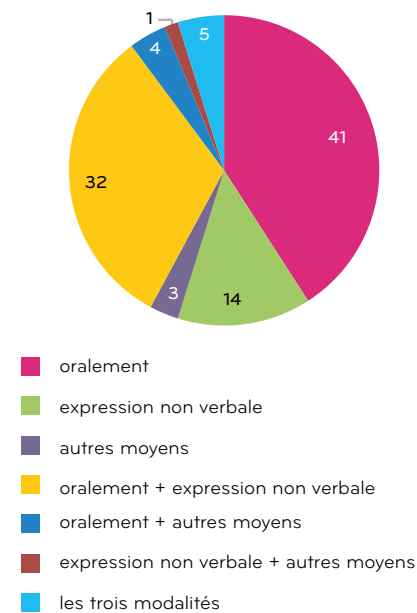
• Le refus des aides à domicile : une difficulté fréquente

Les professionnels sont régulièrement confrontés à des attitudes de refus d'aide de la part des demandeurs d'APA. Ainsi, 48 % des professionnels ayant répondu à l'enquête ont indiqué que le refus des aides à domicile proposées constitue l'une des principales difficultés rencontrées auprès des personnes âgées.

Ces attitudes d'opposition sont fréquentes chez les personnes atteintes de troubles cognitifs. Plus d'un professionnel sur deux (52 %) déclare ainsi être très souvent ou souvent confronté à des cas de refus des aides de la part de personnes présentant des troubles cognitifs.

Figure 13

Modalités de recueil de l'assentiment des personnes qui ne sont plus en capacité d'exprimer leur consentement au plan d'aide (% des professionnels ayant déclaré recueillir l'assentiment : n=565)



Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2018

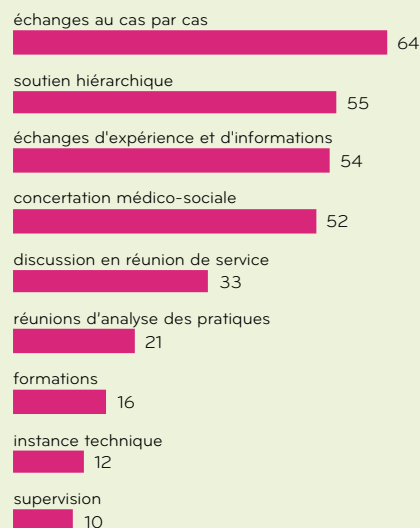
FOCUS

SOUTIENS FACE AUX DIFFICULTÉS ET AUX DILEMMES ÉTHIQUES

Les soutiens les plus souvent cités par les professionnels relèvent d'un cadre informel et de la pratique quotidienne : échanges au cas par cas, soutien hiérarchique, échanges d'expériences et d'information. Des cadres plus formels comme la concertation médico-sociale ou la réunion de service sont mentionnés respectivement par la moitié et le tiers des professionnels. Les dispositifs spécifiques comme les réunions d'analyse des pratiques, l'instance technique et la supervision sont cités moins fréquemment. Par ailleurs, seul un professionnel sur six a mentionné les formations parmi les soutiens dont il pouvait disposer.

Soutiens dont disposent en interne les professionnels chargés de l'évaluation APA lorsqu'ils sont confrontés à des difficultés ou des dilemmes éthiques

(% des professionnels ayant répondu à l'enquête : n=713)



Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2018

Figure 14
Fréquence des difficultés rencontrées par les professionnels chargés de l'évaluation APA avec les services et les partenaires
 (% des professionnels ayant répondu à l'enquête : n=713)

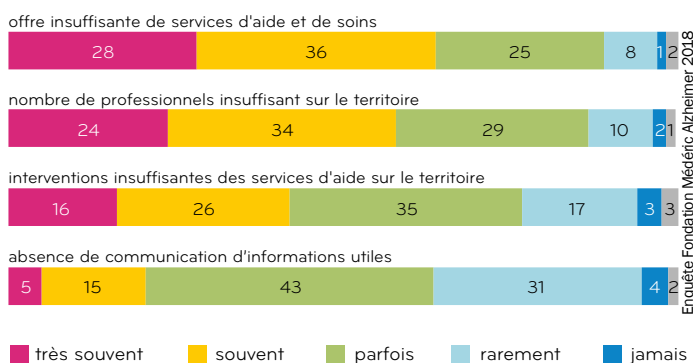
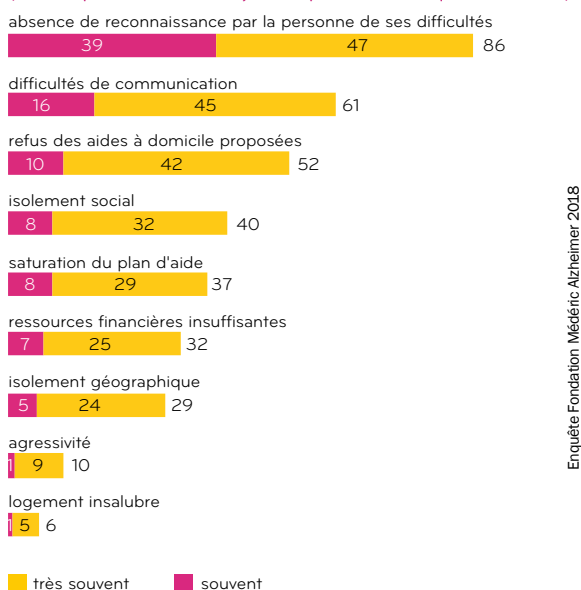


Figure 15
Principales difficultés rencontrées par les professionnels chargés de l'évaluation APA avec les personnes âgées en général
 (% des professionnels ayant cité 3 difficultés : n=657)



Figure 16
Fréquence des difficultés rencontrées par les professionnels chargés de l'évaluation APA avec les personnes atteintes de troubles cognitifs
 (% des professionnels ayant répondu à l'enquête : n=713)



13 - L'assentiment correspond à un accord qui repose sur une compréhension seulement partielle de la situation.

Du point de vue des professionnels, les réticences de ces personnes sont d'abord liées au fait que, souvent, elles ignorent (ou nient) une partie de leurs difficultés, 81 % spécifient que les personnes atteintes de troubles cognitifs ont une perception seulement partielle des difficultés rencontrées. Les attitudes d'opposition systématique aux aides, ainsi que les problèmes de compréhension vis-à-vis du plan d'aide APA, sont également perçus par les professionnels comme causes principales de réticence de la part des personnes atteintes de troubles cognitifs.

Figure 10 - P 13

Lorsqu'ils sont confrontés à des refus d'aide, les professionnels cherchent le plus souvent à dépasser ces refus en négociant avec la personne concernée ou en cherchant la médiation des proches aidants. Une autre pratique fréquente consiste à proposer au demandeur d'APA et à ses proches aidants de mettre en place le plan d'aide de façon graduée. Les refus d'aide apparaissent donc moins comme un obstacle définitif que comme une étape dans l'élaboration du plan d'aide. Figure 11 - P 15

L'attitude des proches aidants soulève elle aussi des difficultés au moment de la définition du plan d'aide. Invités à définir les principales problématiques rencontrées auprès des proches aidants, 31 % des répondants ont ainsi mentionné l'insatisfaction de ces derniers vis-à-vis du plan d'aide, et 27 % ont cité l'insuffisance de leurs ressources financières. Figure 12 - P 15

• **Quand le consentement du demandeur d'APA ne peut être obtenu, son assentiment est souvent recherché**

À l'issue de la définition du plan d'aide, les professionnels chargés de l'évaluation sont tenus de recueillir le consentement du demandeur d'APA. Lorsque ce dernier n'est plus en capacité d'exprimer son consentement, celui de ses proches aidants et – en cas de mesure de protection juridique – de son représentant légal est recherché. Seuls 19 % des professionnels se contentent de cette démarche. La plupart des professionnels (79 %) cherchent, en complément, à obtenir l'assentiment¹³ de la personne atteinte de troubles cognitifs (2 % de non-réponse). Ils mobilisent différentes méthodes : 81 % d'entre eux apprécient l'assentiment¹³ de la personne en interprétant ses paroles, 52 % se fondent sur son expression non verbale et 13 % indiquent recourir à d'autres moyens pour favoriser l'acceptation du plan d'aide par la personne (s'appuyer sur les proches, expliquer à la personne, mettre en place le plan de façon progressive...).

41 % des professionnels déclarant recueillir l'assentiment des personnes s'appuient uniquement sur une interprétation de ses paroles, 32 % se fondent seulement sur leur expression non verbale, 14 % recourent à ces deux moyens. Figure 13 - P 17

La mise en œuvre et le suivi des plans d'aide

• **63 % des professionnels participent à la mise en œuvre des plans d'aide**

Après la décision d'attribution de l'APA au bénéficiaire, le professionnel chargé de l'évaluation peut assurer la mise en œuvre du plan d'aide, c'est-à-dire assurer le lancement des différentes aides préconisées. C'est le cas de 63 % des professionnels ayant répondu à l'enquête. 56 % assurent par ailleurs le suivi du plan d'aide. Globalement, 44 % des professionnels répondants sont impliqués à la fois dans la mise en œuvre et dans le suivi des plans d'aide.

• Une offre en services d'aide insuffisante : un problème récurrent

Au cours de la mise en œuvre des plans d'aide, les professionnels sont très régulièrement confrontés à des difficultés liées à l'insuffisance de l'offre. Ainsi, près des deux tiers (64 %) des répondants à l'enquête rencontrent « souvent » ou « très souvent » des difficultés liées à l'insuffisance de l'offre en services d'aide et de soins à domicile dans certains territoires. Les professionnels couvrant une zone à prédominance rurale sont les plus concernés par ces difficultés. *Figure 14 - P 18*

Lors du suivi des plans d'aide, les professionnels rencontrent fréquemment des difficultés liées à la « saturation¹⁴ » des plans d'aide. Dans cette situation, même si certains besoins du demandeur restent non couverts, son plan d'aide ne peut pas être augmenté – à moins que son GIR soit modifié. Les professionnels disposent donc d'une marge de manœuvre limitée. Il n'est pas étonnant, dès lors, que près d'un évaluateur sur trois (32 %) classe la saturation des plans d'aide parmi les principales difficultés rencontrées auprès des demandeurs d'APA. Il est à noter que cette réalité s'est atténuée à la suite de la mise en œuvre de la loi ASV qui prévoit notamment une augmentation du plafond de l'aide et une réduction du taux de participation de la personne¹⁵. Elle a d'ailleurs conduit à une révision de l'ensemble des plans d'aide jusqu'à alors saturés.

Le cas des personnes atteintes de troubles cognitifs : quelles spécificités dans l'évaluation des demandes d'APA ?

Parmi les demandes évaluées par les professionnels, 38 % en moyenne concernent des personnes atteintes de troubles cognitifs. L'enquête permet de mettre en regard les difficultés rencontrées par les professionnels auprès des personnes âgées dans leur ensemble et auprès des personnes atteintes de troubles cognitifs.

Figures 15 et 16 - P 18

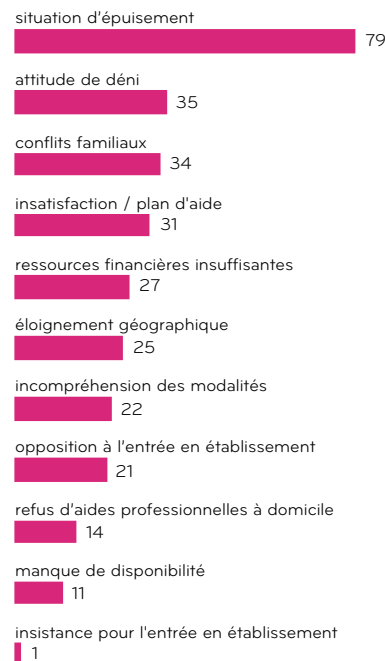
• Des difficultés de communication particulièrement fréquentes lors des visites auprès des personnes atteintes de troubles cognitifs

61 % des professionnels ont mentionné l'absence de reconnaissance par la personne âgée de ses propres difficultés parmi les trois principales difficultés qu'ils ont hiérarchisées et 48 % le refus des aides à domicile proposées par l'évaluateur, ces deux difficultés étant liées. Pour 53 % des professionnels, l'isolement social des personnes âgées en général constitue une grande difficulté. Près de la moitié des professionnels considèrent que l'insuffisance de ressources financières constitue l'une des trois principales difficultés.

Les difficultés rencontrées par les professionnels chargés de l'APA avec les personnes atteintes de troubles cognitifs ont été mesurées différemment (échelle de fréquence). Toutefois, le classement des difficultés par les professionnels permet d'établir des comparaisons entre les deux populations. L'absence de reconnaissance par la personne de ses difficultés figure au premier rang dans les deux populations. Cette non reconnaissance ou reconnaissance partielle est la cause de refus des aides la plus fréquemment citée par les professionnels. Ce qui distingue ces deux populations, ce sont les problèmes de communication.

Figure 17

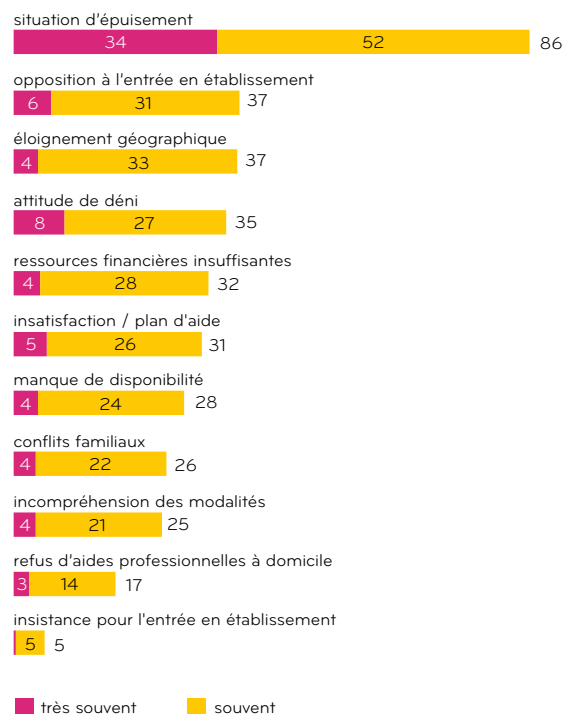
Principales difficultés rencontrées par les professionnels chargés de l'évaluation APA avec les familles et les proches aidants en général (% des professionnels ayant cité 3 difficultés : n=673)



Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2018

Figure 18

Fréquence des difficultés rencontrées par les professionnels chargés de l'évaluation APA avec les familles et les proches aidants des personnes atteintes de troubles cognitifs (% des professionnels ayant répondu à l'enquête : n=713)



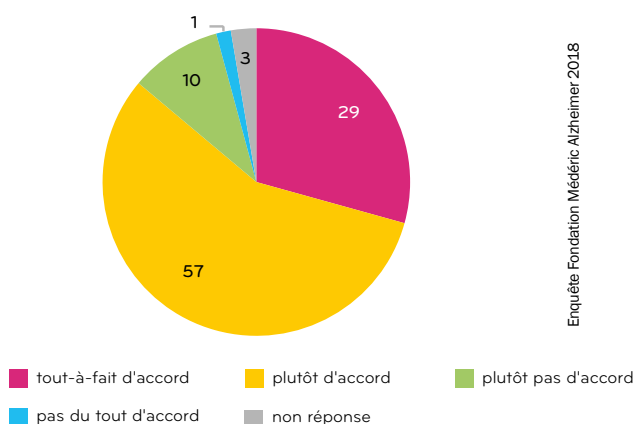
Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2018

14 - Un plan d'aide est dit saturé lorsque son montant est égal au plafond légal. Ce plafond dépend du GIR du bénéficiaire de l'APA et de son lieu de prise en charge. C'est le montant maximal que peut atteindre le plan d'aide notifié par l'équipe EMS APA. Par exemple, pour une personne âgée dépendante en GIR 2 prise en charge à domicile, le montant de son plan d'aide notifié ne pourra pas excéder 1 394,86 euros par mois (dispositions légales disponibles sur <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10009>).

15 - Études et Résultats, n° 1109, mars 2019, DREES.

Figure 19

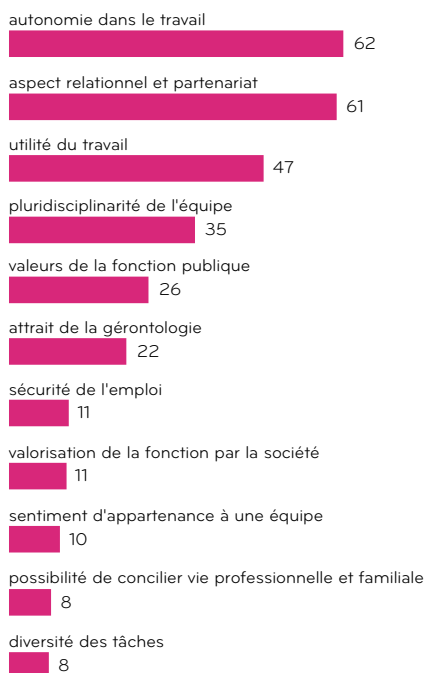
Position des professionnels chargés de l'évaluation APA vis-à-vis de l'existence d'une culture commune au sein de leur équipe
(% des professionnels ayant répondu à l'enquête : n=713)



Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2018

Figure 20

Aspects positifs de la fonction d'évaluation de l'APA
(% des professionnels ayant cité 3 attraits : n=640)



Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2018

Ceux-ci sont classés au second rang pour les personnes atteintes de troubles cognitifs alors qu'ils apparaissent parmi les difficultés les moins rencontrées au niveau de l'ensemble des personnes âgées. A l'inverse, l'isolement social est l'une des difficultés les plus fréquemment rencontrées auprès des personnes âgées (2^{ème} position), tandis que son importance est plus secondaire auprès des personnes atteintes de troubles cognitifs (4^{ème} position). Enfin, les difficultés liées à l'agressivité des personnes âgées sont classées dans les derniers rangs, bien que l'apparition de comportements agressifs puisse être favorisée par la présence de troubles cognitifs.

• **L'épuisement des proches aidants figure au premier rang des difficultés rencontrées lors des visites**

L'épuisement des proches aidants est la principale difficulté mentionnée par les professionnels tant pour l'ensemble des demandeurs d'APA que pour, spécifiquement, les personnes atteintes de troubles cognitifs ; 79 % des professionnels l'ont citée parmi les trois principales difficultés rencontrées en général, et 86 % déclarent y être confrontés très souvent ou souvent avec les personnes atteintes de troubles cognitifs. Compte tenu de la fréquence élevée de ces situations d'épuisement, il semble que les professionnels interviennent fréquemment dans des situations de crise, à un stade où les aidants informels¹⁶ ne parviennent plus à gérer seuls la situation. On observe également que, si 34 % des professionnels citent les conflits familiaux parmi les trois principales difficultés rencontrées avec les proches aidants des demandeurs d'APA en général, seulement 26 % déclarent y être très souvent ou souvent confrontés avec les familles de personnes atteintes de troubles cognitifs. *Figures 17 et 18 - P 19*

Certains proches aidants adoptent également une attitude de déni, qui figure au second rang des difficultés aussi bien pour l'ensemble des demandeurs d'APA que pour ceux atteints de troubles cognitifs. Si 21 % des professionnels ont cité qu'ils rencontraient une opposition des proches aidants à l'entrée en établissement de leur proche âgé, ces mêmes professionnels ont classé cette difficulté parmi les trois principales difficultés rencontrées avec les aidants des personnes atteintes de troubles cognitifs (37 % des professionnels y étant confrontés très souvent ou souvent). Cette position des proches aidants, qui peut être le corollaire de leur attitude de déni, est de nature à prolonger des situations de maintien à domicile dans des conditions précaires, quelles que soient les aides professionnelles apportées. S'agissant de l'insatisfaction par rapport au plan d'aide et des ressources financières insuffisantes des proches aidants, ces difficultés sont hiérarchisées de la même façon par les professionnels pour les proches aidants des personnes âgées en général que pour les ceux des personnes atteintes de troubles cognitifs.

16 - Les aidants informels regroupent l'ensemble des personnes intervenant auprès de la personne âgée à titre non professionnel (famille, voisin, bénévole).

4 • LA FONCTION D'ÉVALUATEUR APA VUE PAR LES PROFESSIONNELLS

Existe-t-il une culture professionnelle commune au sein des équipes chargées des évaluations APA ?

Les équipes chargées des évaluations APA sont composées de professionnels provenant à la fois du secteur sanitaire et du secteur social dont les formations initiales sont variées. Cette diversité de profils invite à s'interroger sur la manière dont les professionnels chargés de l'évaluation APA appréhendent leur activité. Envisagent-ils leur équipe comme un collectif de travail doté d'une culture professionnelle commune ou plutôt comme un groupe hétérogène et faiblement cohésif ? À ce sujet, la très grande majorité des professionnels (86 %) ont déclaré être tout à fait d'accord ou plutôt d'accord avec l'idée qu'il existe une culture professionnelle commune au sein de leur équipe. Si ce résultat suggère qu'il existe une forme de cohésion et une homogénéité de pratiques au sein des équipes, il mériterait d'être approfondi par des investigations qualitatives. *Figure 19 - P 20*

Les attraits de l'activité par les professionnels ?

Les deux points les plus cités (par plus de 60 % d'entre eux) sont l'autonomie dans le travail et l'aspect relationnel et partenarial de l'activité. L'utilité du travail est citée par 47 % d'entre eux, la pluridisciplinarité de l'équipe par 35 %, les valeurs de la fonction publique et l'attrait de la gérontologie par respectivement 26 % et 22 %. Les autres points n'ont été retenus que par un professionnel ou moins sur dix.

Figure 20 - P 20

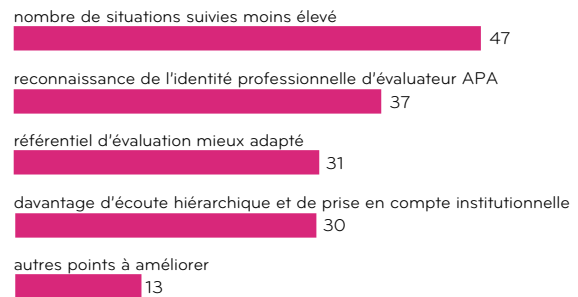
Les professionnels chargés de l'évaluation APA ont également été interrogés sur leur opinion vis-à-vis de la date où les demandes d'APA leur parviennent. Si 18 % des répondants estiment que les demandes d'APA leur parviennent trop tardivement, pour 76 % d'entre eux, elles interviennent majoritairement au moment opportun.

Plusieurs pistes d'amélioration identifiées

Au vu des différents points abordés dans cette enquête, les professionnels ont fait part des pistes d'amélioration qui pourraient, de leur point de vue, faciliter le traitement des demandes d'APA. Pour 47 % d'entre eux, l'une des priorités serait de réduire le nombre de dossiers suivis (point cité par 55 % des travailleurs sociaux et 31 % des professionnels de santé). Cette réponse n'est pas statistiquement liée au nombre moyen de dossiers d'APA effectivement traités chaque mois par le professionnel. Parmi les autres points d'amélioration, 37 % des professionnels ont mentionné la reconnaissance d'une identité professionnelle d'évaluateur APA. Le souhait d'un référentiel mieux adapté est lui cité par 31 % des professionnels. Enfin, 30 % des professionnels souhaitent davantage d'écoute hiérarchique et de prise en charge institutionnelle. Ce point est davantage souligné par ceux qui ont une ancienneté dans leur poste et dans le traitement des dossiers d'APA plus élevée. Parmi les autres points d'amélioration explicités par les professionnels, on retrouve surtout l'allègement des procédures. *Figure 21*

Figure 21

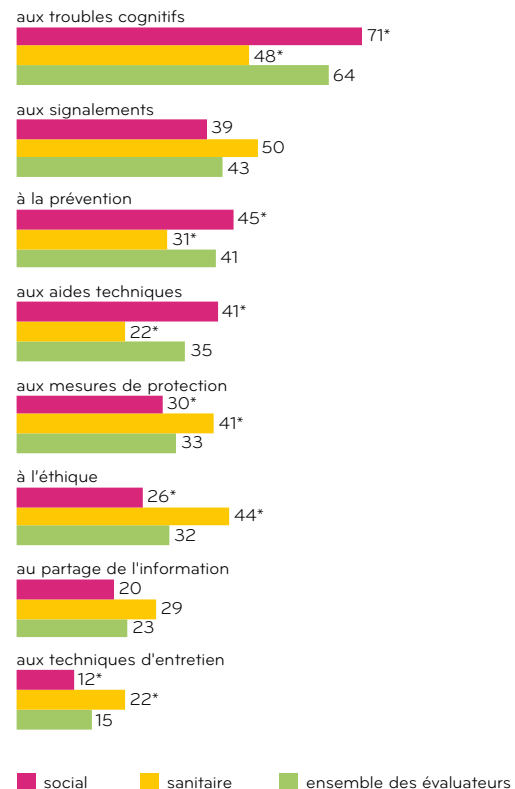
Points à améliorer pour faciliter le traitement des dossiers d'APA signalés par les professionnels chargés de l'évaluation APA (% des professionnels ayant répondu à l'enquête : n=713)



Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2018

Figure 22

Besoins de formation des professionnels chargés de l'évaluation APA, en fonction du type de formation initiale (% des professionnels ayant cité 3 formations : n=418)



*différence significative entre sanitaire et social

Enquête Fondation Médéric Alzheimer 2018

Concernant les besoins de formation, le principal besoin identifié concerne spécifiquement la thématique des troubles cognitifs. Ce besoin de formation est nettement plus souvent cité par les travailleurs sociaux que par les professionnels de santé. Il est moins fréquent chez les professionnels ayant suivi une formation complémentaire

en gérontologie et gériatrie. Les travailleurs sociaux sont également plus demandeurs de formations sur les aides techniques et la prévention, tandis que les professionnels de santé sont davantage intéressés par des formations aux mesures de protection, à l'éthique et aux techniques d'entretien. *Figure 22 - P 21* ■

FOCUS

MÉTHODOLOGIE ET DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE

Cette enquête a pour objectif général d'éclairer le rôle des professionnels chargés de l'évaluation APA dans le maintien à domicile de personnes âgées et le soutien à leurs proches aidants. Le champ de l'enquête se compose de l'ensemble des professionnels chargés de l'évaluation APA au sein des équipes médico-sociales des conseils départementaux en France.

Déroulement de l'enquête

- 1 La première phase a consisté en une revue de la littérature par la Fondation Médéric Alzheimer et à la conception du questionnaire par la Fondation Médéric Alzheimer en lien avec la CNSA et le comité de pilotage (COPIL).
- 2 La seconde phase du projet a été de constituer un comité de pilotage de l'enquête composé de représentants de la CNSA, de la Fondation Médéric Alzheimer, des services centraux du ministère des Solidarités et de la Santé (direction de la Recherche des études, de l'évaluation et des statistiques et direction générale de la Cohésion sociale), de l'association France Alzheimer et maladies apparentées, de professionnels départementaux chargés de l'évaluation APA et d'un enseignant-chercheur en sciences économiques, auteur de plusieurs travaux sur l'APA. Le comité a validé chaque étape du projet : le questionnaire, la méthode d'analyse, le plan d'analyse. Il a par ailleurs relu les résultats de l'étude et apporté ses remarques sur l'étude finale.
- 3 La CNSA a réalisé des actions de communication auprès du réseau des départements. Le projet et son avancée ont été présentés dans la lettre *Infos Réseau Départements* de la CNSA, qui a, en outre, adressé un courrier à tous les directeurs de l'autonomie des conseils départementaux pour leur présenter en détail le déroulement de l'enquête. Concomitamment, elle a informé l'Assemblée des départements de France (ADF) de ce projet d'enquête. Enfin, elle s'est chargée de solliciter les départements pour participer au COPIL et de communiquer à la Fondation Médéric Alzheimer la liste des professionnels souhaitant participer à l'enquête.
- 4 Les coordonnées de l'ensemble des professionnels ont été colligées par la CNSA pour les départements ayant souhaité participer à l'enquête et regroupées dans un fichier d'adresses ensuite transmis à la Fondation Médéric Alzheimer, qui a assuré le lancement et les relances de l'enquête.
- 5 Une phase test a été effectuée par la Fondation auprès de 7 professionnels en chargés de l'évaluation APA.

- 6 La collecte des données a été assurée par la Fondation Médéric Alzheimer de septembre 2018 à fin décembre de cette même année. Un lien vers le questionnaire a été adressé par e-mail à l'ensemble des professionnels chargés de l'évaluation APA. Les enquêtés avaient également la possibilité de remplir le questionnaire sous un format papier et de le retourner à la Fondation Médéric Alzheimer.
- 7 La Fondation Médéric Alzheimer a effectué l'exploitation et l'analyse des résultats ainsi que la rédaction du rapport. Ce dernier a été soumis à la CNSA et aux autres membres du comité de pilotage qui ont communiqué leurs propositions d'ajouts et de modifications.

Thématiques du questionnaire

- Caractéristiques générales ;
- Activités ;
- Méthodes d'évaluation utilisées ;
- Relations avec les personnes âgées et celles atteintes de troubles cognitifs, les familles et les proches aidants ainsi qu'avec les partenaires ;
- Rapport des professionnels à leur fonction.

Analyse des résultats

Sur 101 conseils départementaux et collectivités territoriales aux compétences équivalentes sollicités, 81 ont participé à l'enquête. Au total, sur les 1 852 professionnels recensés, 756 ont retourné un questionnaire exploitable, soit un taux de réponse de 41 %. Les informations collectées ont été traitées de manière anonyme.

L'analyse des questionnaires a été réalisée à l'aide du logiciel Stata. Les différentes parties du questionnaire ont été exploitées sur des effectifs différents :

- La première partie du questionnaire, relative aux caractéristiques des professionnels, à leur activité et aux méthodes d'évaluation utilisées a été exploitée sur les 756 questionnaires au moins remplis pour ces questions.
- La seconde partie du questionnaire, concernant les relations avec les personnes âgées, les familles, les partenaires et les rapports des professionnels à leur fonction, a été exploitée sur un effectif réduit aux 713 questionnaires intégralement remplis pour ces questions.

L'ancienneté dans la fonction d'évaluation APA et la formation initiale des professionnels constituent les deux principales variables de croisement, utilisées pour faire état de la différenciation des pratiques professionnelles. ■



ENJEUX ÉTHIQUES

LE POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS CHARGÉS DE L'ÉVALUATION APA

Trois cent sept professionnels chargés de l'évaluation APA ont répondu à la question qui les invitait, à la fin du questionnaire, à décrire une situation concrète illustrant les difficultés éthiques ou déontologiques (conflits de valeurs, cas de conscience) rencontrés auprès des demandeurs d'APA atteints de troubles cognitifs et de leurs proches aidants.

Les réponses évoquent de multiples sources de questionnement éthique. Tout d'abord, les professionnels se demandent si l'on peut imposer des aides quand la personne est dans le déni et n'en perçoit pas l'intérêt, malgré les risques, bien réels, que comporte son maintien à domicile. Cela renvoie au dilemme entre sécurité et liberté. Ils s'interrogent ensuite sur la notion de consentement et sur l'acceptation du plan d'aide par la personne malade ainsi que sur les limites et les conditions du maintien à domicile. Ils évoquent également les difficultés à évaluer les besoins des personnes. En filigrane, les professionnels se questionnent sur leur posture professionnelle et leur rôle auprès des personnes atteintes de troubles cognitifs et de leurs proches.

Entre respect des souhaits et protection des personnes

Plusieurs professionnels sont confrontés au dilemme entre d'une part respecter les souhaits des personnes atteintes de troubles cognitifs et, d'autre part, veiller à les protéger et à prévenir le risque d'épuisement des proches aidants. Citons un exemple : « Une femme âgée de plus de 80 ans, isolée en milieu rural ne veut pas d'aide à domicile alors que la mise en place d'intervenants serait nécessaire pour soulager sa fille qui vit à proximité et s'épuise et à qui elle demande de faire toute la prise en charge ». Les professionnels sont ainsi nombreux à s'interroger : « Peut-on imposer des aides quand la personne est dans le déni ? »



Peut-on imposer des aides quand la personne est dans le déni ?



Dans ces situations, les professionnels sont partagés entre leur volonté d'agir et de protéger et la nécessité de respecter la volonté de la personne malade : « Que respecter ? La liberté ou la sécurité de cette personne ? » L'isolement géographique et un entourage familial et/ou amical absent sont identifiés comme des facteurs aggravant le risque de mise en danger. La question se pose particulièrement lorsque la personne vit seule, compte tenu des risques encourus (errance, utilisation du gaz, prise alimentaire aléatoire...), mais aussi en attendant la mise en place d'une mesure de protection juridique, une fois le signalement auprès du Procureur de la République réalisé. « [...] La personne est restée "en danger" et dans le refus de tout accompagnement jusqu'à la mise sous tutelle un an plus tard ». Certains redoutent la survenue d'un fait grave, comme une chute ou un accident domestique et ont peur « de ce qui peut arriver [aux demandeurs d'APA] entretemps au domicile quand tout le monde est rentré chez soi ». Certains regrettent de devoir parfois attendre, faute de moyens d'action, la survenue « d'un événement suffisamment grave pour que les personnes demandent de l'aide », et que cela débloque la situation, car, rappellent-ils, « on ne peut pas forcer les gens à partir de chez eux même s'il y a danger pour eux ».

L'engagement pris par certains proches aidants de respecter le choix de la personne âgée de mourir à son domicile est lui aussi un problème récurrent : « Le cas qui pour moi pose le plus de difficulté est le fait que des parents âgés fassent promettre à leurs enfants de ne jamais les placer ».



Le cas qui pour moi pose le plus de difficulté : que des parents âgés fassent promettre à leurs enfants de ne jamais les placer.



Au point, d'après les répondants, de s'oublier, de ne plus penser à leur confort ou à négliger leur santé. Plusieurs professionnels estiment que la culpabilité des proches aidants à l'idée de ne pas accompagner jusqu'au bout de la personne aidée peut freiner la mise en place des aides : « Faire entendre aux aidants qu'ils ont besoin de répit et de relais est le plus difficile à gérer » selon un répondant. L'épuisement peut en outre conduire les proches aidants à ne pas prendre les décisions appropriées, au regard de l'avis des professionnels, faute de recul suffisant. Les proches aidants sont parfois eux-mêmes dans le déni et ils peuvent ne pas être pleinement conscients des troubles de leur proche ou des risques liés à son maintien à domicile. Des désaccords ou des conflits familiaux compliquent parfois la situation en raison d'un antagonisme entre les souhaits des personnes malades et des aidants, par exemple lorsque des enfants demandent une place en EHPAD pour un parent âgé qui refuse pourtant d'entrer en établissement.

Un autre cas de conscience concerne les situations où les professionnels en viennent à faire un signalement, pour protéger la personne, contre sa volonté : « (...) J'ai donc dû dire à la sœur de Mme qu'elle allait certainement devoir faire une demande de mesure de protection juridique sinon je serais dans l'obligation de faire un signalement au procureur. Situation assez difficile tant pour la famille que pour moi car je vais sûrement devoir faire une action sans l'accord de Mme Y pour assurer sa protection. » A l'égard des signalements, les professionnels sont dans l'embarras car cela « déroge à une certaine éthique vis-à-vis du fait que la personne doit être au centre de sa prise en charge et de ses volontés ».

Plusieurs répondants évoquent que les situations d'enfermement, y compris par souci de protection des personnes ayant des troubles cognitifs, constituent un cas de conscience. Au nom de la sécurité de leurs proches, certains proches aidants ferment en effet les portes du domicile ou de la voiture à clef, le temps par exemple de faire des courses : « *Situation des personnes laissées seules chez elles mais domicile fermé à clé durant quelques heures/ afin d'éviter fugue/ égarement* ». Les répondants constatent qu'il est fait appel, dans certains cas, à la « *contention physique (ceintures, liens, portes fermées à clé...) exercée par certains aidants qu'ils soient familiaux ou même professionnels parfois (sur demande de la famille)* ». Deux répondants évoquent en outre le cas de proches aidants ayant mis en place un système de vidéo-surveillance afin de surveiller leur proche : « *La vidéo surveillance privilégiée et préconisée par certains lobbies me posent question car nous ne l'accepterions pas pour nous-mêmes si nous en avons connaissance et souvent ces méthodes ne sont pas connues ou comprises de la personne âgée. Le 100 % contrôle ne me paraît pas adapté* ».

Consentement et acceptation du plan d'aide

Ces situations suscitent des interrogations sur le respect de la volonté de la personne malade : « *Se pose régulièrement la question du respect de ce que veut vraiment la personne ou pas* ». Les professionnels rappellent qu'aucune décision ne peut se prendre en la matière sans l'accord de la personne malade et qu'ils doivent dans certains cas faire comprendre aux proches aidants que les personnes âgées n'ont pas les mêmes souhaits qu'eux. Toutefois, la démarche de recherche du consentement de la personne malade est en elle-même interrogée : « *Jusqu'où être dans la recherche du consentement de la personne avec la présence de troubles cognitifs et à quel moment les besoins des proches aidants priment-ils sur la recherche d'adhésion ?* »

Jusqu'où être dans la recherche du consentement de la personne avec la présence de troubles cognitifs et à quel moment les besoins des proches aidants priment-ils sur la recherche d'adhésion ?

Chez certains professionnels, le sentiment de prendre des décisions à la place de la personne malade est également une source de questionnements : « *Sentiment d'avoir "décidé/imposé" avec l'aidant proche le plan d'aide* ». Les difficultés de ce type sont en particulier rencontrées auprès des demandeurs d'APA présentant des troubles cognitifs sévères. Lorsque ces personnes perdent leur capacité à s'exprimer, à communiquer leurs souhaits, il peut en effet devenir difficile aux professionnels de s'assurer qu'elles comprennent les situations. Les cas où il n'est pas possible de recueillir le consentement de la personne soulèvent des enjeux éthiques : « *La mise en place d'un plan d'aide, sans le consentement éclairé de la personne atteinte de troubles cognitifs, cela pose notamment la question de la bientraitance* ». Dans ces

cas-là, l'aidant familial prend parfois une place importante et le professionnel n'est pas certain du degré de compréhension de la personne malade : « *Faire un entretien avec la personne âgée et son proche aidant, où ce dernier prend toute la place dans l'entretien où il est difficile de recentrer l'entretien sur la personne âgée car elle est elle-même en difficulté pour s'exprimer* ». Les professionnels n'ont pas la certitude que la personne âgée mesure réellement les changements que la mise en œuvre du plan d'aide va opérer dans son quotidien.

La question se pose sur le fait que nous ne savons pas si la personne a pleinement conscience de ce qu'elle signe.

Plusieurs professionnels ont pour ces raisons des difficultés à faire signer la lettre d'acceptation du plan d'aide : « *La question se pose sur le fait que nous ne savons pas si la personne a pleinement conscience de ce qu'elle signe* ».

N'est-ce pas là encore une façon de « *forcer la main* », se demandent certains professionnels : « *Le département exige qu'une lettre d'acceptation du plan d'aide soit signée par le demandeur et cela même par les personnes atteintes de troubles cognitifs ! Sentiment parfois de forcer la main afin de mettre en place des aides au domicile. Même si cela se fait uniquement lorsque le maintien au domicile en dépend, cela pose toujours question* ». Faut-il dès lors, a contrario, respecter systématiquement le libre choix de la personne qui n'est pas consciente de ses difficultés ? « *Lorsque les troubles cognitifs sont importants doit-on prendre en considération ce que la personne exprime ? Cette personne avait manifesté le souhait de mourir chez elle, mais avons-nous pris la bonne décision, n'aurait-elle pas été mieux en EHPAD ?* ». Autre exemple : « *Même si l'aidant est épuisé, que fait-on de l'avis de Madame D ? Éthiquement peut-on ou doit-on agir contre sa volonté ?* ».

Plusieurs professionnels signalent par ailleurs rencontrer des difficultés éthiques lorsque la personne malade est ignorante de son état, si sa famille le lui cache : « *Difficultés de positionnement quand la personne atteinte de troubles cognitifs est volontairement maintenue dans l'ignorance de sa pathologie par l'entourage. Ce choix limite les échanges et ne rend pas possible la proposition des dispositifs existant à la fois pour la personne et pour les aidants* ». La personne malade n'est ainsi parfois pas informée : « *Lorsque pour assurer le maintien à domicile de la personne dans un minimum de conditions satisfaisantes, il faut faire fi de son adhésion et en s'appuyant sur son entourage, mettre des choses en place malgré son opposition mais sans lui dire afin de soutenir l'aidant* ». Le professionnel peut dans cette logique tenir deux discours différents, l'un pour la personne malade et l'autre pour l'aidant, ce qui n'est pas sans susciter des interrogations éthiques : « *Parfois le discours tenu à la personne est différent que celui tenu avec les aidants, on n'est pas toujours complètement transparent avec la personne aidée. Par exemple, on dit devant la personne que l'on ne va rien modifier pour ne pas la perturber, mais en off, on convient avec l'aidant tout autre chose au vu des besoins* ». Certains professionnels évoquent en outre l'idée de leur gène

lorsqu'ils abordent la situation, devant la personne malade, avec sa famille : « Lorsque la personne présente des troubles importants, il est difficile de réaliser l'évaluation APA en présence de la personne et en parlant d'elle à son entourage devant elle. Il nous faut ces éléments mais parler de sa situation devant elle est compliqué éthiquement. Le plan d'aide peut être difficile à mettre en place, entre les dires de la personne (opposition le plus souvent) et l'enfant qui souhaite impérativement une aide quotidienne ou même une entrée en structure sans en informer son parent. »

Les limites du maintien à domicile

En lien avec ce qui précède, sur le plan éthique et déontologique, les professionnels chargés de l'évaluation APA se questionnent aussi sur les limites du maintien à domicile : Jusqu'où le maintien à domicile est-il possible ?, « Jusqu'à quand ? », « Dans quelle limite ? », « Jusqu'à quel point ? », « Un maintien à domicile, mais à quel prix ? », s'interrogent-ils. « Ce qui est toujours un cas de conscience, c'est quand les limites du maintien à domicile sont atteintes mais que la personne ne souhaite pas aller en EHPAD ». La question qui se pose est alors la suivante : « Jusqu'à quand peut-on accompagner le maintien à domicile quand la personne refuse l'entrée en EHPAD ou le refus d'aide malgré une mise en danger ? » Le cas se pose pour eux en particulier, lorsque les professionnels constatent qu'une personne âgée vit dans de mauvaises conditions d'hygiène. Les professionnels ont conscience que leurs normes en matière d'hygiène domestique diffèrent de celles des personnes âgées de ces générations ou même de certains des proches aidants : « Il existe parfois un décalage avec ma notion de la propreté et celle de la personne évaluée ou encore avec certains modes de vie et cela demande beaucoup d'empathie et d'acceptation pour se remettre en cause ». Autre exemple : « Faut-il "imposer" nos normes, faire nettoyer le logement ou laisser la personne vivre dans les conditions qu'elle souhaite même si cela nous paraît choquant. À partir de quand peut-on considérer qu'il y a mise en danger ? » En cas de syndrome de Diogène notamment, certains professionnels soulignent que le domicile est aussi le lieu de travail des intervenants. A ce titre, les conditions de travail peuvent être jugées inacceptables : « Personne souffrant d'un syndrome de Diogène. Dans quelle limite pouvons-nous accepter son mode de vie, voire l'imposer à des intervenantes (auxiliaires de vie), et leur imposer à elles des conditions de travail inacceptables ? » Les animaux domestiques sont cités, à quelques reprises, comme contribuant à l'insalubrité du logement. Quand une personne ayant des troubles cognitifs souhaite conserver son animal de compagnie alors qu'elle rencontre des difficultés importantes pour s'en occuper, il n'est pas toujours évident, pour les professionnels, de savoir quelle attitude adopter : « La personne malade veut conserver ses animaux domestiques bien qu'un proche ait fait un signalement ou que les évaluatrices estiment que cela va contre l'intérêt de la personne malade ou entrave le bon déroulement des interventions dans le cadre du maintien à domicile ». Et on voit combien certains sont attachés à leurs animaux de compagnie : « Madame dit : "si vous m'enlevez mes chiens, je n'ai plus qu'à me suicider." »

Difficultés rencontrées au cours de l'évaluation des besoins

Certains répondants ont exprimé l'idée que la grille AGGIR ne tient pas suffisamment compte des troubles cognitifs. Plusieurs d'entre eux regrettent de devoir rejeter des demandes d'APA pour des personnes dont les troubles cognitifs sont diagnostiqués mais qui sont estimées autonomes au regard de la grille AGGIR : « La grille AGGIR ne prend pas assez en compte les troubles cognitifs au début de la maladie. Les personnes concernées ont pourtant besoin de présence et de surveillance ». En outre, pour les professionnels, il peut être délicat de déterminer le GIR d'une personne : « L'établissement d'un GIR est parfois complexe, car

si on s'en tient seulement au discours de la personne au stade débutant, on peut être tenté de l'évaluer en GIR 5 ou 6, alors que si on se rend compte qu'il y a certainement besoin d'installer des aides progressivement, le GIR 4 serait à attribuer quand même sinon la mise en place des aides humaines ne sera certainement pas faite si elles ne sont pas prises dans le cadre de l'APA. Et la situation risque de se dégrader plus rapidement. » Pour les professionnels, cette situation peut être ressentie comme difficile : « Il est difficile de ne pas pouvoir répondre aux besoins de la personne dans ce cadre. Il est également difficile de ne pas pouvoir répondre aux besoins de l'aidant car il constitue un repère pour la personne et sans ce dernier, le maintien à domicile peut être fortement remis en question ». La difficulté de l'évaluation APA réside aussi dans la nécessité de laisser du temps à la personne malade, « d'apprendre à connaître la personne, voir ce qu'elle est en mesure d'entendre, d'accueillir, sans la brusquer et de lui imposer les choses sans chercher son accord ». Ou alors l'attribution d'un GIR fait prendre conscience à la personne de la gravité de son état, ce qui peut être sensible psychologiquement...

A l'inverse, dans certaines situations, le professionnel évalue effectivement un besoin, mais la personne malade ou son entourage ne peuvent pas faire appel à des aides pour des raisons financières : « Nous évaluons souvent la nécessité d'un accueil de jour ou d'un hébergement temporaire mais les personnes ne peuvent pas les financer ». Autre exemple : « Épouse proche aidant d'un bénéficiaire de l'APA souffrant d'une démence qui est au bord de l'épuisement et peut se mettre en danger : Monsieur peut être violent avec elle (a déjà essayé de l'étrangler, coups). Il a été placé en hébergement temporaire deux mois mais Madame a dû le faire rentrer chez elle car cela lui coûtait trop cher. Les enfants sont tous éloignés et non disponibles. Elle prend quelques heures d'aide à domicile pour du répit mais ne peut pas "s'éloigner financièrement parlant" ». Quelques répondants indiquent par ailleurs au contraire un cas de conscience lorsque les moyens financiers sont parfois en jeu au sein des familles et que lorsque la personne se sent prête à partir vivre en maison de retraite, la famille peut faire pression à l'inverse afin de ne pas payer.

Plusieurs sources de frustration

Les motifs de frustration évoqués par les professionnels concernent tout d'abord « le nombre de situations complexes qui devient de plus en plus important et difficile à suivre », les délais administratifs de traitement d'une demande d'APA et le temps insuffisant consacré au traitement de certains dossiers. Quelques professionnels soulignent, à l'échelle de leur secteur ou de leur département, le manque de médecins traitants, l'insuffisance de prise en charge en SSIAD notamment en milieu rural, mais aussi le manque d'offre et de réponses en matière de répit en général, et en particulier d'accueil de jour, d'hébergement temporaire, de soutien psychologique. Certains ont un sentiment d'impuissance : « Sentiment d'impuissance face à une personne qui reste dans le refus d'aide et dans le déni de ses difficultés, notamment car les prises de décision par un tiers légal sont trop longues à aboutir ». Face à un couple retrouvé en urgence absolue à son domicile après avoir ingéré une quantité de médicaments, « que faire lorsque l'on entend la détresse quotidienne, lorsqu'on nous appelle à l'aide sans pouvoir donner la réponse et le soutien attendu ? »

Certains répondants se disent également frustrés de l'insuffisance des aides parfois proposées par rapport aux besoins des personnes rencontrées : « Nos plans d'aide ne couvrent pas toujours les besoins... » Un professionnel évoque le manque de temps pour une deuxième visite qui serait pourtant nécessaire au niveau de l'aidant ou pour réaliser un suivi social. « La difficulté résulte surtout dans le temps accordé qui est en moyenne de 30 à 45 minutes maximum proposé, alors que "la négociation" pour avoir "l'accord" de la personne demande autant de temps. » Plusieurs professionnels

regrettent quant à eux les délais de mise en place des mesures de protection juridique (un an, voire plus) une fois le signalement émis, mais aussi le manque de retours sur l'avancement des dossiers.

« Ces situations me posent toujours un cas de conscience. Je ne suis pas tranquille dans l'attente que la situation soit prise en compte par le tuteur ». Un besoin de contacts plus réguliers avec les services du Procureur de la République est mentionné, de même que la nécessité de « développer une culture du travail en transversalité » entre services de la Justice et services médico-sociaux.

Comment être sûr de bien jouer son rôle ?

La présence de troubles cognitifs entraîne, de la part des professionnels, des questionnements sur leur posture professionnelle et l'attitude à adopter : « Comment être sûr de répondre au mieux aux besoins de la personne âgée, alors même que ses souhaits, ses droits d'expression sont biaisés par ses troubles cognitifs ? ». « Comment être sûr de bien évaluer les limites du maintien à domicile ? À quel moment envisager le « placement, si difficile à vivre » ? Les professionnels chargés de l'évaluation APA peuvent être amenés à jouer des rôles multiples et parfois contradictoires auprès des personnes atteintes de troubles cognitifs et de leurs proches aidants. Premièrement, les professionnels sont fréquemment confrontés au fait de "recevoir la détresse de la famille". Ensuite, lorsqu'ils abordent l'entrée en EHPAD, avec tout ce que cela signifie (séparation, fin de vie...), ils doivent aussi accompagner les personnes, par exemple en les orientant vers des groupes de parole. Ils font également parfois face à des comportements hostiles : « Affronter la famille au téléphone ou en visuel qui nous accuse de nous mêler de ce qui ne nous regarde pas ». Leur rôle est aussi de "désamorcer" les situations potentiellement conflictuelles entre des époux et de faire cheminer l'idée d'une institutionnalisation chez tous les membres de la famille. L'équilibre semble ainsi délicat entre la nécessité de mettre chaque interlocuteur en confiance et la volonté de ne pas trop s'immiscer dans la vie des familles.

Les professionnels de l'évaluation APA doivent aussi expliquer leur façon de travailler, et développer une forme de pédagogie. Il s'agit de tenir compte de tous les avis, d'où leur rôle de conciliation : « Tentative de négociation avec la personne âgée qui n'accepte pas », il s'agit de « convaincre » du bien-fondé des aides et d'encourager les proches aidants à prendre du temps de répit afin d'atteindre des objectifs réalisables et acceptables par tous. « Nous sommes amenés très souvent à jouer un rôle de médiation pour lequel nous ne sommes pas toujours bien formés.

un accord. Des stratégies sont déployées à leur initiative, comme celle consistant à mettre en place les aides progressivement, « en commençant avec un plan d'aide progressif selon ce que Madame va accepter ».

Certains évoquent une « relation de confiance » à établir puis à maintenir : « La mise en confiance est nécessaire à cette génération qui bien souvent demande pour la première fois une aide ». La confiance est aussi à établir avec les personnes désorientées, ce qui n'est pas toujours simple, car il faut être à l'aise avec elles : « Les besoins des demandeurs d'APA atteints de troubles cognitifs sont parfois difficiles à évaluer précisément. Établir une communication avec eux est parfois complexe. Je ne suis pas toujours très à l'aise dans la communication face à quelqu'un qui est très désorienté ». Le rôle des professionnels est alors de rassurer, d'être le plus bienveillant possible, sans générer davantage de stress ou d'angoisse. On ressent, malgré ces difficultés et ces dilemmes, l'attachement des professionnels chargés de l'évaluation APA à leur activité et leur besoin de reconnaissance : « Être évaluateur APA c'est être seul sur le terrain, même si on est entouré en équipe et de partenaires, ce qui n'est pas simple en terme de charge émotionnelle et de responsabilité. [...] Évaluateur APA est un métier à part qui mériterait d'être mieux reconnu et mieux accompagné en terme de formation, métier exigeant mais très enrichissant ». ■



Nous sommes amenés très souvent à jouer un rôle de médiation pour lequel nous ne sommes pas toujours bien formés.



Ma jauge personnelle est la mise en danger de la personne et c'est ce que j'essaie d'expliquer aux familles qui peuvent avoir tendance soit à laisser faire, soit à prendre des mesures intrusives sans réaliser la violence de ce qu'elles imposent à la personne atteinte de troubles cognitifs et à elles-mêmes ». Le professionnel doit agir avec patience pour faire accepter les aides "en douceur" et obtenir

CONCLUSION

Cette enquête s'est intéressée à un champ particulier de l'APA, celui des pratiques des professionnels chargés des évaluations à domicile. Un intérêt particulier a été accordé aux personnes atteintes de troubles cognitifs, dont les spécificités sont insuffisamment prises en compte dans les études et enquêtes consacrées à l'APA.

L'enquête a été menée plus de deux ans après la mise en place de la réforme de l'APA instaurée par la loi d'adaptation de la société au vieillissement. En introduisant un référentiel unique d'évaluation multidimensionnelle, la loi invite les professionnels à faire évoluer les pratiques d'évaluation des besoins des demandeurs.

Les résultats de l'enquête ont mis en évidence des différences de pratiques liées à la formation initiale. Face aux attitudes d'opposition des personnes âgées, des stratégies de négociation proches sont mobilisées par les professionnels issus du secteur sanitaire et du secteur médico-social.

Les résultats de l'enquête montrent que le référentiel unique d'évaluation prévu par la loi ASV et fixé par l'arrêté du 5 décembre 2016 fait l'objet, au bout de dix-huit mois, d'un usage partiel, avec seulement un peu plus d'un professionnel sur deux déclarant l'utiliser. L'enquête ne permet pas d'analyser la nature des freins à l'utilisation de ce référentiel, mais un constat positif peut être dressé au vu des résultats : même si le nouveau référentiel n'est pas systématiquement utilisé, l'ensemble de ses différentes dimensions est pris en compte par les évaluateurs dans la très grande majorité des cas. Il semblerait en conséquence que, derrière d'importantes disparités dans sa mobilisation, il existe une large dissémination de la pratique de l'évaluation multidimensionnelle.

Le processus d'attribution de l'APA comporte des spécificités chez les demandeurs présentant une perte d'autonomie cognitive par rapport aux demandeurs en général. Pour surmonter les difficultés, obstacles et dilemmes éthiques rencontrés au cours de leur activité, les évaluateurs disposent de multiples soutiens au sein de leur institution. Il faut toutefois souligner que ces soutiens sont pour l'essentiel informels. Une minorité d'évaluateurs déclare pouvoir compter sur des dispositifs dédiés spécifiquement au soutien et à l'entraide (analyse des pratiques, instances techniques, supervision...).

S'agissant de la formation, l'enquête met en évidence un paradoxe : des besoins de formation continue existent, en particulier sur la thématique des troubles cognitifs, les signalements, la prévention et les aides techniques mais seul un tiers des professionnels a bénéficié de formation, ce en dépit de leur ancienneté souvent importante dans l'activité. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Baudet-Caille V. L'allocation personnalisée d'autonomie : Après la loi « vieillissement » du 28 décembre 2015. Actualités sociales hebdomadaires 2017 ; 06/23 ; (3016):89p., index, ann. <https://ash.groupe6fm.com/produit/lallocation-personnalisee-dautonomie/>
- Bellanger MM, Le Bihan-Youinou B. La mise en œuvre de l'Allocation personnalisée d'autonomie dans six départements. DREES. Études et Résultats n° 264, octobre 2003. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er264.pdf>
- Bensadon AC, Daniel C, Scarbonch F. Évaluation de la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement pour le volet domicile. Inspection générale des affaires sociales. Paris : La Documentation française, septembre 2017. <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article624>
- Bourreau-Dubois C., Roquebert Q., Gramain A. Les disparités départementales dans la mise en œuvre de l'APA à domicile, reflets des choix des politiques locales ? Collection Notes Modapa n° 3, 2015. <https://hal-paris1.archives-ouvertes.fr/hal-01158419/document>
- Berardier M. Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et leurs ressources en 2011. DREES, Études et Résultats, n° 876, février 2014. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-beneficiaires-de-l-allocation-personnalisee-d-autonomie-a-domicile-et-leurs>
- Castel-Tallet M.A., Talbi B, Villet H. Les équipes spécialisées Alzheimer. La Lettre de l'Observatoire, n° 53, Fondation Médéric Alzheimer, mai 2019. <https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/la-lettre-de-lobservatoire>
- Fouquet A, Laroque M, Puydebois C. La gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie. Synthèse des contrôles de la mise en œuvre de l'APA réalisés dans plusieurs départements. Inspection générale des affaires sociales. Paris : La Documentation Française, juillet 2009. <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article77>
- Galtier B, Wizink M. Regard sur la régulation de l'aide à domicile, présentation du dossier. Revue française des affaires sociales, n° 2-3, 2012.
- Gramain A, Billaud S, Xing J. La visite à domicile dans le cadre de l'APA : quel effet de la formation initiale des personnels sur leurs pratiques ? Collection Notes MODAPA n° 4. Décembre 2015. HAL Id : hal-01247478. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01247478>
- Gramain A, Xing J. Tarification publique et normalisation des processus de production dans le secteur de l'aide à domicile pour les personnes âgées. Revue française des affaires sociales, n° 2-3, 2012. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2012-2-page-218.html>
- Hebert R. Grandeurs et misères de l'allocation personnalisée d'autonomie en France. Gérontologie et Société, n° 138, septembre 2011. <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2011-3-page-67>
- Ledéret B, Desmartin-Belardi V, Martinez N, Bouhlatouf H. Étude sur l'utilisation partielle ou la non utilisation de l'aide accordée au travers de l'APA à domicile. CREAL-ORS Languedoc-Roussillon. Octobre 2014. http://ancreai.org/wp-content/uploads/2018/02/rapport-etude-apa-octobre_2014.pdf
- Lesueur D, Sanchez JL, Camus E, et al. Service des allocations de soutien à l'autonomie : où en est-on ? Observatoire national de l'Action sociale, Éditions de l'Odas, 12, 2015. odas.net/IMG/pdf/cahier_de_odas_de_cembre_2015.pdf
- Mantovani J al. Qualité de mise en œuvre de l'APA à domicile : Positionnements de gestionnaires, professionnels et bénéficiaires pour une approche croisée de la qualité. ORS Midi-IN-SERM. Mai 2011. <http://www.ormip.org/tlc/documents/rapportfinalapa.pdf>
- Mansuy M. Intervention sociale en faveur des personnes âgées dépendantes : regards croisés entre la France et la Loire-Atlantique. Revue française des affaires sociales, n° 4, 2011, p.56-87. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-4-page-56.htm>
- Ramos-Gorand M. Le non-recours à l'APA à domicile vu par les professionnels de terrain, entre contraintes et expression du choix des personnes âgées. Les dossiers de la DREES, n° 13. Février 2016. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/le-non-recours-a-l-apa-a-domicile-vu-par-les-professionnels-de-terrain-entre>
- Somme D. Financement de la perte d'autonomie : l'urgence à changer d'outil. Gérontologie et société, n° 41, 2019, p. 175-180. <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2019-1-page-177.htm>
- Xing J. La résistance à la tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile comme résistance à un instrument d'action publique. Droit et société, n° 90, 2015/2. <https://www.cairn.info/revue-droit-et-societe1-2015-2-page-393.htm>
- Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000406361&categorieLien=cid>
- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731&categorieLien=id>
- Décret n° 2016-210 du 26 février 2016 Code de l'action sociale et des familles. 6 novembre 2017. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032112672&categorieLien=id>
- Arrêté du 5 décembre 2016 fixant le référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants, prévu par l'article L. 232-6 du code de l'action sociale et des familles. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/12/5/AFSA1630411A/jo/texte>
- Ministère des Solidarités et de la Santé. Allocation personnalisée d'autonomie (APA) : modalités d'attribution. 26 avril 2016. <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/apa-allocation-personnalisee-d-autonomie/article/allocation-personnalisee-d-autonomie-apa-modalites-d-attribution>
- DREES. Gestion de l'APA et de l'ASH. Organisation des conseils généraux. Premiers résultats de l'enquête DREES. Février 2013. http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/apa_ash_organisation_cg_02-2013.pdf
- CNSA. Guide d'utilisation du référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins de la personne âgée et de ses proches aidants. CNSA, décembre 2016. <https://www.cnsa.fr/documentation/formulaires/sup-transport-pour-levaluation-multidimensionnelle-apa>
- CNSA. EY. Rapport APA. Étude Compréhension de la disparité. EY. Décembre 2014. Version actualisée en mars 2015. <https://www.cnsa.fr/compensation-de-la-perte-dautonomie/la-compensation-de-la-perte-dautonomie-des-personnes-agees>
- CNSA. EY. Rapport d'analyse. Typologies organisationnelles. Février 2015. <https://www.cnsa.fr/compensation-de-la-perte-dautonomie/la-compensation-de-la-perte-dautonomie-des-personnes-agees>



30 rue de Prony - 75017 PARIS - Tél. : 01 56 79 17 91 - Fax : 01 56 79 17 90
 Courriel : fondation@med-alz.org - Site : www.fondation-mederic-alzheimer.org
 Directeur de la publication : Hélène Jacquemont - Directeur de la rédaction : Olivier Boucher - Rédacteur en chef : Marie-Antoinette Castel-Tallet - Ont participé à ce numéro : Benjamin Talbi, Hervé Villet, Laëtitia Ngatcha-Ribert (FMA), Stéphane Corbin, Cecilia Endrino, Sandra Nahon (CNSA), Gérald Bernardin (conseil départemental des Vosges), Agnès Gramain (Université de Lorraine), Brigitte Huon (France Alzheimer), Carole Mayer (conseil départemental du Bas-Rhin) - Communication FMA - Maquette : A Conseil - Impression : ITF - Imprimé sur Cocoon offset 120 g/m², 100 % recyclé, FSC® - ISSN : 1954-9954 (en cours de réattribution) - ISSN : 2677-2205 (en ligne) - Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources.

Abonnez-vous à nos publications :

www.fondation-mederic-alzheimer.org

Soutenez nos actions en faisant un don sur notre site. La Fondation Médéric Alzheimer est habilitée à recevoir des dons et des legs.