



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
2015

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Camille BERTRAND

le 29 juin 2015

**LES AIDES À L'AUTONOMIE EN FRANCE :
ÉVALUATION DES CONNAISSANCES DES MÉDECINS
GÉNÉRALISTES**

**À PARTIR D'UNE ENQUÊTE RÉALISÉE AUPRÈS DE 216 MÉDECINS
MOSELLANS**

Examineurs de la thèse :

Mme le Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

Présidente

M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

Juge

M. le Professeur Jean PAYSANT

Juge

M. le Professeur Paolo DI PATRIZIO

Juge

Mme le Docteur Laure ECUER

Juge et Directrice de thèse



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



**FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY**

**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN**

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Universitarisation des professions paramédicales : Pr Annick BARBAUD

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER
Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN
Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON
Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF
Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeure Michèle KESSLER - Professeur Jacques LECLERE

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD – Professeur François PLENAT Professeur Jacques POUREL - Professeur Michel SCHMITT – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET Professeur Michel WAYOFF

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISON – Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (*pharmacien*)

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA (stagiaire)

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA – Docteur Abderrahim OUSSALAH (stagiaire)

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique))

Docteure Anne DEBOURGOGNE (sciences)

3^{ème} sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN –

Docteure Nelly AGRINIER (stagiaire)

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique))

Docteur Aurore PERROT (stagiaire)

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX (stagiaire)

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Présidente de thèse,

Madame le Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

Professeur de Médecine Interne, Gériatrie et Biologie du Vieillissement.

Vous nous faites l'immense honneur de présider le jury de cette thèse.

Nous vous remercions de votre confiance et de tout l'intérêt porté à notre travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

Professeur de Médecine Interne

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans notre jury de thèse.

Soyez assuré de notre reconnaissance et de nos sincères remerciements.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Jean PAYSANT

Professeur de Médecine Physique et de Réadaptation

Nous vous sommes extrêmement reconnaissants d'avoir accepté de juger ce travail.

Vous nous avez fait profiter de vos précieux enseignements pendant un stage et nous vous en remercions.

Recevez le témoignage de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO

Professeur associé de Médecine Générale

Vous nous honorez en acceptant d'évaluer ce travail.

Veuillez recevoir nos remerciements les plus sincères.

A notre Juge et Directrice de thèse,

Madame le Docteur Laure ECUER

Médecin Généraliste à Metz, Maître de stage

Nous vous remercions chaleureusement pour avoir eu la gentillesse de nous encadrer tout au long de ce travail.

Pour nous avoir accompagnée et soutenue mois après mois en faisant preuve de compréhension et de disponibilité.

Pour la confiance dont vous nous avez témoignée au cours de nos apprentissages.

Nous espérons que cette thèse sera une preuve supplémentaire de notre profonde considération.

Un grand merci à tous les médecins et professionnels de santé qui m'ont guidée pendant ce parcours si riche mais mouvementé, que sont les études de médecine.

A tous les médecins généralistes qui m'ont accordé leur confiance en stage ou lors de mes premiers remplacements : Mme le Docteur Albertine ANTCZAK-CORBELLI, Mr le Docteur Pierre LEYENDECKER, Mme le Docteur Laurence BIES-BASIN, Mr le Docteur Clément MARGRAFF. Acceptez mes remerciements les plus chaleureux.

Une pensée particulière au Docteur Francis PELTIER pour sa gentillesse, son savoir et son aide qui m'ont confortée dans le choix de cette voie.

Enfin, merci à tous les médecins généralistes qui ont pris quelques minutes de leur temps pour participer à notre enquête et grâce à qui ce travail prend forme aujourd'hui.

A ma grand-mère Denise,
Pour ton amour, pour ton soutien inconditionnel et pour tous ces instants de bonheur partagés depuis mon enfance. J'aurais tellement aimé en vivre encore plein d'autres. Comme en ce jour particulier. Même si je sais que tu es parmi nous et que tu le resteras à jamais dans mon cœur, tu me manques terriblement. Je te dédie ce travail.

A ma maman,
Je sais par avance que les mots ne seront pas assez forts pour te remercier pour tout ce que tu as déjà fait pour moi. Depuis toujours, tu es un exemple de courage, de savoirs, de gentillesse et de tendresse. Ton amour m'a aidée à devenir qui je suis. Je te dois cette belle réussite et j'espère que tu seras toujours fière de moi. Avec tout mon amour.

A Géraldine,
Un immense merci pour avoir pris autant soin de moi. Sache que j'ai beaucoup de chance que tu sois ma sœur. A mon tour, d'être là pour toi.

A mon père,
Pour avoir cru en moi, même dans les nombreux moments de doute.
Pour ta participation à ce projet, notamment avec les rendez-vous du mercredi dédiés aux statistiques. Je ne l'oublierai pas.

A Nicolas,
Tu ne m'as jamais lâché la main, même dans les moments difficiles. Tes preuves d'amour ont été un précieux réconfort pour moi. J'espère t'en apporter tout autant car tu le mérites. Que cette vie qui s'offre à nous soit la plus belle.

A toute ma famille

A ma belle-famille. Christiane et Henri, merci pour votre accueil si affectueux.

A mes amis, pour tous les souvenirs et ceux qu'ils nous restent à construire.

Juliette et Romain, quel chemin parcouru depuis le lycée Fabert ! On a affronté ensemble ces longues études grâce à notre trio de choc. Je vous souhaite pour le futur beaucoup de bonheur (ça commence plutôt bien...)

A Mimie, pour la chance de t'avoir eue à mes côtés stage après stage. Tu as été une co-interne géniale, tu es devenue ma meilleure amie.

A toutes les jolies rencontres que j'ai pu faire pendant ces années :
Fred, Emilie et Boris, Elise et Frédéric, Vanessa et Nicolas, Adeline et Bertrand, Virginie, Anne-Sophie.

A toutes les personnes qui m'ont aidée, de près ou de loin, pour arriver jusqu'ici. Un grand merci !

SERMENT

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

ABREVIATIONS

AAH Allocation aux Adultes Handicapés

ACTP Allocation Compensatrice pour Tierce Personne

AEEH Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

AGEFIPH Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées

AGGIR Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources

AJPP Allocation Journalière de Présence Parentale

ANAH Agence Nationale de l'Habitat

APA Allocation Personnalisée d'Autonomie

APF Association des Paralysés de France

ARS Agence Régionale de Santé

ASH Aide Sociale à l'Hébergement

ASI Allocation Supplémentaire d'Invalidité

ASPA Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées

AVS Auxiliaire de Vie Scolaire

CAF Caisse d'Allocations Familiales

CALM Centre Amélioration du Logement de la Moselle

CARSAT Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CASA Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie

CCAS Centre Communal d'Action Sociale

CCDSA Commission Consultative Départementale de Sécurité et d'Accessibilité

CIAS Centre Intercommunal d'Action Sociale

CD Conseil Départemental

CDAPH Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CDD/CDI Contrat à durée déterminée/indéterminée

CESU Chèque Emploi Service Universel

CG Conseil Général

CLIC Centre Local d'Information et de Coordination

CLIS Classe pour l'Inclusion ou l'Intégration scolaire

CMU Couverture Maladie Universelle

CNAMTS Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNSA Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSA Contribution Solidarité Autonomie

EHPA/ EHPAD Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées ou pour Personnes Âgées Dépendantes

ERP Établissement Recevant du Public

ESAT Établissement ou Service d'Aide par le Travail

ESMS Établissements et Services Médico-Sociaux

FIPHFP Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique

GEVA Guide d'Évaluation des besoins en compensation des personnes handicapées

GIR Groupe Iso-ressource

HAS Haute Autorité de Santé

INSEE Institut National de la statistique et des études économiques

IPP Incapacité Permanente

LPPR Liste des produits et prestations remboursables

MDPH Maison Départementale des Personnes Handicapées

MSA Mutualité Sociale Agricole

MTP Majoration pour Tierce Personne

OMS Organisation Mondiale de la Santé

PACS Pacte Civil de Solidarité

PAVE Plan de mise en accessibilité de la voirie et des aménagements des espaces publics

PCH Prestation de Compensation du Handicap

PCRTP Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne

PPS Projet Personnalisé de Scolarisation

PSD Prestation Spécifique Dépendance

RQTH Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

RSI Régime Social des Indépendants

SAAD Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

SAMETH Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés

SAMSAH Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés

SAVS Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SESSAD Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile

SPASAD Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile

SSIAD Service de Soins Infirmiers à Domicile

ULIS Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire

URSSAF Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

USLD Unités de Soins de Longue Durée

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	26
<u>Première partie : Les aides à l'autonomie.....</u>	27
I. Définitions.....	27
A) La dépendance.....	27
B) Les personnes âgées.....	27
C) Le handicap et les différents concepts.....	28
D) L'autonomie et sa perte.....	29
II. Historique.....	30
III. Législation.....	34
A) Les lois d'assistance.....	34
B) Les lois de reconnaissance.....	35
C) Les lois pour des droits.....	36
IV. Les structures compétentes.....	39
A) <u>Au plan national</u>	39
1. <i>Le système de protection sociale</i>	39
2. <i>La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie</i>	42
3. <i>L'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées</i>	44
4. <i>L'Agence Nationale de l'Habitat</i>	44
5. <i>Le Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées</i>	44
6. <i>Le Comité National des Retraités et des Personnes Âgées</i>	45
B) <u>Au plan régional</u> : Les Agences Régionales de Santé.....	45
C) <u>Au plan départemental</u>	46
1. <i>Les Maisons Départementales des Personnes Handicapées</i>	46
2. <i>Les Conseils Généraux</i>	47
3. <i>Le Fonds Départemental de Compensation</i>	47
4. <i>Les Conseils Départementaux Consultatifs des Personnes Handicapées</i>	48
5. <i>Les Comités Départementaux des Retraités et des Personnes Âgées</i>	48
6. <i>Les Commissions Consultatives Départementales de Sécurité et d'Accessibilité</i>	48
D) <u>Au plan local</u>	48
1. <i>Les Centres Locaux d'Information et de Coordination Gériatrique</i>	48
2. <i>Les Maisons du Département</i>	49
3. <i>Les Centres communaux d'Action Sociale</i>	49
4. <i>Les Points Info Famille</i>	50
5. <i>Les Réseaux de Santé Gériatriques</i>	50
6. <i>Les Commissions Communales pour l'Accessibilité aux Personnes Handicapées</i>	51
7. <i>Les Commissions Intercommunales pour l'Accessibilité aux Personnes Handicapées</i>	52
8. <i>Les Associations</i>	52

V. Les données statistiques.....	53
A) Les demandes d'aides.....	53
B) La démographie.....	54
1. En France.....	54
2. En Lorraine et en Moselle.....	55
C) Le handicap.....	56
D) La perte d'autonomie.....	57
E) Les dépenses liées à la perte d'autonomie.....	58
VI. Les différentes catégories d'aides.....	61
A) <u>Les aides humaines</u>	61
1. <i>Les aidants familiaux</i>	61
2. <i>Les aides professionnelles</i>	62
2.1. Les services à la personne, pour la vie quotidienne :	62
a) Les modes d'intervention.....	63
b) Les différents métiers.....	64
2.2. Les professionnels de santé :	65
a) Avec un exercice libéral.....	65
b) Au sein d'organisations.....	66
2.3. Les professionnels du social et de la justice, pour l'accompagnement et la protection juridique.....	68
B) <u>Les aides financières</u>	71
1. <i>Les aides départementales</i>	71
1.1. L'Allocation Personnalisée d'Autonomie.....	71
1.2. La Prestation de Compensation du Handicap (PCH).....	74
1.3. Les Autres aides sociales départementales avec l'aide aux repas et l'aide ménagère à domicile.....	78
2. <i>Les aides de l'État</i>	79
2.1. L'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH).....	79
2.2. Les Compléments à l'AAH.....	82
2.3. L'Allocation simple.....	83
2.4. Les aides fiscales.....	83
3. <i>Les aides des caisses de retraite</i>	85
3.1. L'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées.....	85
3.2. L'Allocation Supplémentaire d'Invalidité.....	86
3.3. L'Action Sociale avec le plan d'action personnalisé, les aides d'urgence et celles spécifiques aux pathologies.....	86
4. <i>L'action sociale des communes</i>	88
5. <i>Les aides de l'assurance maladie</i>	89
5.1. Les exonérations du ticket modérateur.....	89
5.2. Dans le cadre d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle.....	90
5.3. La Pension d'Invalidité.....	90
5.4. La Majoration pour Tierce Personne.....	92
5.5. L'Action Sociale.....	92
6. <i>L'Obligation Alimentaire</i>	93
7. <i>L'Assurance Dépendance</i>	93
C) <u>Les aides techniques</u>	93
1. <i>Les Centres experts</i>	94
2. <i>La prise en charge financière</i>	95
3. <i>Les aides techniques du quotidien</i>	96
4. <i>Les technologies d'assistance</i>	96

D) <u>Les aides pour l'aménagement de logement</u>	98
E) <u>Les aides à la mobilité</u>	100
1. <i>Les cartes facilitant la mobilité</i>	101
1.1. La carte européenne de stationnement.....	101
1.2. La carte d'invalidité.....	102
1.3. La carte de priorité pour personnes handicapées.....	103
2. <i>À pied ou en fauteuil</i>	103
3. <i>Les aides techniques à la mobilité</i>	104
4. <i>La voiture</i>	105
5. <i>Les transports en commun et autres services spécialisés</i>	107
6. <i>Les transports pour voyager</i>	108
F) <u>Les aides spécifiques aux enfants</u>	109
1. <i>la scolarisation</i>	109
1.1. En milieu ordinaire.....	111
a) la scolarisation individuelle.....	112
b) la scolarisation collective.....	113
1.2. En milieu adapté.....	115
1.3. À distance.....	117
2. <i>Le transport scolaire</i>	118
3. <i>Les services partenaires à la scolarisation</i>	118
4. <i>L'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH)</i>	119
5. <i>Le Complément de l'AEEH</i>	120
6. <i>L'Allocation Journalière de Présence Parentale</i>	122
7. <i>Les aides supplémentaires</i>	123
7.1. La PCH enfant.....	123
7.2. La bourse d'enseignement d'adaptation.....	124
7.3. L'Action Sociale.....	124
8. <i>La transition enfant-adulte</i>	124
G) <u>Les aides pour l'emploi</u>	125
1. <i>L'accès aux études supérieures</i>	125
2. <i>La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé</i>	126
3. <i>Le taux d'emploi de personnes handicapées rendu obligatoire</i>	127
4. <i>Le principe de non-discrimination</i>	128
5. <i>Les aides à l'insertion professionnelle</i>	128
5.1. La recherche d'emploi dans la Fonction Publique.....	129
5.2. La recherche d'emploi dans le secteur privé.....	129
5.3. Le maintien dans l'emploi.....	130
6. <i>La formation professionnelle</i>	131
7. <i>Les établissements spécifiques aux travailleurs handicapés</i>	132
8. <i>La sensibilisation de toute la société</i>	133
8.1. Les entreprises et la Fonction Publique.....	133
8.2. Les Régions.....	134
8.3. La population française.....	134
H) <u>Les aides aux aidants</u>	135
1. <i>Être aidant, un défi au quotidien</i>	135
1.1. Sur le plan personnel.....	135
1.2. Sur le plan professionnel.....	136
1.3. Sur le plan social.....	138
2. <i>Un rôle à mieux reconnaître</i>	138
3. <i>Un soutien à leur apporter</i>	139
4. <i>Un droit au répit</i>	140
4.1. En établissement.....	140
4.2. À domicile.....	141
5. <i>Des avantages financiers</i>	142

I)	<u>Les aides à l'hébergement</u>	143
1.	<i>Les lieux d'hébergement</i>	143
1.1.	Pour tous.....	143
1.2.	Pour les personnes âgées.....	144
1.3.	Pour les adultes en situation de handicap.....	146
1.4.	En cas de handicap psychique.....	147
2.	<i>Le financement</i>	148
2.1.	L'Aide Sociale à l'Hébergement.....	148
2.2.	L'Allocation de Placement Familial.....	149
2.3.	Les Aides au logement.....	149
2.4.	Les autres aides.....	150
J)	<u>Les aides pour la participation à la vie sociale</u>	151
1.	<i>les aides contre l'isolement</i>	151
1.1.	Le dispositif Monalisa.....	151
1.2.	Le soutien psychologique.....	151
1.3.	La solidarité intergénérationnelle.....	152
1.4.	Les loisirs.....	153
2.	<i>L'accès aux sports</i>	153
3.	<i>La culture</i>	154
4.	<i>Les aides aux vacances</i>	155
K)	<u>Les aides animalières</u>	157
VII.	L'évolution future des aides à l'autonomie.....	158
A)	Les nouveaux dispositifs.....	158
1.	<i>Des nouvelles structures</i>	158
2.	<i>Des nouvelles méthodes</i>	159
B)	La robotique.....	162
C)	La domotique.....	165
D)	Les objets et services connectés.....	166
	 <u>Deuxième partie :</u> Étude auprès des médecins généralistes de Moselle.....	 169
I.	Objectifs.....	169
II.	Matériel et méthode.....	169
A)	Type d'étude.....	169
B)	Population cible.....	169
C)	Rédaction du questionnaire.....	169
D)	Recueil des données.....	171
E)	Méthode statistique.....	171
III.	Résultats.....	172
A)	La population étudiée.....	172
B)	Caractéristiques générales.....	172
1.	<i>Le sexe</i>	172
2.	<i>L'âge</i>	173
3.	<i>L'année d'installation</i>	173
4.	<i>L'âge à l'installation</i>	174
5.	<i>Les conditions d'exercice des participants</i>	174
5.1.	Le mode d'exercice.....	174
5.2.	Le lieu d'exercice.....	174
6.	La part de la patientèle en perte d'autonomie.....	175
C)	Connaissances relatives aux aides à l'autonomie.....	175
1.	<i>Les connaissances générales</i>	175
2.	<i>Les connaissances en faveur des personnes âgées</i>	177
3.	<i>Les connaissances en faveur des personnes en situation de handicap</i>	180

D) Avis sur les obstacles à l'accès aux connaissances et à leur utilisation mis en évidence	182
1. <i>Le niveau de formation</i>	182
2. <i>Le niveau d'information</i>	184
3. <i>La complexité</i>	185
4. <i>Le niveau de communication et de coordination</i>	186
5. <i>Le niveau de motivation</i>	187
E) L'analyse statistique : Des facteurs influençant le niveau de connaissances.....	188
IV. Discussion.....	196
A) Concernant la partie matériel et méthode.....	196
1. <i>Choix du sujet</i>	196
2. <i>Choix de la population</i>	197
3. <i>Choix de la méthode</i>	197
4. <i>Critères de jugement</i>	198
5. <i>Biais</i>	199
B) Concernant les résultats.....	199
1. <i>Caractéristiques générales de la population étudiée</i>	199
2. <i>Intérêt pour le sujet</i>	201
3. <i>Connaissances sur les aides à l'autonomie</i>	201
4. <i>Obstacles à l'obtention des connaissances et à leur utilisation</i>	202
4.1. Un défaut de formation.....	202
4.2. Un défaut d'information.....	203
4.3. Une certaine complexité dans la pratique.....	203
4.4. Un défaut de communication et de coordination entre professionnels.....	204
4.5. Un manque de motivation.....	204
C) Concernant l'analyse statistique.....	205
D) Concernant les commentaires libres.....	207
V. Solutions envisageables pour améliorer la situation dans l'avenir.....	208
Conclusion.....	226
Bibliographie.....	228
Annexes.....	235
Annexe 1. Les CLIC de Moselle et les Maisons du Département.....	235
Annexe 2. Les réseaux de santé gériatriques en Moselle.....	236
Annexe 3. Les Équipes Spécialisées Alzheimer.....	239
Annexe 4. Grille AGGIR.....	241
Annexe 5. Barème des ressources et de la participation de la CARSAT Alsace-Moselle pour le plan d'action personnalisé au 1er janvier 2015.....	242
Annexe 6. Plafond de ressources applicables au 1er janvier 2015 pour bénéficier de l'aide de l'ANAH en tant que propriétaire occupant	242
Annexe 7. Barème des ressources et de la participation de la CARSAT AlsaceMoselle pour l'habitat et le cadre de vie au 1er janvier 2015.....	243
Annexe 8. Questionnaire de l'enquête envoyé aux médecins généralistes.....	244
Annexe 9. Courrier envoyé aux médecins généralistes de Moselle dans le cadre de notre étude.....	249

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I. Effectifs par classe d'âge en Lorraine au 1er janvier 2013.....	56
Tableau II. Prévalence des limitations fonctionnelles exprimée en nombre et pourcentage.....	57
Tableau III. Perte d'autonomie et dépendance selon les classes d'âge exprimées en nombre et pourcentage.....	58
Tableau IV. Détermination des groupes GIR selon le degré de perte d'autonomie.....	72
Tableau V. Plafonds des aides en euros par éléments de la PCH fixés au plan national au 1er janvier 2014.....	77
Tableau VI. Répartition du nombre d'enfants en situation de handicap en France selon le mode de scolarisation en 2013-2014.....	110
Tableau VII. Les 6 catégories de complément de l'AEEH: critères d'attribution et montants en vigueur au 1er avril 2014.....	121
Tableau VIII. Répartition des participants selon les classes d'âge et le sexe.....	173
Tableau IX. Répartition des médecins ayant participé ou non à des cours relatifs aux aides à l'autonomie pendant leur formation initiale selon les classes d'âge.....	183
Tableau X. Répartition des médecins ayant participé ou non à des cours relatifs aux aides à l'autonomie pendant leur formation continue selon les classes d'âge....	183
Tableau XI. Caractéristiques socio-démographiques des médecins participants selon leur niveau de connaissances.....	189
Tableau XII. Conception du rôle du médecin généraliste, pratiques et difficultés des participants en fonction du niveau de connaissances.....	191
Tableau XIII. Réponses aux questions sur les dispositifs d'aides à l'autonomie selon l'auto-évaluation des participants.....	194
Tableau XIV. Tableau récapitulatif des principales aides financières à l'autonomie et leurs conditions d'obtention.....	211
Tableau XV. Cumul ou non des principaux dispositifs financiers.....	218
Tableau XVI. Synthèse des catégories d'aides à l'autonomie.....	220

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Les réseaux de la CNSA.....	43
Figure 2. Répartition géographique des CLIC en Moselle.....	49
Figure 3. Répartition géographique des Réseaux de santé gériatriques en Moselle.....	51
Figure 4. Évolution du nombre de mesures d'aide sociale des CG destinées aux personnes âgées par rapport à la population âgée.....	53
Figure 5. Répartition des demandes adultes au sein des MDPH.....	54
Figure 6. Répartition des demandes enfants au sein des MDPH.....	54
Figure 7. Le vieillissement de la population française et sa projection dans l'avenir.....	55
Figure 8. Répartition des contributions financières publiques à la compensation de la perte d'autonomie en 2012.....	60
Figure 9. Répartition des éléments attribués de la PCH en pourcentage au cours de l'année 2013.....	76
Figure 10. Répartition des montants moyens attribués selon les éléments de la PCH.....	78
Figure 11. Taux de prévalence de l'AAH en France au 31 décembre 2012.....	81
Figure 12. Évolution des effectifs d'élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire (public/privé) estimée en milliers.....	110
Figure 13. Répartition géographique des ULIS en Moselle à la rentrée 2014-2015.....	115
Figure 14. Répartition géographique des établissements spécialisés scolarisant des élèves handicapés à la rentrée 2014-2015 en Moselle.....	117
Figure 15. Le nombre moyen de places en EHPAD pour 1000 habitants de 75 ans et plus en France en 2011.....	145
Figure 16. Couverture du territoire national par les dispositifs MAIA.....	160
Figure 17. Illustration du PAERPA.....	161
Figure 18. Le principe illustré de la réinnervation musculaire ciblée.....	163
Figure 19. Répartition des participants selon le sexe.....	172
Figure 20. Répartition de l'année d'installation des participants.....	174

Figure 21. Répartition du mode d'exercice des participants.....	174
Figure 22. Répartition du lieu d'exercice des participants.....	175
Figure 23. Auto-évaluation du niveau de connaissances sur les aides à l'autonomie par les participants.....	175
Figure 24. Part des médecins ayant connaissance du rôle de l'ANAH.....	176
Figure 25. Part des médecins ayant connaissance de certains nouveaux dispositifs d'aides à l'autonomie.....	176
Figure 26. Part des médecins ayant connaissance de l'action sociale des caisses de retraite.....	177
Figure 27. Connaissance des critères d'attribution de l'action sociale des caisses de retraite par les répondants.....	177
Figure 28. Connaissance des critères d'attribution de l'APA par les répondants.....	178
Figure 29. Connaissance des lieux de retrait des dossiers APA par les répondants.....	179
Figure 30. Connaissance des aides financées par le plan d'aide APA d'après les répondants.....	179
Figure 31. Connaissance des critères d'attribution de la PCH par les répondants...	180
Figure 32. Connaissance des aides compensées par la PCH d'après les répondants.....	181
Figure 33. Selon quel(s) taux d'incapacité, l'AAH est-elle accordée d'après les répondants ?.....	181
Figure 34. Répartition des médecins ayant participé à des cours relatifs aux aides à l'autonomie pendant leur formation initiale et continue.....	182
Figure 35. Formats du guide d'information imaginés par les participants.....	184
Figure 36. Avis des médecins de l'étude sur les reproches souvent faits concernant les démarches pour les aides à l'autonomie.....	185
Figure 37. Nature des questions en consultation qui posent des difficultés aux médecins concernant les aides à l'autonomie.....	185
Figure 38. Part des médecins ayant construit un partenariat avec les assistantes sociales du secteur.....	186
Figure 39. Pratique des médecins de l'étude concernant l'information des patients sur les aides à l'autonomie.....	187
Figure 40. Pratique des médecins de l'étude concernant l'origine des demandes d'aides à l'autonomie.....	187

INTRODUCTION

Vivre plus longtemps et mieux est un enjeu majeur pour la société française qui doit affronter, comme plusieurs autres pays européens, une véritable « *révolution de l'âge* ». C'est aussi le défi quotidien auquel sont confrontées les personnes en situation de handicap.

En effet, de nos jours, les personnes dites en perte d'autonomie doivent encore se battre pour trouver une vraie place de citoyen alors que le respect des libertés individuelles et des droits de l'Homme est pourtant fondamental dans notre pays.

Pour qu'elles se sentent vraiment intégrées, des progrès doivent être réalisés par la société en se montrant plus tolérante pour accepter leurs différences et favoriser leur autonomie. C'est donc une réflexion globale qui doit être amorcée afin de lutter contre les discriminations car les idées reçues ont la dent dure. Par exemple, plus de 8 Français sur 10 considèrent encore aujourd'hui qu'une personne en situation de handicap est une charge lourde pour sa famille [1].

Pour changer ce regard, des campagnes de sensibilisation comme « *Piétinons les préjugés* » émergent. L'État s'est lui aussi engagé en légiférant, en créant des organisations et en multipliant les aides à l'autonomie [1].

Les aides à l'autonomie sont un « *ensemble de réponses financières ou non, pouvant être apportées à toute personne, quel que soit son âge, pour compenser ses limitations d'activité, c'est à dire les impossibilités ou les difficultés durables à accomplir seul et sans aide les gestes de la vie quotidienne et de la participation à la vie sociale* » [2].

Cependant, il peut être délicat pour n'importe quel citoyen de se repérer dans ce dédale d'offres et la recherche d'un référent capable de le guider s'avère souvent nécessaire.

C'est pourquoi, les médecins généralistes, outre leurs missions essentielles de soins et de prévention, exercent un rôle de pivot central dans l'orientation vers ces aides.

Pour accomplir au mieux ce rôle, un minimum de connaissances est requis. Pourtant, ces dernières sembleraient faire défaut d'après plusieurs études.

Dix ans après la promulgation de la loi dite handicap, il nous paraissait ainsi essentiel de voir quel était véritablement leur niveau de connaissances en la matière.

Dans une première partie, nous rappellerons l'origine ainsi que l'organisation actuelle des aides à l'autonomie, en exposant ses différentes composantes dans le système français et son évolution prévisible dans le futur.

Secondairement, notre étude réalisée auprès de 216 médecins généralistes installés en Moselle évaluera concrètement leur degré de connaissances sur les aides à l'autonomie destinées à leurs patients.

Par ailleurs, nous essayerons de déterminer l'existence de facteurs influençant ce niveau de connaissances ainsi que les obstacles rencontrés dans la pratique pour l'accès aux connaissances et leur déploiement au quotidien. Enfin, nous suggérerons quelques solutions pour tenter d'y remédier.

PREMIÈRE PARTIE : Les aides à l'autonomie

I. Définitions

Comme le disait Émile Durkheim, il existe une réelle confusion dans l'utilisation de certains mots « *qu'on emploie couramment et avec assurance, comme s'ils correspondaient à des choses bien connues et définies, alors qu'ils ne réveillent en nous que des notions confuses, mélanges indistincts d'impressions vagues, de préjugés et de passions* » [3].

A) La dépendance [3]

Pour Albert Memmi, en 1979, « *la dépendance est une relation contraignante plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe ou une institution, réels ou idéels, et qui relève de la satisfaction d'un besoin* ».

Le dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement (1984) donne une première définition officielle de la dépendance qui est « *une situation d'une personne qui, en raison d'un déficit anatomique ou d'un trouble physiologique, ne peut remplir des fonctions, effectuer des gestes essentiels à la vie quotidienne sans le concours d'autres personnes ou le recours à une prothèse, un remède etc* ».

La loi adoptée en 1997 relative à la Prestation Spécifique Dépendance (PSD), la décrit comme l'état de la « *personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière* ».

B) Les personnes âgées [3]

Il n'existe pas de définition légale. En France, un seuil arbitraire a été fixé initialement à l'âge du départ à la retraite c'est à dire, pour les personnes âgées de plus de 60 ans.

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), c'est une personne âgée de 65 ans et plus. D'ailleurs, l'Institut National de la statistique et des études économiques (INSEE) et l'Institut national des études démographiques utilisent aussi cette définition.

De plus en plus, l'expression « *personnes âgées* » est destinée aux plus de 75 ans.

La première utilisation de l'adjectif « dépendant » pour qualifier les personnes âgées date de 1973, lorsque le Dr Delomier alors médecin en Long Séjour écrit : « *le vieillard dépendant a donc besoin de quelqu'un pour survivre, car il ne peut, du fait de l'altération des fonctions vitales, accomplir de façon définitive ou prolongée, les gestes nécessaires à la vie* »

Cette notion est reprise dans un rapport de 1979 sur l'amélioration de leur qualité de vie par Maurice Arreckx : « *on entend par personne âgée dépendante tout vieillard qui, victime d'atteintes à l'intégralité de ses données physiques et psychiques, se trouve dans l'impossibilité de s'assumer pleinement, et, par là-même, doit avoir recours à une tierce personne, pour accomplir les actes ordinaires de la vie.* »

C) Le handicap et les différents concepts [4]

Vient de la contraction de 3 mots anglais « *hand in cap* » signifiant la main dans le chapeau en référence à la pratique de troc au XVII^{ème} siècle, où l'arbitre dit *handicaper* vérifiait que l'échange se fasse à parts égales. Il déterminait la somme pour compenser la différence de valeurs entre les deux objets échangés, qui était alors placée dans le chapeau. Le handicap traduisait donc la situation défavorable, de celui qui avait tiré le mauvais lot.

Puis son utilisation est faite dans le domaine hippique dès 1827 dans le but « *d'égalisation des chances* » où les cavaliers émérites devaient porter des poids afin d'ajuster les chances de réussite pour tous.

La Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps adoptée par l'OMS en 1980 décrit les différents stades qui conduisent à partir d'une lésion au handicap. Ainsi, il y a la déficience, qui entraîne des incapacités créant alors un désavantage social ou handicap [5].

La déficience correspond à « *toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction physiologique, psychologique ou anatomique* » [5]. C'est la forme extériorisée de la maladie, de l'accident ou de la malformation.

L'incapacité, c'est « *toute réduction résultant d'une déficience de la capacité d'accomplir une action dans les limites considérées comme normales pour un être humain* » [5].

Le handicap est alors le préjudice qui résulte des déficiences et des incapacités. Ce désavantage social « *limite ou empêche l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels* » [5].

En 2001, la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé modifie ces concepts [5].

L'incapacité est remplacée par les limitations d'activité qui sont « *les difficultés qu'un individu peut éprouver dans l'accomplissement d'une tâche ou d'une action* ».

Le désavantage est remplacé par la restriction de participation qui « *se détermine en comparant la participation d'un individu à celle qu'on attend dans telle culture ou telle société d'un individu sans limitation d'activités* ».

En France, l'article 2 de la loi du 11 février 2005 [6], en donne une définition juridique. Constitue un handicap « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ». C'est un obstacle lors de la confrontation d'une personne avec la réalité de son environnement physique, social et culturel.

Le handicap mental est dû à une limitation des facultés cognitives, plus particulièrement de l'efficacité intellectuelle [5].

Le handicap psychique lui, reconnu avec la loi de 2005, résulte de troubles cognitifs d'origine neurologique mais, plus souvent, d'une pathologie mentale entraînant une limitation de la participation sociale [5].

D) L'autonomie et sa perte

L'autonomie vient du grec « *autonomos* », se donner à soi même sa propre loi. C'est la capacité pour un individu de se gouverner lui-même. Elle présuppose la capacité de jugement et la liberté de pouvoir agir en fonction de son jugement : c'est l'autonomie décisionnelle. C'est aussi, sur le plan fonctionnel, la capacité pour une personne d'effectuer sans aide ni restriction les principales activités de la vie courante, qu'elles soient physiques, mentales, sociales ou économiques, et de pouvoir s'adapter à son environnement en opposition à la dépendance [3].

Pour les auteurs du corpus de gériatrie en 2000, ces termes « *ne sont pas opposés car l'autonomie se réfère au libre arbitre de la personne alors que la dépendance est définie par le besoin d'aide* ».

La perte d'autonomie [3] apparaît pour la première fois dans un arrêté ministériel relatif à l'enrichissement du vocabulaire relatif aux personnes âgées, à la retraite et au vieillissement. C'est « *l'impossibilité pour une personne d'effectuer certains actes de la vie courante dans son environnement habituel* ».

Contrairement au caractère discriminant de la notion de dépendance, ce terme permet de réduire le clivage arbitraire lié à l'âge. En effet, elle peut se rencontrer quel que soit l'âge et quelle qu'en soit son origine.

Néanmoins, cela entraîne une confusion entre la perte d'autonomie décisionnelle et fonctionnelle. Il conviendrait de privilégier un nouveau vocabulaire déjà utilisé dans les autres pays européens avec l'expression Long Term Care qui est relative « *aux besoins de soins de longue durée* ».

II. Historique [7]

Dans l'Antiquité :

En Mésopotamie, l'infirmité était une punition des Dieux conséquence de la faute des hommes qu'il fallait expier. Elle était annonciatrice de malheur et renvoyait à la malédiction.

Pour le Judaïsme, c'était un synonyme d'impureté. D'après le Lévitique « *Nul de tes descendants à quelque génération que ce soit, ne s'approchera pour offrir l'aliment de son Dieu s'il a une infirmité. Car aucun homme ne doit s'approcher s'il a une infirmité que ce soit, un aveugle ou un boiteux, un homme défiguré, un bossu, un rachitique, un homme atteint d'ophtalmie, de dartres ou de plaies purulentes ...* ». Ils étaient alors exclus des lieux de culte.

Au contraire, pour la civilisation égyptienne, l'infirmité était tolérée et intégrée car due à un phénomène magique « *le Cosmos* ».

Pour les Gréco-romains, une distinction était faite entre la difformité et la faiblesse ou maladie. La pratique de l'exposition était alors courante pour l'enfant porteur de différence. Après la décision des responsables de la cité, il était emmené hors de l'espace social où il mourait au bon vouloir des Dieux sans être directement tué. La faiblesse était mieux comprise car les malades ou blessés de guerre étaient gardés par leurs proches et recevaient des aides publiques.

Le Haut Moyen-Age a vu la doctrine chrétienne ériger en vertu l'attitude charitable envers les infirmes, les pauvres et les miséreux qui devaient être aimés et secourus.

L'infirme était « *un être social pour exercer la charité puisqu'il faisait partie de la création et n'était plus d'abord du côté du péché, de la faute, [...] pas plus que du côté de la différence inintégrable* ».

Les premiers « *Hôtels-Dieu* » destinés à les recueillir étaient alors édifiés. En parallèle, le système de la bouffonnerie était institué donnant aux infirmes un rôle social qui grâce à la dérision permettait de rappeler la fragilité de la condition humaine.

Dès le XIV^{ème} siècle, les peurs suscitées par cette catégorie de la population, considérée comme un concentré de toutes les tares, ont conduit à sa mise à l'écart (Cour des Miracles) puis à son enfermement avec la construction notamment de l'Hôpital Général - La Salpêtrière en 1656 par Louis XIV.

Pendant le XVII^{ème} siècle, Louis XIV avait décidé de la création de l'Hôtel des Invalides pour prendre en charge les vétérans de guerre accueillis dès 1674 en étant à la fois un hospice, un hôpital, un couvent et une caserne.

Certaines corporations de métiers organisaient un premier dispositif d'entraide basé sur une assistance limitée entre les professionnels adhérents. Mais un décret en 1791 y a mis fin [8].

Le Siècle des Lumières ou XVIII^{ème} a vu émerger des nouveaux courants de pensée tels que la raison, la science et le respect de l'Humanité. Diderot, avec sa Lettre sur les aveugles à l'usage de ceux qui voient, publiée en 1749, montrait alors que « *tous les esprits se valent dès lors que l'on y met l'instruction et l'éducation qu'il faut* ». Cette première prise de conscience sociale du handicap a encouragé le développement d'établissements spécialisés

comme le premier institut pour les sourds-muets par l'Abbé de l'Épée, la première école gratuite pour les jeunes aveugles par Valentin Haüy en 1785 et l'institution pour aliénés de Pinel (inventeur de la psychiatrie).

En 1790, le principe du devoir d'assistance par la Nation est pour la première fois affirmé devant l'Assemblée constituante, par le Comité de mendicité présidé par La Rochefoucault-Liancourt.

En 1889, un congrès s'était réuni à Paris pour rédiger la charte de l'assistance.

Pour encourager ce devoir d'assistance, des lois d'aide sociale ainsi que des sociétés de secours mutuels, ancêtres des mutuelles, sont créées. L'adhésion à ces sociétés reconnues **dès 1835** restait alors libre car coûteuse et dépendait de la responsabilité individuelle de chacun [8].

Après cette période d'assistance, la reconnaissance du handicap et sa réparation s'est développée **dès la fin du XIX^{ème} siècle** tout d'abord par les employeurs (accidentés de travail), puis par la Nation tout entière.

Au début du XX^{ème} siècle, apparaissent des expériences en faveur de l'assurance obligatoire de certains risques sociaux pour les salariés de l'industrie et du commerce (1910), les agriculteurs (1928) puis tous les salariés titulaires d'un contrat de travail [8].

Suite à la Première Guerre Mondiale, de nombreux mutilés reviennent des conflits et doivent être réinsérés dans la société qui leur est redevable. C'est alors le début de « *la rééducation fonctionnelle et professionnelle* » avec l'apparition des premières prothèses, le développement des services de reclassement professionnel et des emplois réservés.

Pour les enfants, la scolarité est rendue obligatoire par **la loi Jules Ferry de 1882**. Des classes de perfectionnement au sein des écoles sont autorisées par le ministère de l'Instruction Publique pour les « *anormaux d'écoles* » ou « *arriérés* » **en 1909** à l'initiative des communes et départements. Une commission interministérielle de l'enfance déficiente et en danger moral présidée par le Professeur Henri Wallon est formée **en 1936**. Une charte en a découlé préconisant un dépistage systématique des déficiences chez l'enfant et proposant leur orientation en institut médico-pédagogique ou en classe de perfectionnement.

La Seconde Guerre Mondiale a fait prendre conscience de l'importance d'un système de Sécurité sociale alors mis en place par les ordonnances de **1945** afin de couvrir les différents risques. Une généralisation de ce principe à toute la population est envisagée **en 1946** mais les professions non salariées non agricoles s'y sont opposées.

Pourtant, la Constitution de la République Française du **27 octobre 1946** a reconnu dans son préambule que « *tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence* » [8].

Progressivement, la couverture sociale s'est étendue à l'ensemble des Français mais de manière dispersée entre de multiples institutions [8].

De plus, les bureaux de bienfaisance (loi du 7 Frimaire an V) et ceux d'assistance (Loi 15 juillet 1883) ont été rendus obligatoires dans chaque commune puis regroupés **en 1953**

pour former les bureaux d'aide sociale [9].

En 1957, le terme handicap entre de manière officielle dans le droit français avec la loi sur les travailleurs handicapés [4].

Les services d'éducation spécialisée sont ouverts en **1963** du fait de l'obligation scolaire aux enfants *infirmes*, et le Certificat d'aptitude à l'éducation des enfants et des adolescents déficients ou inadaptés est créé.

L'intégration des personnes handicapées est devenue une obligation nationale **en 1975** avec la loi d'orientation en leur faveur [10]. L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) était alors la seule aide financière disponible pour la prise en charge de la perte d'autonomie car « *accordée à tout handicapé [...] lorsque son incapacité permanente est au moins égale au pourcentage fixé [par décret], soit que son état nécessite l'aide effective d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence, soit que l'exercice d'une activité professionnelle lui impose des frais supplémentaires* » et cela sans condition d'âge [10].

La prise en charge des personnes âgées, quant à elle, a toujours relevé du principe de la solidarité entre les générations, sans politique sociale spécifique.

Mais, au début **des années 1960**, le Premier Ministre a créé la Commission d'étude des problèmes liés à la vieillesse dont Laroque était le président. Son rapport en 1962 prévoyait alors la nécessité d'intégrer les personnes âgées dans la société et la mise en place d'une politique d'aide au maintien à domicile avec la création de services sociaux de toute nature.

L'apparition **dans les années 1980**, de la catégorie des personnes âgées dépendantes dans les textes officiels, va pousser les politiques à proposer une prestation spécifique aux personnes âgées d'au moins 60 ans séparant les « personnes âgées » des « personnes handicapées » en deux catégories distinctes. Les Sénateurs pensaient alors qu'il fallait distinguer le handicap congénital, des handicaps qui « *apparaissent naturellement par suite d'un vieillissement normal de l'être humain* » [3]. Cette séparation administrative et institutionnelle ne relevait pas des besoins de la personne mais d'un critère arbitraire lié à l'âge.

Le 6 janvier 1986, les bureaux d'aide sociale devenaient les centres communaux d'action sociale (CCAS) [9].

Une compétence globale dans le vaste champ de l'action médico-sociale est attribuée par l'État aux départements, consécutivement aux lois de décentralisation [10]. **En 1994**, des dispositifs expérimentaux, comme la Prestation expérimentale dépendance, sont donc mis en place dans douze départements volontaires, mais prenant des formes variables d'un département à l'autre. Cela pouvait être une prestation spécifique créée pour l'occasion par les régimes de retraite participant à cette expérimentation, soit une simple amélioration de l'ACTP [10].

Parallèlement au développement de l'aide sociale départementale (aides ménagères, aide sociale à l'hébergement -ASH- et accueil familial), la PSD apparaissait **en 1997** dans l'attente du vote d'une loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes. Elle était accordée aux plus dépendants, sous conditions de ressources et récupérable sur succession. En 2001, 145 000 personnes en bénéficiaient [10].

Cependant, le mot dépendance est vite banni des rapports officiels car ce qualificatif est « *un véritable facteur d'exclusion de la société* » [3]. Alors, on ne parle plus de dépendance mais de perte d'autonomie avec l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) entrée en vigueur le **1er janvier 2002** [10].

Pendant l'été 2003, la canicule a touché toute l'Europe et la France s'est retrouvée alors complètement désorganisée. 14 800 morts supplémentaires sont ainsi recensés.

Les politiques ont donc décidé d'élaborer un plan Solidarité et Vieillesse, créant une Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ainsi que la journée du même nom. Il n'y pas eu de réforme globale enclenchée. Mais la convergence des politiques de soutien en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées est amorcée. Elle sera confortée avec les orientations de la loi du **11 février 2005** [6].

La prestation de compensation du handicap (PCH) est mise en place **en 2006** en remplacement de l'ACTP. Elle prend mieux en compte la perte d'autonomie avec des critères de limitations fonctionnelles au lieu d'un seuil d'incapacité [10].

Bien que la plupart des Français estiment que « l'on se préoccupe bien des personnes âgées actuellement », le gouvernement cherche à adapter notre société au vieillissement avec l'adoption d'un projet de loi voté par le Parlement **le 17 septembre 2014** [11]. Il est en attente d'être examiné par le Sénat. La loi et ses décrets d'application ne devraient être votés que fin 2015 et entrer en vigueur début 2016. De nombreuses mesures sont prévues afin de mobiliser la société toute entière face au vieillissement, qui peut aussi avoir des effets positifs [11]. C'est le cas, par exemple, de **la Silver Économie**.

Cette « *industrie de pointe du vieillissement* » est en plein développement. Elle est porteuse de croissance et d'emplois car elle touchera plusieurs milliards de seniors au niveau mondial en 2050. C'est la raison pour laquelle, la France veut s'inscrire dans ce marché en tant que leader mondial avec le déploiement d'activités industrielles et de services pour les âgés [11].

III. Législation [10]

Tout d'abord, les lois ont permis d'apporter une assistance en cas de perte d'autonomie.

A) Les lois d'assistance

Ce fut le cas avec **la loi du 15 juillet 1893** prévoyant une assistance médicale gratuite pour tout français malade et privé de ressources puis celle **du 14 juillet 1905** dite d'assistance aux vieillards, infirmes et incurables qui étaient alors accueillis gratuitement dans les hôpitaux ou les hospices [8].

Pour les mutilés et victimes de la guerre, **la loi du 31 mars 1919** a institué la création des pensions, des centres d'appareillage et de la rééducation fonctionnelle.

L'assistance a été ensuite déployée sous la forme d'aides financières comme **l'aide sociale aux personnes âgées** (article L. 113-1 code de l'action sociale et des familles reprenant l'article 26 du décret 53-1186 du **29 novembre 1953** portant réforme des lois d'assistance).

Ainsi, « *toute personne âgée de soixante-cinq ans privée de ressources suffisantes peut bénéficier, soit d'une aide à domicile, soit d'un placement chez des particuliers ou dans un établissement. Les personnes âgées de plus de soixante ans peuvent obtenir les mêmes avantages lorsqu'elles sont reconnues inaptes au travail* ». L'aide ménagère apparaît dans les premiers textes en 1954.

Bien que ces aides soient établies pour tout le territoire national, ce sont les départements par le biais du Conseil Général (CG), qui se voient confier l'application de cette mission d'assistance auprès des personnes âgées avec **la loi du 7 janvier 1983**.

Ils peuvent même, comme le décrit **l'article L.121-4 du code de l'action sociale et des familles**, « *décider de conditions et de montants plus favorables que ceux prévus par les lois et règlements applicables aux prestations. Le département assure la charge financière de ces décisions* ».

Cette compétence départementale est réaffirmée par **la loi du 13 août 2004**. Ainsi, ils sont chargés d'élaborer une politique dédiée aux âgés et de piloter la coordination gérontologique (article 56) ainsi que l'autorisation et le financement des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) [12].

Plusieurs dispositifs d'assistance se sont succédés. La Prestation expérimentale dépendance a été appliquée dans quelques départements (**l'article 38 de la loi du 25 juillet 1994** relative à la sécurité sociale).

Puis, **la loi du 24 janvier 1997** a instauré la PSD : « *toute personne résidant en France et remplissant des conditions d'âge, de degré de dépendance et de ressources fixées par voie réglementaire a droit, sur sa demande, à une prestation en nature dite prestation spécifique dépendance* ».

Finalement, l'APA est créée par **la loi du 20 juillet 2001** pour contribuer à la prise en charge financière de la perte d'autonomie des personnes âgées [12]. « *Toute personne âgée, résidant en France, qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental, a droit à une allocation permettant une prise en charge adaptée à ses besoins. [...] définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national* ».

Face à une recrudescence de ses bénéficiaires, l'APA a dû être amendée par **la loi n° 2003-289 du 31 mars 2003** pour en garantir son financement [12].

Certes, l'assistance notamment financière est principale pour les personnes en perte d'autonomie. Néanmoins, une meilleure reconnaissance de la société s'avère nécessaire pour améliorer leur intégration.

B) Les lois de reconnaissance

La reconnaissance doit se faire par toutes les dimensions de la société, à commencer par le milieu professionnel.

Les accidents de travail potentiellement responsables de situation de handicap ont été reconnus par **la loi du 9 avril 1898**. La prise en charge relève alors de l'employeur par le principe de la responsabilité sans faute dans une logique de réparation [8].

La loi du 31 mars 1919 connue sous le nom de la Charte du Combattant, institua le droit à réparation pour les Anciens Combattants et Victimes de Guerre. Un barème d'évaluation pour déterminer le montant de la pension d'invalidité est fixé par le ministère des Anciens Combattants.

Des emplois sont obligatoirement réservés aux mutilés et victimes de la guerre en milieu ordinaire de travail avec **la loi du 26 avril 1924**.

L'aide à la réinsertion professionnelle, avec l'allocation de compensation aux grands infirmes travailleurs et l'accès à la formation professionnelle, est généralisée par **la loi du 2 août 1949** dite Cordonnier.

Mais il faut attendre **la loi du 23 novembre 1957** pour parler de travailleur handicapé pour la première fois. Un droit au reclassement professionnel de tous les handicapés est prévu ainsi qu'une obligation d'emploi. En théorie, les effectifs des entreprises devaient compter 10% de *mutilés de guerre* ou autres *infirmes*. Cependant, la loi ne fut pas appliquée étant donné l'absence de contrôle efficace et d'obligation de résultats.

Afin d'y remédier, **la loi n° 87-517 du 10 juillet 1987** a formé l'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH). Le taux obligatoire d'emploi de travailleurs handicapés est redescendu à 6% et le versement d'une contribution à l'AGEFIPH est prévu pour les entreprises privées qui ne respectent pas ce quota [4]. Par ailleurs, **l'article 9** de cette loi a supprimé l'appellation « *débile mental* » utilisée dans les textes officiels et administratifs pour la remplacer par « *déficient intellectuel* ».

C'est **la loi n° 75-534 du 30 juin 1975** dite loi d'orientation en faveur des personnes handicapées qui veut véritablement marquer la reconnaissance du handicap par toute la

société en ouvrant le regard sur leur place en son sein [13]. Dès son premier article, elle affirme que « *la prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux constituent une obligation nationale* » [13]. Au principe d'assistance, se substitue alors la notion de solidarité nationale [13].

Elle sera d'ailleurs inscrite dans **la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004** relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées créant la CNSA [12].

Une fois mieux intégrées dans la société, les personnes en perte d'autonomie doivent disposer de droits leur permettant d'être un citoyen comme tout à chacun.

C) Les lois pour des droits

Les droits des personnes en perte d'autonomie sont tout d'abord définis au plan international.

La déclaration des droits des personnes handicapées adoptée par l'Organisation des Nations Unies **le 9 décembre 1975** rappelle qu'elles ont « *les mêmes droits civils et politiques que les autres êtres humains* », le droit au respect de la dignité humaine, à la sécurité économique et sociale ainsi que toutes les mesures permettant d'acquérir l'autonomie la plus large possible.

D'ailleurs, **la Charte sociale européenne du Conseil de l'Europe du 9 décembre 1989** engage dans son article 15, tous les États membres à prendre ces mesures. Ils doivent garantir aux personnes handicapées l'exercice du droit à l'autonomie, à l'intégration sociale et à la participation à la vie de la communauté.

En France, c'est **la loi n° 90-602 du 12 juillet 1990** relative à la protection des personnes contre les discriminations en raison de leur état de santé ou de leur handicap dans les textes du code pénal ou du travail qui va amorcer cette prise de conscience.

L'Union Européenne reconnaît dans **le Traité d'Amsterdam signé le 2 octobre 1997** son engagement dans la lutte contre toutes les formes de discriminations. « *Le Conseil peut prendre les mesures nécessaires en vue de combattre toute discrimination fondée sur le sexe, la race ou l'origine ethnique, la religion ou les convictions, un handicap, l'âge ou l'orientation sexuelle* ». C'est pourquoi, l'âge ne doit pas être non plus un facteur de discrimination.

Dès 1987, la Fondation Nationale de Gérontologie a proposé une **Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante**. Dans sa dernière version de 2007, elle s'adresse à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance. Elle souligne dans son préambule que « *les personnes âgées doivent pouvoir continuer à exercer leurs libertés et leurs droits et assumer leurs devoirs de citoyens* ».

L'affirmation de droits s'étend aux usagers de tous les établissements et services médico-sociaux (ESMS) avec **la loi du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale [13]. Ainsi, les valeurs de dignité, intégrité, respect de la vie privée, intimité, sécurité, liberté de choix notamment entre des prestations, accompagnement individualisé et de qualité,

consentement éclairé, confidentialité, information doivent être garantis à toutes les personnes accueillies dans ces établissements [13].

Des outils sont développés pour les mettre en œuvre. Il s'agit du livret d'accueil, la charte des droits et liberté, le contrat de séjour, le médiateur, le règlement intérieur des établissements, le projet d'établissement, le conseil de la vie sociale. Ce dernier est composé majoritairement de résidents leur offrant alors un droit de regard et d'expression dans l'institution [13].

Loin d'une vision paternaliste de la médecine, c'est l'émergence du concept de « démocratie sanitaire » où la personne devient le véritable acteur de sa santé. Ce principe est développé avec **la loi n°2002-303 du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Les droits essentiels des patients, comme ceux de recevoir une information médicale, d'accéder directement à son dossier médical, de consentir aux soins et de pouvoir désigner une personne de confiance sont énoncés. Les associations d'usagers du système de santé et les réseaux de santé sont officialisés.

La participation des représentants des usagers au sein de nombreuses instances est favorisée par **la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009** portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Elle garantit un égal accès à des soins sûrs et de qualité.

Un guide a récemment été publié par le Ministère des Affaires sociales et de la Santé en partenariat avec le Défenseur des droits intitulé « *Usagers de la santé, votre santé, vos droits* » pour justement les rappeler car ils restent encore trop souvent méconnus.

Le Parlement a affirmé, lors du vote de **la loi n° 2002-273 du 17 janvier 2002** de modernisation sociale, le droit de chaque personne handicapée à la compensation des conséquences de son handicap. Elle relève de la solidarité nationale d'après **la loi du 4 mars 2002**.

Mais c'est véritablement **la loi n° 2005-102 du 11 février 2005** qui va définir les contours de ce nouveau droit universel à la compensation « *quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie* » [6][14]. Cette loi veut changer la vision des droits des personnes en situation de handicap. Ils ne doivent plus être stigmatisés par un statut spécifique, mais bien au contraire être des citoyens à part entière [6][13].

En effet, dans une volonté d'insertion à la société, c'est le droit commun qui doit prendre en compte les besoins de cette population et la placer au centre des dispositifs pour tenter d'y répondre. Les moyens de réponse sont : la première définition juridique du handicap, la reconnaissance du handicap psychique, la création des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ainsi qu'une double obligation d'accessibilité au sens large et de compensation selon le projet de vie [6][13].

Il faut permettre « *l'accès de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte handicapé aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et son maintien dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie* » [6]. Ainsi, la loi garantit l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées [6][13].

Cette place de citoyen est réaffirmée avec le principe du droit de vote même pour les personnes majeures sous tutelles [6]. **La loi n° 2007-308 du 5 mars 2007** qui réforme la protection juridique des majeurs l'a confirmé. On ne parle plus « *d'incapables majeurs* » mais

de « *majeurs protégés* » pour les personnes rendues vulnérables par la vieillesse et le handicap.

La nouvelle **Convention sur les droits des personnes handicapées** a été signée par l'Organisation des Nations Unies en 2006 et ratifiée **le 18 février 2010** par la France.

Comme les autres pays signataires, la France considère que « *la notion de handicap évolue et que le handicap résulte de l'interaction entre des personnes présentant des incapacités et les barrières comportementales et environnementales qui font obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres* » [15]. La France s'engage à promouvoir et protéger les droits civils, politiques, économiques, culturels et sociaux des personnes handicapées sur la base de l'égalité avec les autres citoyens dans une nouvelle logique qui est « *l'inclusion accompagnée* » [15].

Dix ans après la promulgation de la loi de 2005, des mesures ont été appliquées comme nous aurons l'occasion de le voir dans les autres chapitres. Cependant, il reste encore beaucoup à faire pour améliorer leur déploiement.

Par exemple, concernant la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie, elle était normalement fixée à la date du 1er janvier 2015 [14]. Mais face au retard pris, le Gouvernement a voté **la loi n°2014-789 du 11 juillet 2014 et l'ordonnance gouvernementale du 26 septembre 2014** [15].

Les agendas d'accessibilité programmée (Ad'Ap) qui sont des documents de programmation portant engagement sur un calendrier précis des travaux de mise en accessibilité, deviennent obligatoires pour tous les propriétaires ou exploitants d'établissements recevant du public (ERP). Ils sont punissables d'une amende de 45 000 euros dans le cas contraire. Ces agendas doivent ainsi être déposés avant le 27 septembre 2015 à la mairie du lieu d'implantation de l'établissement [15].

Les MDPH doivent faire face à une recrudescence d'activité et la qualité du service rendu en pâtit car les délais de traitement restent trop longs, le suivi des décisions n'est pas toujours assuré ni compris des usagers.

De plus, des disparités régionales restent notables malgré les efforts faits par la CNSA pour les effacer [14]. **La loi du 28 juillet 2011** dite loi Blanc, a donc apporté quelques modifications à leur fonctionnement. Les MDPH ont à présent des objectifs et des moyens fixés de façon pluriannuelle dans une convention signée avec l'État, le CG, Pôle emploi, l'AGEFIPH, le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP) et la CNSA pour tous travailler en réseau.

Une meilleure coordination paraît en effet essentielle entre les différents partenaires pour éviter par exemple les ruptures dans les parcours de scolarisation [14].

IV. Les structures compétentes

A) Au plan national

1. Le système de protection sociale [8]

L'accès à une couverture sociale est essentiel. La protection sociale est l'ensemble des mécanismes de prise en charge collectifs et/ou individuels qui permettent aux individus et aux ménages de faire face financièrement aux conséquences des risques sociaux qu'ils rencontrent au cours de leur vie.

En effet, ces risques peuvent occasionner une diminution des revenus et/ou une augmentation des dépenses. Ils peuvent être de plusieurs origines :

- **professionnelle** comme les accidents de travail et les maladies professionnelles
- **personnelle** comme la maladie, l'invalidité, la maternité, la vieillesse, le décès et le veuvage
- **économique** comme le chômage

Le système de protection sociale français s'est inspiré des deux modèles historiques Bismarckien dit « *assurantiel* » et Beveridgien dit « *assistanciel* » pour se construire.

Le volet assurance est composé de la protection sociale de base obligatoire qui repose sur **la Sécurité sociale**. Mais, comme elle ne peut garantir une totale protection à elle seule, il faut alors recourir à la protection sociale complémentaire qui est elle le plus souvent facultative (épargne, mutuelles, assurances privées, institution de prévoyance), ou parfois obligatoire comme les régimes complémentaires de retraite.

La Sécurité sociale est constituée de différents régimes de base dits légaux :

- **le régime général** c'est le plus important en nombre de personnes assujetties, il concerne la plupart des salariés du secteur privé
- **le régime agricole** concerne les travailleurs salariés et les exploitants non salariés agricoles
- **le régime social des indépendants (RSI)** né en 2006, qui couvre les professions indépendantes, c'est-à-dire les artisans, les commerçants, les industriels et les professions libérales
- **les régimes spéciaux** regroupent trois grandes familles :
 - celle de la fonction publique pour les fonctionnaires de l'État civils et militaires, ceux des collectivités territoriales et de la fonction publique hospitalière
 - celle des entreprises et établissements publics comme les industries électriques et gazières (EDF, GDF SUEZ, RTE, ERDF, etc.), des entreprises en charge des transports publics (SNCF, RATP)

- tous les autres sur une base professionnelle (régimes de clercs et employés de notaire, des mines, des cultes, des marins) ou d'une entreprise (régime spécifique des assemblées, des personnels de l'Opéra de Paris, de la Comédie Française, de la Chambre de commerce et d'industrie de Paris, de la Banque de France, du Port autonome de Bordeaux, de Strasbourg)
- **le régime des étudiants** pour les jeunes de 16 à 28 inscrits dans un établissement d'enseignement supérieur sauf en cas d'activité salariée permanente ou certaines professions des parents

A ces régimes de bases, viennent s'ajouter **le régime de l'assurance chômage et les régimes complémentaires**. Le risque de perte d'emploi n'a pas été appréhendé initialement lors de la fondation de la Sécurité sociale. Il faut attendre 1958 pour que l'assurance chômage soit créée. Sa gestion est confiée à l'Union Nationale interprofessionnelle pour l'Emploi Dans l'Industrie et le Commerce sous la responsabilité des partenaires sociaux. Pôle Emploi est chargé de verser les allocations aux demandeurs d'emploi au titre de l'assurance chômage.

Le régime local en Alsace-Moselle est un régime complémentaire obligatoire. Héritage de l'Empire Allemand auquel ces trois départements appartenaient en 1883 et maintenu lors de leur réintégration en France, il prend en charge le différentiel de remboursement entre les prestations de la Sécurité sociale relatives à la branche maladie et celles de la Région. Ils s'adressent aux salariés exerçant une activité ou dont l'établissement a son siège implanté dans ces départements avec une activité itinérante ailleurs ainsi qu'à leurs ayants droits.

Chaque régime de Sécurité sociale est organisé en branches séparées et autonomes gérées par une caisse nationale pour protéger contre les risques sociaux. Il existe quatre branches :

- **maladie** pour la gestion de la maladie, des invalidités, de la maternité, des décès
- **famille** pour la gestion de la famille, mais aussi du logement et du handicap
- **accidents du travail et maladies professionnelles**
- **vieillesse** pour la gestion de la vieillesse, et du veuvage

La 5ème branche de la Sécurité sociale est celle chargée du recouvrement et des cotisations.

Le volet d'assistance regroupe **l'aide sociale et l'action sociale** destinées à répondre à un état de besoin survenant à un moment donné. Le plus souvent, elles visent à garantir un minimum de ressources. **L'aide sociale** porte sur les interventions d'assistance qui sont obligatoires et relève des collectivités territoriales. Fin 2013, les départements ont attribué 3,8 millions de prestations d'aide sociale au titre de l'aide aux personnes âgées, aux personnes handicapées, à l'enfance ou au titre de l'insertion soit une augmentation de 4% en un an [16].

L'action sociale est facultative, il s'agit de diverses actions librement prises par des personnes publiques et des personnes privées pour pallier aux carences des mécanismes légaux.

◆ **La branche maladie** [8]

L'assurance maladie a pour mission la prise en charge des dépenses de santé des assurés malades avec le remboursement des frais sur la base de tarifs fixés et avec une participation (ticket modérateur) de l'assuré. Elle verse des indemnités journalières en cas d'arrêt maladie.

Elle garantit l'accès aux soins avec la couverture maladie universelle (CMU) dont peuvent bénéficier sous conditions de résidence stable et régulière, les personnes non affiliées à un régime obligatoire d'assurance maladie. La CMU dite complémentaire qui est une protection complémentaire santé gratuite, dépend elle aussi des conditions de résidence et en plus, de ressources (sauf pour les bénéficiaires du revenu de solidarité active).

En cas de dépassement du plafond des ressources dans la limite de 35%, c'est une aide pour une complémentaire santé qui peut être accordée. Elle finance l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire santé telle qu'une mutuelle.

Pour la plupart des régimes, la branche maladie gère aussi la maternité (prise en charge des examens pré et post-nataux, indemnités journalières pendant le congé de maternité), l'invalidité avec une pension et le décès avec le paiement d'un capital.

Son organisation repose sur les trois principaux régimes d'assurance maladie : le régime général avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), le régime agricole avec la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et le RSI, tous regroupés au sein de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie.

La CNAMTS anime un réseau d'organismes déclinés au plan régional avec 15 Caisses d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT) et 1 Caisse Régionale d'Assurance Maladie en Île-de-France.

Au plan départemental et local, il existe 101 Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) en France métropolitaine, 1 Caisse Commune de Sécurité Sociale de la Lozère, 4 Caisses Générales de Sécurité Sociale dans les départements d'Outre-mer et 1 Caisse de Sécurité Sociale à Mayotte.

L'assurance maladie mène aussi des programmes de prévention et d'action sociale notamment pour les plus démunis. Elle contribue au fonctionnement des ESMS.

◆ **La branche vieillesse** [8] [17]

Le système des retraites est basé sur la répartition. 35 organismes ou caisses de retraite sont chargés de gérer la branche vieillesse. Ils s'occupent de la retraite de base (pension principale calculée selon la durée de cotisation et le montant du salaire) ou de la retraite complémentaire (points de retraite) et pour certains, des deux catégories.

Les salariés du secteur privé et les agents non titulaires de la Fonction Publique dépendent ainsi de la Caisse nationale d'assurance vieillesse pour la retraite de base. Son action est déclinée dans les mêmes organismes que ceux de la branche maladie au plan régional. L'AGIRC-ARRCO s'adresse aux salariés du privé pour la complémentaire et l'IRCANTEC aux agents non fonctionnaires.

Les services de retraite de l'État sont destinés à ses fonctionnaires, tandis que les autres fonctionnaires relèvent de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales pour la retraite de base. Pour la complémentaire, ils doivent s'adresser à la Retraite additionnelle de la fonction publique.

La MSA et le RSI s'occupent de la retraite de leurs assurés.

La Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Professions Libérales pour la retraite de base et dix autres régimes complémentaires s'intéressent à toutes les professions libérales.

Pour les régimes spéciaux, la retraite est versée de manière globale à l'exception du régime du Culte dont la retraite complémentaire est attribuée par l'ARRCO.

Les caisses de retraite disposent d'un service d'action sanitaire et sociale pour accompagner les retraités et leurs aidants à travers le financement de plans d'action personnalisés mais aussi des actions collectives d'information, de soutien et de prévention. Elles permettent aussi à chaque personne âgée d'avoir un minimum de ressources pour vivre grâce à l'attribution de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées (ASPA) et de l'Allocation Supplémentaire d'Invalidité (ASI).

Enfin, la loi du 21 août 2003 prévoit une retraite anticipée pour handicap avant l'âge minimum légal de départ à la retraite si une incapacité permanente d'au moins 50% ou la qualité de travailleur handicapé sont reconnus par la MDPH. Ce dispositif est soumis à des conditions de durée d'assurance totale et de durée cotisée. Les travailleurs handicapés qui n'ont pas utilisé ce droit peuvent sous certaines conditions bénéficier d'une majoration de leur retraite.

◆ **La branche famille** [8]

La Caisse Nationale des Allocations Familiales gère différentes prestations familiales et sociales. Au niveau local, il existe au moins une Caisse d'Allocations Familiales par département (CAF) qui assure le service de ces prestations telles que les aides au logement ou les allocations comme l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH), l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) ou l'Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP).

2. La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) [18]

Cet établissement public, créé en 2004, sous la tutelle de la Direction Générale de la Cohésion Sociale, participe au financement de l'aide à l'autonomie en s'assurant d'une égale répartition sur le territoire français. Une convention d'objectifs et de gestion liant la Caisse à l'État a été signée en 2012 pour 4 ans. Le Conseil, avec une composition diversifiée, est chargé de la gouvernance de cet organisme.

Elle encaisse une ressource propre constituée par la Contribution Solidarité Autonomie (CSA), prélèvement de 0,3% de la masse salariale initialement compensé par la suppression du Lundi de Pentecôte. Les revenus du capital et des jeux y sont soumis aussi. Depuis le 1er avril 2013, une Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie (CASA) prélevée sur les pensions de retraite, préretraite et d'invalidité est entrée en vigueur. Cette ressource est répartie entre les personnes handicapées (40%) et les personnes âgées (60%).

La CNSA travaille en réseau avec différents partenaires dans le but de remplir ses missions auprès des personnes en perte d'autonomie (figure 1) :

- Elle distribue ainsi de l'argent aux 26 Agences Régionales de Santé (ARS) qui s'ajoute à l'enveloppe médico-sociale de l'assurance maladie votée au Parlement, pour former l'Objectif Global de Dépenses destiné au financement des ESMS
- Elle compense en partie les dépenses faites par les CG concernant les prestations individuelles (APA, PCH) et le coût de fonctionnement des MDPH
- Elle est liée par des conventions aux organismes nationaux d'assurance vieillesse et maladie
- Elle est membre de l'Agence nationale d'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux depuis 2007
- Elle est partenaire de nombreux organismes nationaux tels que l'AGEFIPH, l'Agence Nationale de l'Habitat (ANAH), la Caisse Nationale des Allocations Familiales
- Elle entretient également des relations avec les associations et fédérations représentatives des usagers

Cette caisse, a par ailleurs une mission d'expertise et d'animation de réseau avec les institutions. Elle permet l'harmonisation des pratiques en France. Elle possède une action scientifique en favorisant l'innovation et la recherche dans le domaine de la perte d'autonomie.

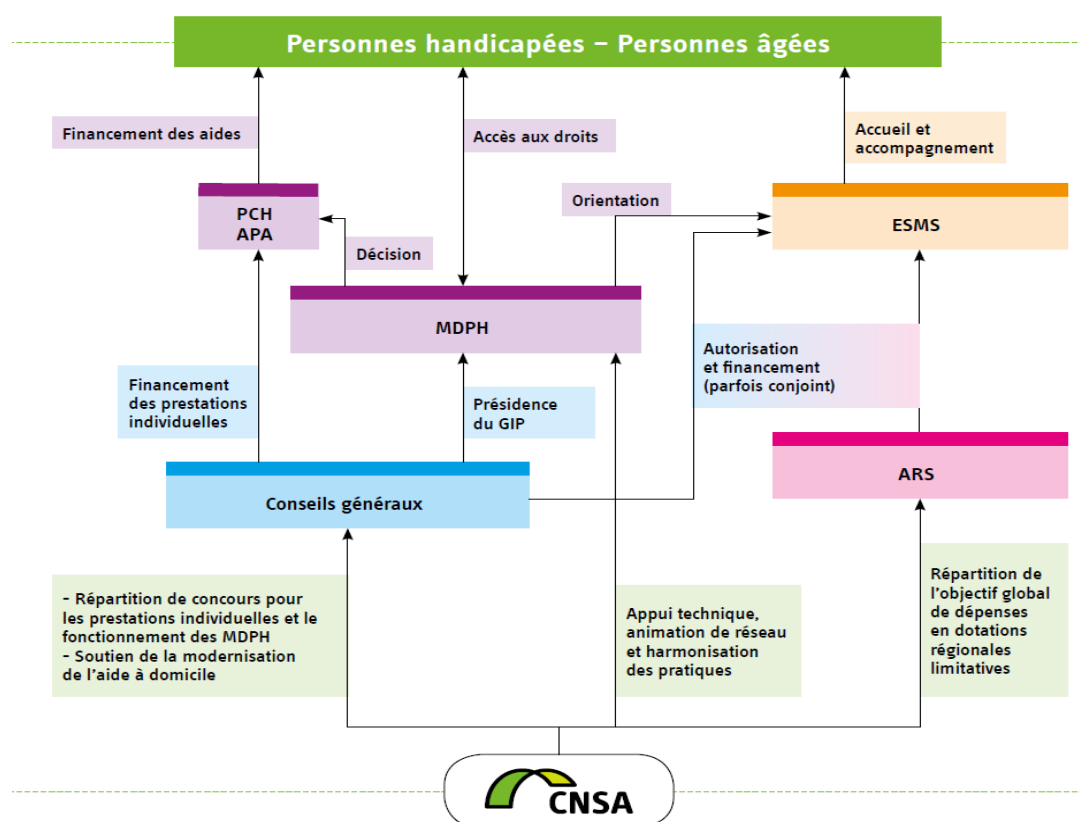


Figure 1. Les réseaux de la CNSA

3. L'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH) [19]

C'est un organisme sous tutelle du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, qui assure une mission de service public dans le cadre d'une convention signée avec l'État. Née de la loi du 10 juillet 1987, ses ressources proviennent des contributions versées par les établissements d'au moins 20 salariés au titre de leur obligation légale d'emploi, dont ils s'acquittent de tout ou partie par ce moyen. D'ailleurs, elle est chargée de contrôler la déclaration annuelle de ces entreprises.

Ce principe est étendu à la Fonction Publique avec le FIPHFP, avec qui elle collabore. Avec Pôle Emploi, la collaboration vise notamment à développer l'effort de formation envers les demandeurs d'emploi handicapés.

La mission principale de l'AGEFIPH est de gérer le fonds consacré au développement de l'insertion professionnelle et d'accroître les moyens qui y sont consacrés en milieu ordinaire de travail. Pour cela, elle travaille avec un réseau de partenaires-services pour :

- **Le recrutement et la préparation à l'emploi avec Cap emploi** : 102 organismes accompagnent les demandeurs d'emplois handicapés dans leur parcours vers l'emploi et les entreprises dans leurs actions de recrutement et d'intégration.
- **Le maintien dans l'emploi avec le Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (Sameth)** : 97 structures interviennent dans la recherche et la construction de solutions adaptées pour les entreprises et les personnes handicapées pour ne pas perdre leurs emplois.
- **La mobilisation des entreprises avec Alther** : qui avec 96 prestataires conseillent les entreprises pour la mise en œuvre de leurs obligations

Son action est diffusée sur le territoire par le déploiement de 20 délégations régionales.

Un partenariat global s'est établi avec l'ensemble des partenaires intervenant sur le champ de l'emploi des personnes handicapées par une convention multipartite nationale qui associe : l'État, le CNSA, l'AGEFIPH, le FIPHFP, la CNAMTS, la Caisse centrale de la MSA ainsi que l'association des régions de France.

4. L'Agence Nationale de l'Habitat (ANAH) [20]

C'est un établissement public d'État, représenté dans chaque département par une délégation locale au sein de la Direction départementale des territoires dont le but est la mise en œuvre de la politique nationale de développement et d'amélioration de l'habitat. Une de ses priorités est l'adaptation des logements à la perte d'autonomie liée au handicap ou au vieillissement.

5. Le Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH) [18]

Il a été créé en 1984 dans le but « d'assurer la participation des personnes handicapées à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de solidarité nationale les concernant ». Il est constitué de représentants d'associations, de financeurs de la protection sociale ainsi que

d'organismes de recherche. Il est obligatoirement consulté par le Gouvernement sur les textes relatifs à la politique du handicap et peut s'autosaisir de tout projet de texte susceptible d'avoir des incidences sur cette politique.

6. Le Comité National des Retraités et des Personnes Âgées (CNRPA) [18]

Instauré par un décret du 4 août 1984, son rôle s'est étendu en 2006. Sa consultation par le ministre chargé des Personnes âgées est désormais obligatoire sur les projets de textes réglementaires concernant les personnes âgées.

B) Au plan régional : Les Agences Régionales de Santé (ARS) [18] [21]

Ce sont les clefs de voûte de la nouvelle organisation prévue par la Loi « Hôpital Patients Santé Territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 (article 118). Leur création date du 1er avril 2010 et chaque directeur régional est nommé par le Conseil des Ministres.

Elles ont permis le rassemblement de divers organismes : les agences régionales de l'hospitalisation, les directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales, les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie, le volet hospitalier des Caisses Régionales d'Assurance Maladie, de la MSA et du RSI, les Groupements régionaux de santé publique, les missions régionales de santé et les services de sécurité sanitaire.

Elles mettent en place la politique de santé de la Région à travers leur projet régional de santé, qui établit un diagnostic pour le territoire et tient compte aussi des orientations nationales.

Le plan stratégique régional de santé fixe les orientations et les objectifs selon la région. Le tout est planifié dans 3 schémas régionaux obligatoires (prévention, organisation des soins et de l'offre médico-sociale) portés par le directeur de l'ARS après concertation de l'ensemble des acteurs :

- le schéma régional de prévention a pour but de « *définir, financer et évaluer les actions visant à promouvoir la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie* ».
- le schéma d'organisation des soins ambulatoires et hospitaliers définit et organise l'accès aux soins de premiers recours ainsi que la prise en charge continue des patients dans une logique de proximité.
- le schéma régional d'organisation médico-sociale s'adresse aux personnes âgées, en situation de handicap et avec des difficultés spécifiques (addictions, précarité) en développant l'articulation entre les structures sanitaires et médico-sociales.

Les schémas sont ensuite eux-mêmes déclinés dans des programmes d'action. Dans le champ médico-social, c'est un programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie qui est prévu par la loi de 2005. L'ARS est alors chargée des procédures d'autorisation et de tarification des ESMS financés par les organismes d'assurance maladie, de la répartition des aides allouées et d'investissements.

Le projet régional de santé lorrain pour 2012-2017 a été arrêté le 20 juillet 2012 pour les territoires de santé correspondant aux périmètres des 4 départements. L'ARS dispose de délégations territoriales dans chacun de ses départements pour l'application de ces mesures. Maintenir et développer l'autonomie des personnes âgées et en situation de handicap est une des 4 priorités retenues par l'ARS.

C) Au plan départemental

1. Les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) [5] [13]

Depuis la loi de 2005, il en existe une par département devenant un outil de type guichet unique.

Les services de l'État en charge des affaires sanitaires et sociales, du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, l'Éducation Nationale, le CG, et les organismes de protection sociale ont formé le Groupement d'Intérêt Public MDPH de Moselle le 1er janvier 2006 [22]. Le CG en assure la tutelle administrative et financière.

Elle a une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap. Les MDPH instruisent l'ensemble des demandes relatives aux enfants et adultes : les cartes, les allocations, la PCH, l'orientation scolaire ou professionnelle, l'orientation vers les ESMS.

Elles ont chacune une équipe pluridisciplinaire chargée d'évaluer les besoins de la personne handicapée, et une Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) qui prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne, notamment en matière d'attribution des prestations et d'orientation. C'est l'instance de décision autonome de la MDPH. Un tiers des membres de la commission est composé de représentants de personnes handicapées et de leur famille. Le reste est composé de représentants du département désigné par le président du CG, de l'État, des organismes d'assurance maladie et des prestations familiales ainsi que ceux gestionnaires des ESMS, des organisations syndicales et enfin un membre du conseil départemental consultatif des personnes handicapées. Au total, 23 membres sont nommés pour 4 ans formant la Commission plénière. En cas de partage des voix, celle du président de la Commission est prépondérante sauf pour l'attribution de la PCH où la majorité est détenue par les représentants du CG.

Des formations restreintes sont possibles pour s'occuper de la procédure dite simplifiée concernant des renouvellements de prestations ou certaines situations précises. Alors, la commission comprend au moins trois membres dont un représentant de l'État et un du CG.

En cas de désaccord avec les décisions prises par la CDAPH, la personne ou son représentant légal a la possibilité de recourir à trois procédures distinctes :

- **Le recours gracieux** : dans les deux mois qui suivent la notification, une demande peut être faite par lettre recommandée avec accusé de réception. Elle comporte le nom, prénom et numéro de dossier MDPH de la personne ainsi que les pièces justificatives pour contester la décision et apporter de nouveaux arguments.

- **Le recours gracieux avec appel à la conciliation** : Après demande auprès du directeur de la MDPH, une personne qualifiée est désignée pour proposer des mesures de conciliation après avoir eu accès au dossier à l'exclusion des documents médicaux dans un délai de deux mois.
- **Le recours devant le tribunal du contentieux ou administratif** : Un dossier peut être déposé auprès d'instances juridiques au cours des deux mois suivant la décision. Le Tribunal du Contentieux de l'Incapacité pour toutes les questions relatives à l'incapacité, le Tribunal Administratif pour l'orientation professionnelle seront alors saisis.

En cas de difficultés rencontrées avec une institution autre que la MDPH, la personne ou son représentant peut solliciter l'aide de son médiateur. Pour toutes les questions relatives à l'accessibilité ou l'exercice de la citoyenneté et de la vie sociale qui occasionnent un conflit, le médiateur interviendra pour le régler à l'amiable.

La création de permanences délocalisées de la MDPH permet un rapprochement avec les usagers. 18 permanences par mois ont été tenues ce qui a permis d'accueillir 2716 personnes en Moselle en 2013 contre 1559 en 2012 [22].

Sur le plan national, les trois principaux financeurs des MDPH sont les CG (41%), l'État (35%) et le CNSA (19%) [23].

2. Les Conseils Généraux (CG) [24] [25]

Les départements sont les acteurs au premier plan de l'action sociale. Ils définissent et actualisent tous les 5 ans leurs priorités de prise en charge des personnes âgées/en situation de handicap dans le schéma départemental qui est déterminé par le président du CG.

Le soutien au maintien à domicile constitue un des axes majeurs du schéma départemental à l'autonomie. L'amélioration de la prise en charge en établissement ainsi que l'adaptation des institutions en forment les autres objectifs.

Après les élections départementales de mars 2015, les conseils généraux deviendront alors les conseils départementaux (CD). Malgré une diminution du nombre de cantons en Moselle, passant de 51 à 27, chaque canton disposera d'un binôme mixte de conseillers départementaux à la place d'un seul conseiller au temps du CG. Les conseillers seront élus pour 6 ans et désigneront le président pour diriger le département. Les compétences inhérentes au département risquent d'être modifiées sauf pour le domaine social qui a priori devrait rester à sa charge.

3. Le Fonds Départemental de Compensation (FDC) [13]

Créé par la loi du 11 février 2005 et prévu par l'article L.146-5 du code de l'action sociale et des familles au sein des MDPH, il a pour objectif de limiter les sommes restant à la charge des personnes handicapées après attribution de la PCH afin qu'elles n'excèdent pas 10% de leurs ressources nettes d'impôts [6].

Chaque fonds départemental établit ses propres règles d'attribution. Normalement, il est destiné aux moins de 60 ans mais la participation du fonds est parfois élargie aux personnes de soixante ans et plus.

Il est géré par la MDPH et alimenté par l'État, les CD, l'assurance maladie et autres organismes comme les CAF, les mutuelles, l'AGEFIPH et le FIPHFP qui composent le comité de gestion.

4. Les Conseils Départementaux Consultatifs des Personnes Handicapées (CDCPH) [15] [18]

Depuis la loi du 17 janvier 2002, ils assurent en plus de leur mission consultative, un rôle de collecte et d'analyse des informations concernant les personnes handicapées de leur département. Ils sont co-présidés par l'État et le CD. Ils comprennent 30 membres titulaires au maximum dont un tiers de représentants des associations de personnes handicapées et de leurs familles nommés par le Préfet.

5. Les Comités Départementaux des Retraités et des Personnes Âgées (CODERPA) [18]

Créés le 4 août 1982, leur composition est modifiée en 1988 puis ils sont placés auprès du président du CG en 2004. Ils n'ont pas de personnalité morale ni d'autonomie financière. Leurs missions sont déterminées par le CD. Ils forment un lieu de dialogue, d'information et de réflexion en matière de gérontologie.

Néanmoins, leur fonctionnement pourrait être amélioré avec un élargissement de leurs champs d'action à tous les sujets intéressant les retraités, une extension de leurs moyens de communication et de formation.

6. Les Commissions Consultatives Départementales de Sécurité et d'Accessibilité (CCDSA) [15]

Chaque commission est consultée par le préfet de département sur la sécurité, notamment contre les risques d'incendie et de panique ainsi que sur l'accessibilité aux personnes handicapées dans les ERP. Elle émet un avis sur les demandes d'autorisation ou de dérogation aux règles d'accessibilité. Les associations de personnes handicapées sont représentées par quatre membres qui participent à cette commission. La Direction Départementale des Territoires en est membre aussi. .

D) Au plan local

1. Les Centres Locaux d'Information et de Coordination Gérontologique (CLIC) [25]

Dans un but d'information, d'accueil et de soutien aux personnes âgées, le département de la Moselle a développé un partenariat avec la Fédération Seniors Moselle avant 2000 en constituant un réseau de 17 Relais Personnes Âgées basés sur des associations adhérentes à la Fédération [24].

Cette volonté de concevoir des lieux de proximité dédiés aux âgés et leur entourage, s'est étendue à l'ensemble du territoire national avec la création des CLIC dont la gestion a été confiée aux départements en 2004 [24].

Les missions des CLIC sont : [24]

- accueil, information, écoute et orientation vers les services adaptés si nécessaire
- accompagnement avec aide dans les démarches et à la constitution de dossiers
- actions de prévention avec repérage des personnes isolées et signalement aux autorités compétentes
- coordination avec les autres acteurs de gérontologie
- actions de soutien aux aidants naturels
- observatoires des besoins et réponses pour les personnes âgées

Il y a 3 niveaux de label de CLIC. Le niveau 1 correspond aux missions de base, le niveau 2 a en plus l'évaluation des besoins de la personne et l'élaboration d'un plan d'aide personnalisé. Enfin, le niveau 3 s'occupe de tout jusqu'à s'assurer de la mise en œuvre du plan d'aide par une coordination avec les autres professionnels du secteur médico-social.

Il y en a plus de 500 actuellement en France. Ils sont au nombre de 10 en Moselle (figure 2). Ils ont été intégrés dans les Maisons du Département avec des permanences de proximité dans les centres médico-sociaux (annexe 1). Au total, 9 000 personnes y ont été prises en charge en 2013 [22].

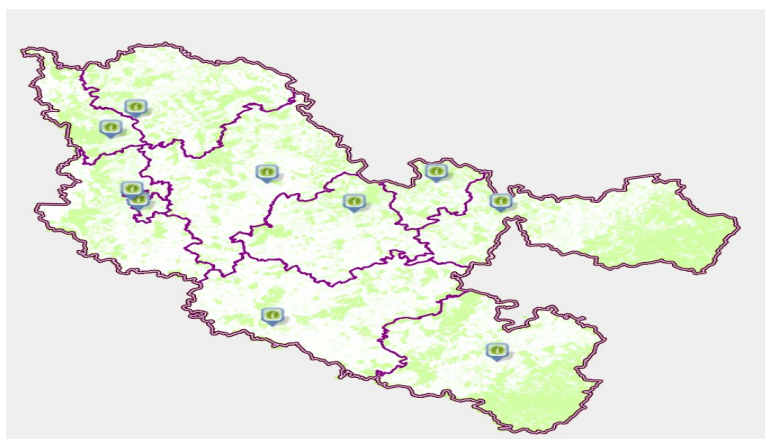


Figure 2. Répartition géographique des CLIC en Moselle

2. Les Maisons du Département [25]

Ce sont des nouveaux lieux de proximité qui accueillent et permettent de réaliser les démarches auprès du CD au sein d'un guichet unique délocalisé. Cela offre un accès facilité à l'ensemble des services proposés par le Département. Il en existe 7 actuellement. Les agents de la MDPH de Moselle y assurent des permanences délocalisées (annexe 1).

3. Les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) [9]

Chaque commune a obligation de constituer un CCAS. Certaines communes peuvent se regrouper pour constituer un Centre intercommunal d'action sociale (CIAS). Ce sont des établissements public administratifs. Ils sont présidés de plein droit par les maires des communes.

Leur conseil d'administration est constitué paritairement d'élus locaux désignés par le conseil municipal et de personnes qualifiées dans le secteur de l'action sociale, nommées par

le maire. On compte parmi celles-ci un représentant des associations familiales, un représentant des associations de personnes handicapées, un représentant des associations de retraités et de personnes âgées, et un représentant des associations œuvrant dans le domaine de la lutte contre l'exclusion.

Leurs missions sont nombreuses : lutte contre l'exclusion avec en particulier l'aide alimentaire, les services d'aide à domicile, la prévention et les animations pour les personnes âgées, la gestion d'établissements d'hébergement pour personnes âgées, le soutien au logement et à l'hébergement, la petite enfance et l'enfance/jeunesse, le soutien aux personnes en situation de handicap. Ils exercent leurs actions en lien avec les institutions publiques et privées.

4. Les Points Info Famille

Depuis avril 2003, ils accueillent, informent et orientent les familles dans tous les domaines, de la naissance à la prise en charge des ascendants. Ils vont faciliter l'accès aux droits, en les orientant rapidement et efficacement vers les structures adéquates.

5. Les Réseaux de Santé Gériatriques [24] [25]

Instaurés par la loi du 4 mars 2002, ils ont pour but « de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires et assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic et des soins. Ils participent à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation, afin de garantir la qualité de leurs services et prestations » d'après l'article L6321-1 du code de Santé Publique.

Les réseaux de santé gériatriques ont donc été créés pour coordonner les interventions autour de la personne âgée fragile. Ils sont destinés aux personnes âgées de 75 ans et plus, mais désirant rester à leur domicile malgré des pathologies chroniques/invalidantes ou une situation de rupture socio-sanitaire. Ils permettent de soulager les aidants et de favoriser le maintien à domicile. Quand la situation le nécessite, l'accès aux services d'un réseau peut être ouvert par dérogation à des personnes de moins de 75 ans.

Les personnes âgées, leur famille, les médecins généralistes, les hôpitaux et les partenaires médico-sociaux peuvent y faire appel.

Après le repérage des personnes en difficultés, ces réseaux vont réaliser un diagnostic complet et proposer un plan d'intervention adapté qui sera envoyé au médecin traitant. Après accord de ce dernier, du patient et de sa famille, les interventions des différents professionnels dans les domaines sanitaires et sociaux sont coordonnées afin d'éviter toute rupture dans la prise en charge.

Ils interviennent sur un secteur géographique délimité et travaillent de concert avec les CLIC dont certains dépendent. Il en existe 13 en Lorraine. En Moselle, on en compte 5 autorisés et financés par l'ARS (annexe 2) mais qui ne couvrent pas l'intégralité du département. La zone à l'Est de Sarreguemines reste non couverte (figure 3).



Figure 3. Répartition géographique des Réseaux de santé gérontologiques en Moselle

En juillet 2014, un projet médico-social a été élaboré conjointement par l'ARS et le CD afin de renforcer le taux d'équipement en ESMS de la Moselle-Est, qui est le plus bas du département pour les personnes âgées. La création de 424 nouvelles places est ainsi prévue sur les territoires du Bassin Houiller où est recensé le plus fort taux de personnes handicapées, et celui de Sarreguemines.

6. Les Commissions Communales pour l'Accessibilité aux Personnes Handicapées (CCAPH) [15]

L'article L.2143-3 du code général des collectivités territoriales impose la création de cette commission dans toutes les communes de plus de 5 000 habitants. Présidée par le maire, elle est composée des représentants de la commune, d'associations ou organismes représentant les personnes handicapées pour chaque type de handicap et les personnes âgées comme le rappelle la loi d'adaptation au vieillissement [11], de représentants des acteurs économiques ainsi que de représentants d'autres usagers de la ville.

Cette commission exerce 5 missions :

- Faire un état des lieux de l'accessibilité du cadre bâti existant, de la voirie, des espaces publics et des transports
- Établir un rapport annuel présenté en conseil municipal
- Proposer des réflexions utiles de nature à améliorer la mise en accessibilité de la commune
- Recenser l'offre de logements accessibles
- Tenir la liste des ERP sur le territoire communal ayant élaboré un agenda d'accessibilité ou ceux qui sont déjà accessibles

7. Les Commissions Intercommunales pour l'Accessibilité aux personnes handicapées (CIAPH) [15]

Les établissements publics de coopération intercommunale sont des regroupements de communes qui élaborent des projets communs de développement au sein d'un périmètre dans différents domaines. Pour ceux qui ont une compétence « transports » ou « aménagements du territoire » et qui ont plus de 5000 habitants, une commission intercommunale doit être créée. Assurant les mêmes missions que la commission communale pour l'accessibilité, elle peut d'ailleurs lui transférer une ou plusieurs de ses missions grâce aux conventions signées avec les communes.

8. Les Associations [26]

Le monde associatif est important et très diversifié avec près de 1,3 millions d'associations en France en 2012. La très grande majorité d'entre elles sont de très petites structures locales. Dans le domaine de la perte d'autonomie, il y a plusieurs catégories d'association qui interviennent :

- **médico-sociale** pour la gestion d'un service réglementé comme les services à la personne ou les réseaux de santé
- **bénévolat** chargé du recrutement pour l'accompagnement de personnes en situation de handicap ou en fin de vie
- **socio-culturelle** dont le but est de maintenir un lien social par diverses actions d'éducation, de formation, d'insertion, voire d'accès aux droits
- **service public** avec une délégation de compétences sur un territoire
- **association de patients** créée à l'initiative des patients, ou bien de leurs familles pour la défense de leurs droits. L'association des paralysés de France (APF), l'UNAPEI, l'AFM-Téléthon, France Alzheimer en sont quelques exemples
- **association des aidants** pour les représenter et leur proposer des aides pour l'exercice de leur rôle

V. Les données statistiques

A) Les demandes d'aides [18]

Les demandes d'aide ne cessent d'augmenter chaque année. D'ailleurs, celles en faveur des personnes âgées dépendantes risquent de s'accroître devant le vieillissement attendu de la population française.

Entre 2001 et 2010, les demandes d'aide sociale n'ont cessé de croître passant de 370 000 à 1 350 000 environ [10]. L'augmentation la plus notable s'est faite en 2002 avec la mise en place de l'APA (figure 4).

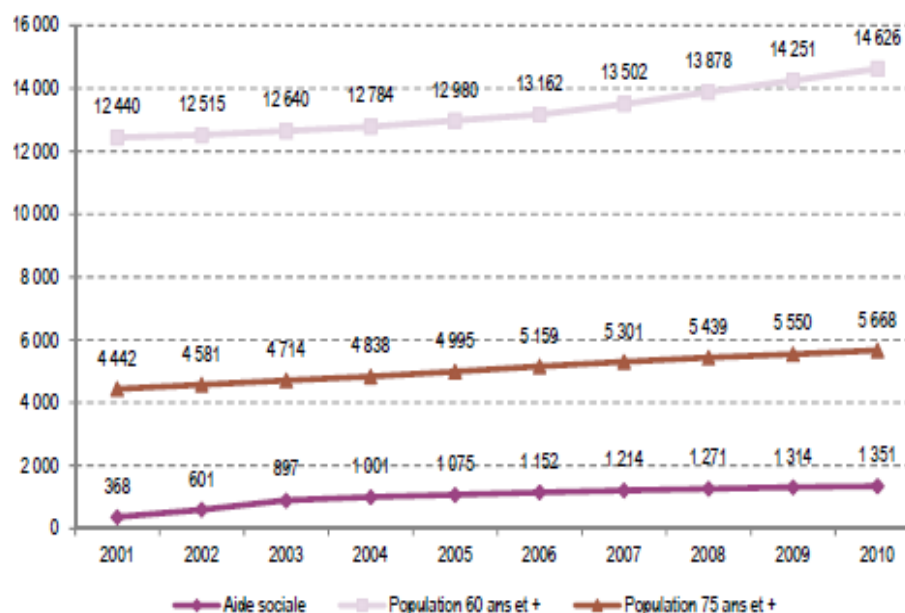


Figure 4. Évolution du nombre de mesures d'aide sociale des CG destinées aux personnes âgées par rapport à la population âgée (en milliers) - sources : DREES, INSEE

En 2010, les mesures d'aide sociale destinées aux personnes âgées concernaient 9,2% des personnes de 60 ans ou plus et 23,8% de celles de 75 ans ou plus [10].

Plus de trois millions de demandes sont adressées chaque année aux MDPH. Globalement, entre 2012 et 2013, ce nombre a augmenté de 8,2 %. En 2013, 57 demandes pour 1 000 habitants ont été déposées en moyenne dans les MDPH, 20% d'entre elles concernaient des enfants. Ces taux sont variables selon les départements. Le nombre de demandes par individu est compris entre 2 et 3. Depuis 2011, on constate une diminution de la part des premières demandes notamment chez les adultes. La part des renouvellements devient plus forte.

Le traitement des demandes pour les adultes est de 4,4 mois en 2012 contre 4,8 mois en 2011. Pour les enfants, ce délai reste stable : 3,2 mois. Cependant, les délais d'instruction peuvent être plus longs et atteindre 18 mois.

Pour les adultes, un quart des demandes concernent l'obtention de cartes, en diminution par rapport aux demandes d'AAH. La PCH représente 7 % du total des demandes de prestation de compensation déposées (figure 5).

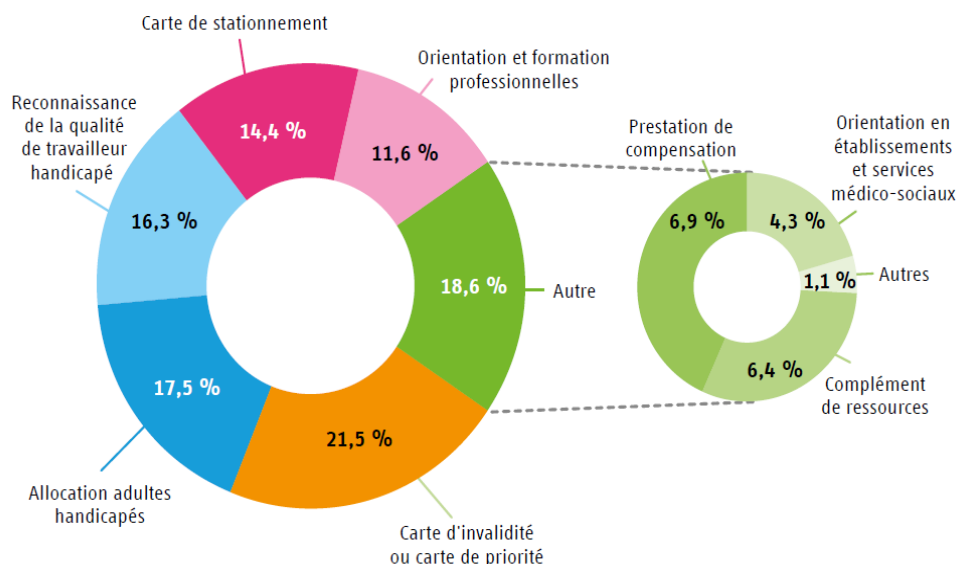


Figure 5. Répartition des demandes adultes au sein des MDPH – source : échanges annuels, CNSA 2014

Pour les enfants, la majorité des demandes concernent l'accompagnement à la scolarisation avec l'AEEH et les orientations en ESMS (figure 6). Les demandes d'auxiliaires de vie scolaire (AVS) sont en progression.

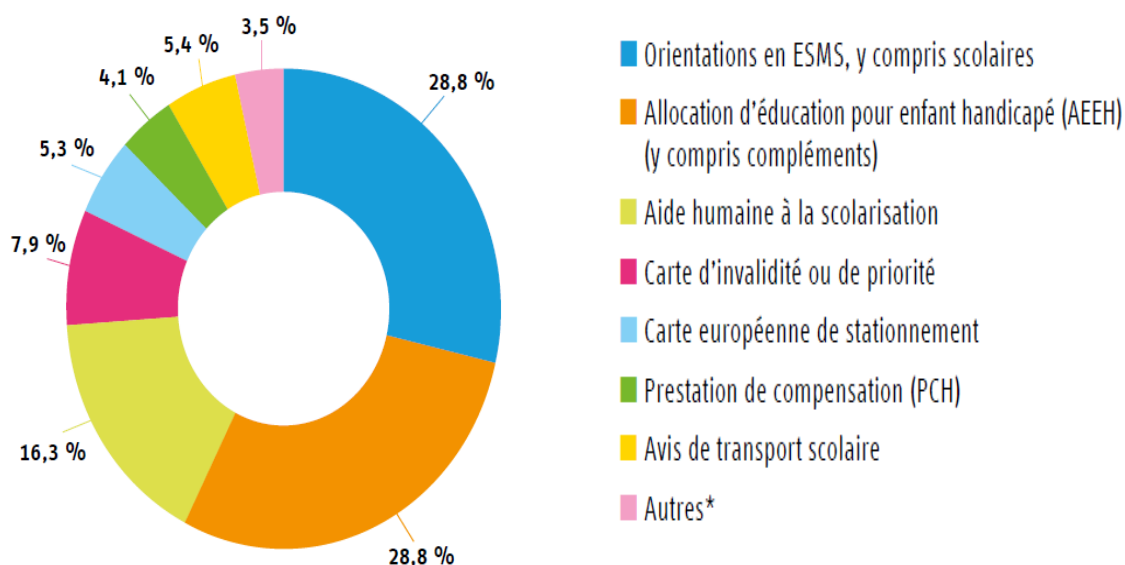


Figure 6. Répartition des demandes enfants au sein des MDPH – source : échanges annuels, CNSA 2014

B) La démographie

1. En France [27]

Au 1er janvier 2015, la France comptait 66,3 millions d'habitants restant le deuxième pays le plus peuplé de l'Union Européenne. Cette croissance d'environ 300 000 personnes, soit une hausse de 0,4% de la population depuis 2014, a été favorisée par le solde naturel. En effet, la natalité est restée stable tandis que les décès se sont révélés moins nombreux.

Comme dans les autres pays européens, la population française vieillit. Il y a, actuellement en France, 18,4% habitants âgés de plus de 65 ans (2,1 points de plus en dix ans) et 9,1% d'au moins 75 ans.

Ce phénomène s'explique d'une part par l'arrivée massive de la génération des baby boomers à l'âge de 60-70 ans, et d'autre part par une augmentation de l'espérance de vie à nouveau constatée en 2014. Les derniers enfants du baby-boom d'après guerre auront 60 ans en 2034. L'espérance de vie à la naissance est de 79,2 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes. A 60 ans, les femmes peuvent espérer vivre encore 27,7 ans en moyenne, et les hommes 23,1 ans (respectivement + 2,7 ans et + 3,4 ans en vingt ans). L'écart entre les deux sexes n'a de cesse de se réduire.

L'âge d'entrée dans la perte d'autonomie quant à lui recule car l'espérance de vie sans incapacité évolue positivement. Entre 2000-2012, l'espérance de vie à 65 ans a augmenté de 2,1 années dont 1,1 sans incapacité chez les femmes. Les hommes quant à eux, ont gagné 2,3 années dont 1,2 sans incapacité [23].

C'est pourquoi, d'après les estimations statistiques, la population française augmenterait de 16% entre 2010 et 2060 passant de 64 à 73,6 millions d'habitants avec la part des plus de 80 ans multipliée par 2,6 représentant environ 8,5 millions de personnes (figure 7).

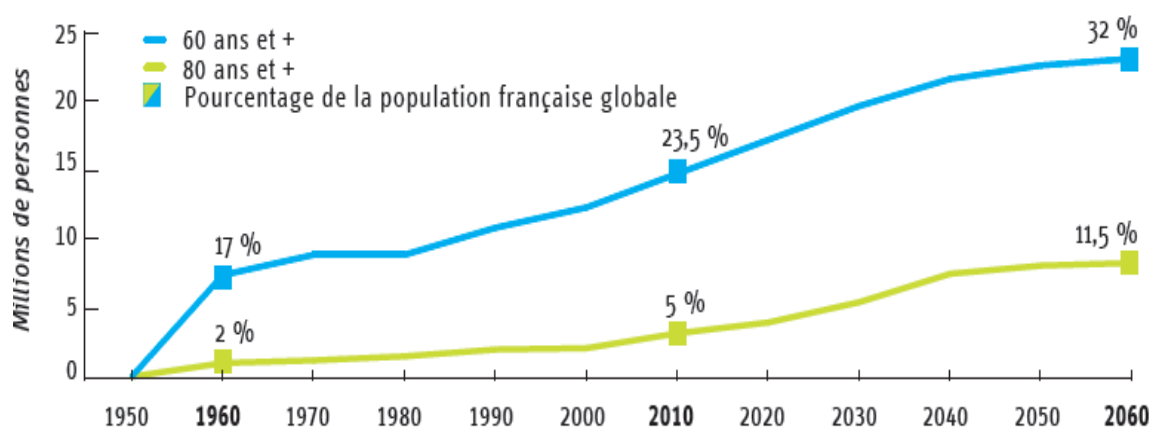


Figure 7. Le vieillissement de la population française et sa projection dans l'avenir
source : INSEE 2011

Le rapport entre les moins et plus de 60 ans se stabilisera à partir de 2035 après une longue période d'accroissement. Les personnes âgées de 60 ans et plus, au nombre de 15 millions aujourd'hui, seront 20 millions en 2030 et près de 24 millions en 2060. Finalement, un Français sur trois aura alors plus de 60 ans [11]. Selon l'OMS, il y aura dès 2020 et pour la première fois, une supériorité numérique des plus de 60 ans par rapport au moins de 5 ans. Entre 2020 et 2050, on devrait passer de 500 millions à 2 milliards de plus de 60 ans.

2. En Lorraine et en Moselle

Au 1er janvier 2012, la Lorraine était peuplée de 2 349 816 habitants constituant la 9ème région la plus peuplée de France métropolitaine [28]. Cependant, en comparaison avec le reste de la France, sa croissance démographique est au ralenti.

D'après les projections, cette stagnation du fait de la réduction de l'excédent naturel, va perdurer et la confronter au vieillissement [28].

Le département de la Moselle recense près de 45% de la population lorraine avec 1 045 810 personnes et comporte le plus de personnes âgées (tableau I) [29]. Il devrait y avoir une accélération du vieillissement en Moselle.

Les hommes mosellans ont une espérance de vie légèrement supérieure à la moyenne de Lorraine (77,9 pour une moyenne de 77,7) mais inférieure à la moyenne nationale alors que les femmes ont une espérance de vie inférieure à la moyenne de Lorraine (83,4 ans pour une moyenne de 83,7), elle même inférieure à la moyenne nationale [29].

D'ici à 2031, le nombre de Mosellans âgés de 60 ans ou plus devrait progresser de 54,2% [30].

Tableau I. Effectifs par classe d'âge en Lorraine au 1er janvier 2013 – source : INSEE

Classes d'âge	France métropolitaine	Lorraine	Meurthe et Moselle	Meuse	Moselle	Vosges
Jeunes de moins de 25 ans	19 378 709	695 670	231 598	55 848	301 826	106 398
Adultes de 25 à 64 ans	32 986 302	1 242 342	378 092	100 610	568 185	195 455
Personnes âgées de 65 ans et plus	11 294 597	412 645	125 372	36 409	175 799	75 065
Personnes âgées de 75 ans et plus	5 826 802	212 671	65 132	19 584	88 546	39 409
Personnes âgées de plus de 80 ans	3 225 991	112 428	35 365	10 834	44 946	21 283

C) Le handicap

Il est difficilement évaluable de manière chiffrée car la définition du handicap n'est pas univoque et il n'existe pas de registre exhaustif.

Près de 2% des enfants sont atteints d'une déficience. Chaque année un peu moins de 1% des enfants qui naissent en France seront porteurs d'une déficience sévère. Ils sont donc environ 140 000 enfants âgés de 0 à 20 ans [31].

En 2007, l'enquête de l'INSEE estime à 9,6 millions le nombre de personnes handicapées âgée de 15 à 64 ans vivant à domicile. La définition du handicap est alors large car elle concerne aussi bien ceux qui ont une reconnaissance administrative de leurs

handicaps, que ceux ayant un problème de santé depuis au moins 6 mois avec des difficultés quotidiennes ou ayant eu un accident de travail.

D'après l'étude Handicap-Santé de 2008, environ un Français sur huit (13%) âgé de 20 à 59 ans déclare avoir des limitations fonctionnelles sévères, c'est à dire des difficultés à mobiliser des fonctions élémentaires physiques, mentales ou sensorielles les exposant à des situations de handicap [32].

Les limitations fonctionnelles physiques sont les plus nombreuses. Les femmes déclarent plus de limitations fonctionnelles (tableau II). 20% des personnes atteintes de limitations fonctionnelles (soit 1,7 millions d 'individus) présentent alors des obstacles à réaliser seules des soins personnels. Les limitations physiques absolues sont plus fréquentes chez les personnes âgées (25% chez les plus de 60 ans) que les limitations cognitives graves (14%). C'est la situation inverse pour la population des 20-59 ans [32].

Tableau II. Prévalence des limitations fonctionnelles exprimée en nombre et pourcentage – source : Enquête Handicap-Santé, volet ménages INSEE

	Part de la population déclarant... (en %)			Nombre de personnes déclarant... (en millions)		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Au moins une limitation fonctionnelle	15,0	21,5	18,4	3,5	5,5	9,0
Au moins une limitation physique	8,6	16,6	12,8	2,0	4,2	6,2
Au moins une limitation sensorielle	6,9	7,1	7,0	1,6	1,8	3,4
Au moins une limitation cognitive	4,8	5,0	4,9	1,1	1,3	2,4

En France, le taux de prévalence du handicap est passé d'environ 22 % entre 2005 et 2007 à environ 25 % en 2010 et 2011 [33].

Les personnes handicapées vieillissent grâce aux progrès médicaux et à l'amélioration de leur prise en charge. 12,4% des adultes accueillis dans des ESMS sont âgés de plus de 55 ans soit 27 000 personnes d'après la CNSA.

D) La perte d'autonomie [32] [33]

La perte d'autonomie correspond à des difficultés à la réalisation des activités quotidiennes. Elles sont classées en 2 parties : les activités essentielles et instrumentales. Les activités essentielles du quotidien ou ADL (activities of daily life) sont : manger/boire, se servir des toilettes, se laver, s'habiller/se déshabiller, se coucher, s'asseoir, couper sa nourriture [5].

Les activités instrumentales ou IADL (Instrumental activities of daily life) sont des actions comme faire les courses, préparer un repas, faire le ménage, prendre des médicaments, sortir du logement, utiliser un moyen de transport [5].

Les restrictions absolues, c'est à dire l'impossibilité totale de faire seul les activités essentielles concernent 4% des 60 ans ou plus et 0,4 % des 20-59 ans. Elles sont plus nombreuses pour les activités instrumentales avec 18% pour les 60 ans ou plus contre 3% pour les plus jeunes.

L'âge moyen de la perte d'autonomie est de 83 ans [11]. Les personnes âgées de 60 à 79 ans restent majoritairement autonomes avec près de 83 %, soit 8,5 millions d'individus. Près de six personnes sur dix âgées de 80 ans ou plus (1,5 millions) sont relativement autonomes. La perte d'autonomie concerne surtout des femmes (tableau III).

Tableau III. Perte d'autonomie et dépendance selon les classes d'âge exprimées en nombre et pourcentage – source : Enquête Handicap-Santé

Age	Perte d'autonomie		Dépendance		Forte dépendance	
	Effectif en nombre	Effectif en %	Effectif en nombre	Effectif en %	Effectif en nombre	Effectif en %
20-39 ans	-	-	82 100	0,5	-	-
40-59 ans	980 000	5,8	156 000	0,9	24 000	0,1
60-79 ans	1 400 000	13,7	273 000	2,7	61 000	0,6
80 ans et plus	661 000	25	277 000	11,2	62 000	2,5

Avant 60 ans, les situations de forte dépendance ne sont associées que dans la moitié des cas à des troubles cognitifs graves et la majorité des cas est composée par des hommes (60%). Aux âges élevés, les situations de forte dépendance conjuguent toujours limitations physiques absolues et troubles cognitifs graves.

Le nombre de personnes dépendantes devrait doubler d'ici à 2060.

E) Les dépenses liées à la perte d'autonomie [34]

Globalement, la prise en charge de la perte d'autonomie se répartit en 3 secteurs : la sécurité sociale pour les soins, les départements pour les aides quotidiennes et les familles pour les frais d'hébergement. Le secteur public joue un rôle prépondérant dans le financement de la perte d'autonomie. Rien que pour les personnes âgées, les dépenses publiques s'élevaient à 21,1 milliards d'euros, soit 1,05 point de PIB en 2011.

Plusieurs institutions publiques y contribuent (figure 8) :

- **La CNSA**, avec ses propres ressources d'une part (CSA et CASA) soit 19% du budget, et par l'objectif national des dépenses de l'Assurance maladie dans le secteur médico-social. Ce dernier est fixé chaque année par la loi de financement de la Sécurité sociale votée par le Parlement, il a progressé de 56% depuis 2006 pour atteindre 17,1 milliards d'euros [23].

Le budget de la CNSA s'élevait à environ 21 milliards d'euros en 2013. Pour 2014, il est de l'ordre de 22 milliards soit une augmentation de 54% depuis 2006. Ce qui représente 1% du produit intérieur brut de la France et 9% des dépenses de santé [18].

En 2013, l'objectif global des dépenses versé aux ARS pour le fonctionnement des ESMS était de 18,2 milliards répartis de façon équitable pour les personnes handicapées et âgées. L'ARS Lorraine a annoncé cet été un financement supplémentaire de 35 millions d'euros pour la création de postes dans le secteur médico-social dont le fonctionnement coûte déjà 700 millions d'euros.

Outre l'argent reversé aux départements, la CNSA finance le développement du secteur médico-social avec une aide à l'investissement, la modernisation et la professionnalisation de l'aide à domicile, la formation des aidants et la recherche.

- **L'État** finance les ressources d'existence des personnes handicapées (l'AAH, les pensions militaires d'invalidité) ainsi que les dispositifs d'insertion professionnelle et d'aide à l'intégration scolaire. Il intervient aussi par des mesures d'aides fiscales (crédit d'impôts et exonération).
- **Les départements** sont responsables des prestations individuelles (APA, PCH) et du fonctionnement des établissements non médicalisés. Ils financent aussi des mesures d'aides sociales telles que l'aide ménagère, l'aide aux repas ou l'aide sociale à l'hébergement.

En 2013, les dépenses nettes d'aide sociale des conseils généraux s'élevaient à 33,9 milliards d'euros, dont 32,1 milliards en France métropolitaine, soit une hausse de 2 % en euros constants par rapport à 2012 et de près de 10 % depuis 2009 [35]. En Moselle, le budget du CG destiné à l'aide sociale des personnes âgées et handicapées en 2014 était de 189 millions d'euros [22].

- **Les régimes de sécurité sociale.**
 - l'assurance maladie se charge du remboursement des soins. Via les crédits fournis à la CNSA, elle s'occupe aussi des ESMS, des pensions d'invalidité et des dépenses en unités de soins de longue durée (USLD)
 - la Caisse Nationale des Allocations Familiales finance l'AAEH et l'AJPP
 - les régimes de retraite eux disposent d'un budget d'action sociale pour les personnes âgées pour le soutien à domicile et les lieux collectifs
- **L'AGEFIPH** quant à elle finance les aménagements de poste de travail dans les entreprises et les dispositifs d'accompagnement au retour à l'emploi. Le FIPHFP dans la Fonction Publique fait de même [19].

L'implication des ménages est plus difficile à quantifier. Outre les dépenses financières notamment liées aux frais d'hébergement, il faut noter la participation humaine des aidants familiaux qui fait diminuer le coût total de la dépendance.

Cette contribution informelle serait de 164 milliards d'euros pour l'économie française d'après le sociologue Serge Guérin contre seulement 11 milliards pour les économistes en ce qui concerne l'aide aux plus de 60 ans [36][37].

Face à la perspective d'évolution du coût de la perte d'autonomie, le Gouvernement prévoit de maintenir un financement solidaire, comme le désirent la plupart des Français. La loi pour la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie, prévoit des mesures financées grâce à la CASA, qui rapporte 645 millions d'euros par an [11].

Ainsi, 375 millions d'euros seront consacrés à la revalorisation de l'APA à domicile, 78 millions d'euros pour le droit au répit des aidants et 84 millions d'euros pour le volet adaptation dont 40 millions pour les logements [11].

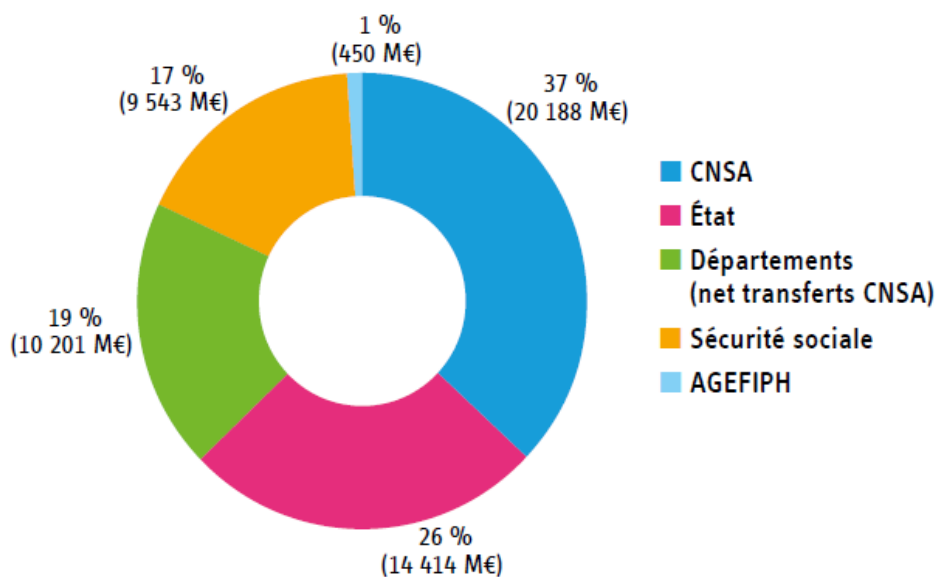


Figure 8. Répartition des contributions financières publiques à la compensation de la perte d'autonomie en 2012 – source : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2014

Les personnes âgées ne sont pas qu'à l'origine des dépenses publiques. Elles rapportent tout de même près de 92 milliards d'euros au marché français pour l'année 2012 avec l'achat de produits et services qui leur sont spécifiques. Le marché de la Silver Économie est donc très porteur et devrait atteindre près de 160 milliards d'euros en 2022.

VI. Les différentes catégories d'aides

A) Les aides humaines

Pour garder un proche à domicile, le recours aux aides humaines est essentiel.

1. Les aidants familiaux [36-38]

La famille est le principal acteur de l'aide humaine car ce rôle est considéré comme normal pour la plupart des gens. Plusieurs termes sont utilisés : on parle d'aidant informel, aidant naturel, proche aidant, aidant de proximité, aidant principal.

Depuis 2009, la Charte européenne de l'aidant familial formulée par la Confédération des Organisations Familiales de l'Union Européenne en donne une définition. L'aidant familial est *« la personne non professionnelle qui vient en aide à titre principal, pour partie ou totalement à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non et peut prendre plusieurs formes : nursing, soins, accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, démarches administratives, coordination, vigilance/veille, soutien psychologique, communication, activités domestiques »*

D'après l'enquête Handicap-Santé auprès des aidants informels de 2008, on estime à 8,3 millions le nombre d'aidants en France, dont 4,3 millions pour les proches âgés de 60 ans ou plus. 2,8 millions apportent une aide quotidienne à leurs aînés [11]. Il n'existe pas un profil unique des aidants mais au contraire une grande hétérogénéité des situations. Cependant, certaines caractéristiques se démarquent.

Les aidants sont principalement des femmes (57 % des cas) avec un âge moyen de 52 ans, vivant en couple et continuant d'exercer une activité professionnelle dans quasiment un cas sur deux (47%). 79% des aidants sont des membres de la famille et 21% est composé de l'entourage comme les amis et voisins.

Pour s'occuper des aînés, s'il s'agit d'un homme, 7 fois sur 10, c'est le conjoint qui est l'aidant principal. Par contre, s'il s'agit d'une femme, c'est l'enfant qui tient ce rôle dans la moitié des cas et le conjoint dans un tiers des cas. Pour les plus jeunes, c'est au contraire la mère qui aide dans 82% des cas.

L'aide est prodiguée à 5,5 millions de personnes vivant à domicile et par un seul aidant dans deux tiers des cas. Le temps de l'aide est plutôt élevé car l'entourage intervient en moyenne 6 heures 30 par jour, soit plus de 40 heures hebdomadaires.

Le plus souvent, cette aide s'inscrit dans la durée : 76% des aidants le sont depuis au moins 4 ans et 34% depuis au moins 10 ans. La moitié des aidants vivent avec la personne qu'ils aident.

Ce sont les femmes qui se font le plus aider (63% des cas). Huit personnes âgées aidées sur dix reçoivent l'aide régulière de leur entourage. Près de 90% des allocataires de l'ACTP ou la PCH, ont recours à un aidant non professionnel. Les jeunes, les hommes et ceux présentant un trouble intellectuel et sensoriel sollicitent davantage leur famille.

2. Les aides professionnelles

Les aides délivrées par des professionnels viennent en complément des aidants familiaux.

Le recours aux professionnels va s'amplifier dans l'avenir. Plusieurs transformations, comme le vieillissement démographique, l'âge plus tardif d'accès à la parentalité, la recomposition des familles, la féminisation du marché du travail et le recul de l'âge de départ à la retraite risquent d'entraîner une raréfaction du nombre d'aidants non professionnels.

Les allocataires ont recours dans moins d'un cas sur deux à un professionnel qui est principalement une aide à domicile qui intervient plus d'une heure par jour. Les personnes plus âgées, vivant seules, les femmes, et les patients porteurs d'un handicap moteur se font plus aidés par des professionnels [38].

2.1. Les services à la personne, pour la vie quotidienne [39][40]

Cet ensemble de services vise à contribuer au bien être de tous, à domicile. La loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne, modifiée par la loi du 23 juillet 2010, les a définis comme 23 activités regroupées en 3 secteurs : services à la famille, services de la vie quotidienne, et services aux personnes dépendantes représentant un tiers des activités.

Elle a aussi fixé un objectif de création de 500 000 emplois supplémentaires en trois ans dont un peu moins de la moitié a été réellement réalisé de nos jours.

Les priorités actuelles sont donc la structuration et la professionnalisation du secteur soutenues par la CNSA signant des conventions nationales avec les fédérations du secteur de l'aide à domicile et le gouvernement qui mène un plan pour les métiers de l'autonomie depuis mars 2014. Le tout est chapeauté par l'Agence nationale des services à la personne dont le but est de rendre l'offre disponible plus lisible avec notamment une charte nationale qualité des services à la personne.

Ce secteur employait 1,3 millions de personnes en 2012. Il est plus développé dans les zones rurales et dans les territoires où les personnes âgées de plus de 75 ans sont plus nombreuses. Ainsi, c'est dans le quart Sud Ouest de la France et la Basse-Normandie que l'emploi dans les services à la personne représente une grande part de l'emploi salarié. En Lorraine, il pèse 4% de l'emploi avec plus de 50 000 salariés dans le secteur.

La main d'œuvre est composée majoritairement par des femmes qui sont plus âgées et moins qualifiées que dans d'autres secteurs. Elles travaillent le plus souvent à temps partiel et dans des conditions de travail pénibles. Elle cumulent leur travail avec une activité extérieure aux services à la personne, devenant multi-actives dans près de 30% des cas.

En 2012, 913 millions d'heures ont été rémunérées au titre des activités de services à la personne. L'assistance des personnes en perte d'autonomie est de loin la première activité du secteur avec près des deux tiers des heures réalisées.

On comptait près de 33 000 organismes de services à la personne fin 2013 dont près de 900 dans notre région. En Lorraine, ce chiffre a plus que doublé depuis 2008 notamment avec une forte hausse en Moselle.

Ces organismes doivent être autorisés ou agréés selon le type d'activité. L'autorisation est délivrée par le département pour 15 ans au terme d'une procédure d'appel lancée sur la base du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale. La structure est alors financée directement par le département selon un système de tarification réelle arrêté en fonction du volume d'heures accomplies par les salariés et sera soumis à évaluation. Depuis 2005, il existe une procédure d'agrément simplifiée accordée pour 5 ans par les services de l'État en cas de respect d'un cahier des charges. Les organismes peuvent alors fixer librement leur prix dont seule l'évolution sera encadrée par le ministère de l'Économie. Enfin, une certification des organismes est aussi possible et s'inscrit alors dans une démarche volontaire. Elle atteste qu'un service est conforme à l'ensemble des exigences fixées dans un référentiel « métier » élaboré par un organisme certificateur ainsi que des professionnels du secteur et validé par les pouvoirs publics et les consommateurs. Trois certifications de services sont reconnues par l'État : NF Service, Qualicert et Qualisap.

La création d'un régime unique d'autorisation de l'ensemble des services d'aide à domicile, publics, associatifs et privés semble envisagée.

Depuis 2007, Handéo est une association nationale créée à l'initiative de plusieurs associations, fédérations et unions nationales du handicap. Elle structure les services à la personne dédiés à toutes les situations de handicap avec l'objectif de constituer un réseau de prestataires formés et qualifiés spécifiquement dans le domaine. Un label Cap'Handéo a ainsi été lancé avec une seule structure labellisée en Meurthe-et-Moselle pour la région Lorraine, et des pôles ressources locaux regroupant plusieurs acteurs sont en cours de développement.

a) Les modes d'intervention

Trois modes d'intervention existent :

- **Le mode prestataire au sein des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)** : Une association ou une entreprise met à disposition un de leurs salariés selon le plan d'aide prévu. Le bénéficiaire de l'aide n'est pas son employeur car le service est directement payé par le CD. Cependant, s'il reste une partie à payer, le bénéficiaire paie alors la différence au prestataire de service. Seuls les SAAD agréés ou autorisés peuvent intervenir pour les bénéficiaires de l'APA, la PCH ou l'aide ménagère départementale. La Moselle est engagée dans la démarche de qualité de l'aide à domicile et a signé avec certains SAAD une charte qualité [25].
- **Le mode mandataire** : une structure d'aide à domicile (le plus souvent une association) sert d'intermédiaire entre le bénéficiaire et l'employé. Le bénéficiaire donne mandat à cette structure pour qu'elle accomplisse en son nom l'ensemble des formalités administratives et sociales et l'accompagne dans son rôle d'employeur en contrepartie d'une participation financière. L'aide à domicile reste tout de même payée par le bénéficiaire qui est son employeur.
- **L'emploi direct** : le bénéficiaire de l'aide qui est l'employeur, assume seul toutes les tâches administratives sans passer par une structure. C'est le mode de recrutement prédominant avec un total de 550 millions d'heures en 2012. L'intervenant peut être payé par le système des chèques emploi service universel (CESU) dont l'adhésion peut se faire à sa banque, à l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) ou encore sur internet.

Le mode de déclaration du salarié est choisi : directement sur internet ou par un carnet de volets sociaux sans formulaire de chèques, c'est le CESU déclaratif. Les cotisations sociales sont prélevées directement sur le compte bancaire et le salarié est réglé avec le mode de paiement au choix de l'employeur : espèces, virement, chèque, CESU préfinancé. Il reste encore la possibilité de demander des chèquiers CESU à sa banque après autorisation, qui contiennent 20 chèques classiques pour rémunérer le salarié et 20 volets sociaux pour le déclarer à l'URSSAF.

S'il n'adhère pas à ce système, le particulier employeur doit remplir la déclaration nominative trimestrielle à l'URSSAF et établir chaque mois des bulletins de paye. Dans tous les cas, un contrat de travail devra être signé, l'employeur devra notifier une fois par an les droits individuels à la formation du salarié et s'affilier à un service de médecine du travail.

Un même intervenant à domicile peut travailler sous différents modes et des statuts différents au sein d'une même structure.

b) Les différents métiers

Les agents à domicile interviennent afin d'assurer des activités domestiques simples et aident à l'accomplissement de ces activités d'entretien du domicile auprès de personnes en capacité d'exercer un contrôle et un suivi de celles-ci. Ils n'ont pas de qualification professionnelle. Ils représentaient 106 000 personnes en 2012.

Les employé(e)s à domicile en dehors des tâches domestiques, assistent la personne dans ses démarches administratives simples. Il faut disposer d'un diplôme ou certificat de niveau V. Il y en avait 32 650 en 2012.

Les aides à domicile ou aides ménagères aident et accompagnent les personnes dans les gestes de la vie quotidienne qu'elles ne peuvent plus exécuter seules. Elles ne pratiquent aucun soin d'hygiène ni aucun soin médical mais plutôt des tâches domestiques telles que l'entretien de l'habitat, le repassage, les courses ou la préparation des repas. Elles sont néanmoins capables d'apporter un soutien moral, social, et psychologique.

Les auxiliaires de vie sociale sont les plus diplômées car elles disposent d'un diplôme d'État. Elles ont un domaine d'intervention assez large tout en ayant une approche intime avec la personne. Outre les tâches domestiques, elles s'occupent aussi de l'hygiène et du confort corporel ainsi que d'un accompagnement. On en dénombrait 42 680 en 2012.

Les assistant(e)s de vie aux familles mettent leurs compétences au service de la famille aussi bien pour les jeunes enfants que des personnes malades, handicapées ou âgées. Les tâches sont semblables aux auxiliaires de vie.

Le portage des repas [41] est réalisé directement au domicile de la personne lui évitant de sortir pour faire des courses et de devoir se faire à manger. C'est une solution utile aux personnes avec une mobilité réduite. Cependant, elle peut aussi aggraver le sentiment de solitude et être perçue comme le témoin d'une perte des capacités et d'identité avec l'absence de choix des menus ou le non respect des goûts par exemple. Afin de préserver le plaisir de la table et des rituels associés, il faudrait que ce service s'accompagne d'une présence humaine (famille, aide professionnelle, autres personnes âgées ou handicapées, autres générations) car le temps de distribution des repas est lui très court.

2.2. Les professionnels de santé :

Les rapports entre les aidants et les professionnels de santé sont plutôt bons car la plupart trouvent qu'ils leurs apportent de bonnes réponses face aux difficultés rencontrées.

a) Avec un exercice libéral

Les médecins [42-45] s'occupent de la santé des patients dans une relation de confiance, en particulier pour les médecins traitants. La santé *«ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité, c'est un état de complet bien-être physique, mental et social»* d'après l'OMS.

La mortalité et la morbidité des personnes en situation de handicap restent plus élevées que dans la population générale. Outre des explications propres aux handicaps, c'est aussi une prise en charge médicale insuffisante voire inadéquate qui peut être en cause. En effet, leur accès aux soins fait encore face à de nombreux obstacles notamment pour les soins les plus courants comme le montrait une audition publique conduite par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2008. Il s'agit aussi bien des actes de prévention (mammographie, frottis cervico-vaginal par exemple) que ceux curatifs (soins médicaux, dentaires, ou de rééducation). Les soins gynécologiques et dentaires sont particulièrement concernés du fait d'une situation sociale souvent plus défavorable et de problèmes d'accessibilité physique. Un suivi préventif systématisé de ces soins constitue une des recommandations du rapport Jacob de 2013. Des réseaux comme Handident proposent des ateliers d'éducation sur la santé bucco-dentaire au sein d'ESMS [42-45].

Les difficultés de communication, l'expression de la douleur parfois différente, l'altération de l'image corporelle, le sentiment d'infantilisation et de dépersonnalisation, les représentations sociales négatives sont autant de facteurs aggravant l'accès et la qualité des soins des personnes en perte d'autonomie [42-45].

C'est aussi l'organisation de la médecine libérale qui pose problème. En effet, en milieu urbain, la tendance est de privilégier la consultation au cabinet du médecin aux dépens du déplacement à domicile. De même, la démographie médicale avec la constitution de déserts médicaux est aussi une barrière à la consultation par les patients en perte d'autonomie. En effet, en Lorraine, l'offre de soins se concentre globalement sur l'axe Thionville, Metz, Nancy [21].

Différents moyens pour tenter d'améliorer le parcours de soins des personnes en perte d'autonomie ont été imaginés. Parmi lesquels, la télémédecine et ses expériences de téléconsultations, des associations de dentistes comme Dent'Adom ou opticiens qui se déplacent directement au domicile, la signature récente d'une charte Romain Jacob en Provence Alpes Côte d'Azur qui engage les professionnels de santé à améliorer cet accès, sont autant d'initiatives à considérer pour l'avenir. Des unités d'accueil et de soins pour les patients sourds en langue des signes ont été instaurées par une circulaire de 2007, avec un total insuffisant de 12 unités dont 1 en Lorraine installée à Nancy [42-45].

Globalement, la santé des personnes handicapées a quand même nettement progressé avec une espérance de vie qui se rapproche de celle de la population générale et un nombre de personnes handicapées dites *«vieillissantes»* qui atteint 635 000.

Les médecins traitants ont un rôle de coordinateur des soins à jouer auprès des autres aidants professionnels intervenant au domicile du patient. Ils interviennent sur prescription médicale qui permet d'être remboursé par l'assurance maladie à l'exception des psychologues.

Les infirmiers assurent des soins techniques comme : l'aide à la prise de médicaments, les injections, les perfusions, l'administration d'aérosols, la réalisation de pansements, la pose des bandes de contention, la surveillance. Parfois, ils pratiquent des soins d'hygiène à la personne. Une démarche de soins infirmiers est réalisée afin de déterminer un programme de soins personnalisés qui peut être journalier (séance d'une demi-heure à raison de 4 par 24 heures) ou hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention.

Les kinésithérapeutes restaurent, entretiennent et développent les possibilités fonctionnelles de leurs patients afin qu'ils disposent d'un maximum de mobilité : travail des amplitudes articulaires, renforcement musculaire, entretien de la marche, physiothérapie...

Les ergothérapeutes proposent des solutions adaptées et pratiques pour permettre à la personne aidée de maintenir, récupérer ou acquérir un maximum d'autonomie. Après une évaluation de leurs capacités, ils peuvent faire réaliser des séances de jeux pour les enfants ou des exercices spécifiques pour adultes. Ils donnent aussi des conseils par rapport à l'environnement et sur les aménagements éventuels du domicile.

Les orthophonistes prennent en charge les troubles de la communication orale et écrite.

Les psychomotriciens proposent au terme d'un bilan des capacités psychomotrices du patient, une prise en charge avec des techniques ludiques reposant sur l'utilisation du corps avec justement un objectif de réconciliation avec ce dernier.

Les psychologues écoutent et accompagnent des patients en souffrance morale avec différents outils : entretiens individuels ou de groupe, orientation, bilan psychologique, suivi thérapeutique.

Les pédicures-podologues réalisent des soins orthopédiques (affections épidermiques et unguéales). Leur rôle est primordial pour garantir un certain confort, éviter les chutes et prévenir les déformations (orthèses de type semelles orthopédiques).

b) Au sein d'organisations

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) sont définis par le décret du 8 mai 1981, la circulaire du 1er octobre 1981 puis le décret du 25 juin 2004 [39][46]. Ce sont des services médico-sociaux qui interviennent au domicile auprès :

- des personnes âgées : Goupes Iso-Ressources (GIR) 1 à 3, parfois 4 avec un besoin de soins 7 jours/7 une ou plusieurs fois par jour
- des personnes en situation de handicap : reconnues par la MDPH, pensions d'invalidité ou militaire, rente d'accident de travail
- des personnes de moins de 60 ans avec des pathologies chroniques nécessitant un traitement prolongé, une assistance dans la vie quotidienne et des prestations de soins

Leur but est d' *« assurer sur prescription médicale, les soins infirmiers et d'hygiène générale, les concours nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ainsi qu'éventuellement d'autres soins relevant d'auxiliaires médicaux »*.

Ils regroupent des infirmiers et des aides-soignants, et seraient au nombre de 2 095. Autorisés par les ARS définissant leurs tarifs et soumis à la réglementation du code de l'action sociale et des familles, les soins médicaux réalisés sont remboursés par l'assurance maladie.

Avant une intégration en SSIAD, l'infirmière coordinatrice effectue une évaluation au domicile du patient. Ils peuvent aussi intervenir dans les ESMS non médicalisés.

Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) [39][46] datent de 2004 et ont pour objectif de permettre une plus grande fluidité de la prise en charge en regroupant les effectifs d'un SSIAD et d'un SAAD. Ils proposent ainsi une prise en charge complète allant de l'aide ménagère aux actes de soins. Mais ils nécessitent une bonne coordination des intervenants et le problème de la tarification fait qu'ils restent encore peu nombreux. L'année dernière, 2083 SSIAD et SPASAD proposaient ainsi 115 185 places dont 1630 pour la Moselle organisées par 29 services [29].

Les équipes spécialisées Alzheimer à domicile (ESAD) [25] sont composées de professionnels de santé (infirmier, ergothérapeute...) et interviennent sur prescription médicale avec la mention « Prise en charge en soins d'accompagnement et de réhabilitation pour patient atteint de la maladie d'Alzheimer ». Après évaluation, elles proposent des activités à domicile pour favoriser l'autonomie au quotidien de la personne malade et accompagner les aidants dans leurs démarches. Il peut s'agir de soins personnels, de tâches domestiques, de stimulation cognitive, d'activité sociale, ou ciblée sur les troubles du comportement. Cette prestation est d'une durée limitée : 3 mois à raison de 2 séances/semaine maximum, éventuellement renouvelable. Elle est prise en charge à 100% par l'assurance maladie. En Moselle, il existe 5 dispositifs (annexe 3).

Les aides médico-psychologiques accompagnent au quotidien des personnes en perte d'autonomie au sein des ESMS. Outre leurs recours pour les activités de tous les jours (toilette, repas, déplacements...), ils ont un rôle de soutien et d'éveil avec la pratique de loisirs ou d'activités de la vie sociale. Ils permettent de maintenir les capacités du patient notamment sur le plan cognitif.

Les Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer [47] appelées MAIA, ont été formées conformément au plan national Alzheimer. Elles constituent un réseau de coordination entre tous les acteurs de soins et d'aides à l'accompagnement de la vie à domicile.

Reconnues par l'article 78 de la loi n° 2010-1594 de financement de la Sécurité sociale pour 2011, elles sont financées par les ARS. Elles sont dirigées chacune par un pilote MAIA désigné comme responsable de leur déploiement au sein d'une structure déjà existante sur un territoire fixé. Une double concertation, stratégique avec les décideurs territoriaux, et tactique avec les prestataires de services, est régulièrement organisée. Par ailleurs, des professionnels paramédicaux ou travailleurs sociaux, appelés gestionnaires de cas, sont chargés de suivis personnalisés considérés comme complexes. Ils élaborent ainsi une prise en charge globale de la personne souffrant d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, ou par extension de toute personne âgée en perte d'autonomie. Actuellement, il y en a deux en Moselle : à Metz et Thionville.

L'acronyme MAIA est devenu en 2014 avec le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement [11], une nouvelle méthode de travail en coordination comme nous le verrons ultérieurement.

2.3. Les professionnels du social et de la justice, pour l'accompagnement et la protection juridique

Les assistant(e)s de service social viennent en aide aux individus en difficultés afin de favoriser leur bien-être, leur insertion sociale et leur autonomie. Ils écoutent, soutiennent, accompagnent et orientent les personnes en fonction de leurs demandes et de leurs besoins en les aidant dans leurs démarches comme remplir des dossiers ou contacter des structures dédiées. Ils sollicitent d'autres travailleurs sociaux quand cela s'avère nécessaire tels que **les conseillers en économie sociale et familiale ou les techniciens de l'insertion sociale et familiale** [48].

Les conseillers en économie sociale et familiale concourent à l'information et la formation des personnes pour les aider à résoudre leurs problèmes de la vie quotidienne comme la consommation, l'habitat, l'insertion sociale et professionnelle, l'alimentation et la santé. Leurs actions éducatives ont pour objectif la valorisation et/ou l'appropriation des compétences par les personnes avec la construction de projets. On peut les retrouver dans des structures très diverses comme des organismes sociaux privés et publics, des collectivités territoriales, des bailleurs sociaux, des associations, des hôpitaux, des mutuelles, des services tutélaires ou dans certaines entreprises [48].

Les techniciens de l'insertion sociale et familiale interviennent auprès de personnes qui ont besoin d'aides dans certaines circonstances. Ils soulagent et épaulent la famille au quotidien (gestion du budget et des démarches administratives). Ils sont chargés de l'accompagnement social dans la prise en charge des responsabilités de la vie quotidienne de la famille. Il faut avoir au moins un enfant à charge ou attendre son premier enfant et bénéficier des allocations familiales à ce titre pour en bénéficier. Ils exercent leur rôle dans des associations d'aide à domicile, des établissements spécialisés, des services d'accueil d'urgence ou certaines collectivités locales comme les mairies [48].

Les Services d'accompagnement pour adultes handicapés [49] sont de deux types : les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH). C'est la MPDH qui prend la décision pour l'entrée dans ces services. En 2014, 1252 structures comportaient 43 552 places. En Moselle, 427 places leur étaient réservés au sein de 12 services [29].

Leur rôle principal est d'assurer le maintien des personnes handicapées dans le milieu ordinaire en favorisant l'accès aux services offerts par la collectivité et en développant des liens sociaux. Les SAMSAH offrent en plus un accompagnement médical et paramédical avec une coordination des soins.

Les professionnels qui travaillent au sein des SAVS sont en majorité des travailleurs sociaux, des psychologues et des chargés d'insertion. Ils coordonnent les actions des intervenants dans différents domaines comme l'accompagnement à la santé, la vie domestique, la pratique d'activités de loisirs et sportives, l'aide financière, les déplacements, l'accès au logement, l'aide relationnelle, psychologique et sociale. Ils sont financés par le département. Les SAMSAH sont composés d'une équipe pluridisciplinaire, donc aussi bien des travailleurs sociaux que des auxiliaires médicaux et un médecin. Leur financement dépend à la fois du département et de l'assurance maladie pour la partie relative aux soins.

Les mesures d'accompagnement des majeurs [50] permettent d'aider des personnes majeures en grandes difficultés sociales qui perçoivent des prestations sociales.

Il y a **la mesure d'accompagnement social personnalisé** pour les personnes dont la santé ou la sécurité sont menacées par leurs difficultés de gestion. Elle est délivrée par les services sociaux du département.

Un contrat est passé avec le président du CD, pour une durée de 6 mois à 2 ans, renouvelable dans la limite de 4 ans maximum avec des engagements réciproques. Une contribution selon les ressources peut être demandée au bénéficiaire. Les actions peuvent aller de la simple action éducative jusqu'à la gestion d'une partie ou de toutes les prestations notamment le règlement du logement, par le département. Si des difficultés sont persistantes comme le non paiement du loyer pendant deux mois, le président du CD demande alors au Juge d'instance le versement direct au bailleur.

A la fin du contrat, un rapport est remis au Procureur de La République qui peut choisir de la renouveler ou d'appliquer une mesure plus contraignante via le Juge des tutelles pour une **mesure d'accompagnement judiciaire voire de protection juridique**.

La mesure d'accompagnement judiciaire est délivrée par un mandataire judiciaire à la protection des majeurs qui perçoit et gère tout ou partie des prestations sociales d'une personne majeure, en fonction de son avis et de sa situation familiale. La personne conserve toutes ses capacités à réaliser des actes de la vie civile. Le but est de rétablir son autonomie dans la gestion de ses ressources. Le Juge des tutelles après avoir entendu la personne concernée, prend les décisions telles que le choix des prestations soumises à la mesure et désigne le mandataire parmi une liste tenue par le Préfet.

La durée ne peut excéder deux ans sauf en cas de demande de renouvellement par le majeur protégé, le mandataire ou le procureur où elle peut atteindre quatre ans.

Quand une personne ne parvient plus à gérer seule ses affaires courantes et ses biens, il devient nécessaire de mettre en place **une mesure de protection juridique** [5][50] tout en accordant une place importante à l'autonomie et au respect de la vie privée.

La réforme de la protection juridique, portée par la loi du 5 mars 2007, a placé cette notion d'autonomie au cœur du dispositif plutôt d'accompagnement, à travers la gestion de ses biens, bien au-delà d'une simple protection. Ainsi, la nouvelle loi d'adaptation prévoit que le mandataire judiciaire à la protection des majeurs fournisse une notice d'information à laquelle est annexée une charte des droits de la personne protégée [11].

Ces mesures sont prévues par la loi avec notamment l'article 490 du Code Civil qui prévoit que *« lorsque les facultés mentales sont altérées par une maladie, une infirmité ou un affaiblissement dû à l'âge, il est pourvu aux intérêts de la personne par l'un des régimes de protection prévus aux chapitres suivants. Ils sont applicables à l'altération des facultés corporelles, si elle empêche l'expression de la volonté. L'altération des facultés mentales ou corporelles doit être médicalement établie »*.

Les demandes sont faites auprès du Juge des tutelles du domicile de la personne. Elles doivent être accompagnées d'un certificat médical circonstancié par un médecin différent du médecin traitant et inscrit sur une liste fournie par le Procureur de la République. Il doit établir les altérations de faculté du majeur, leur évolution prévisible ainsi que les conséquences sur la nécessité d'être assisté ou accompagné au quotidien.

Plusieurs dispositifs sont prévus :

- **La sauvegarde de justice** est une mesure de protection immédiate, provisoire car sa durée est de 1 an maximum renouvelable une fois, fixée par le Juge des tutelles ou sur déclaration médicale conjointe de son médecin et d'un psychiatre. Le mandataire est choisi pour représenter la personne dans l'accomplissement de certains actes. Il peut faire annuler en justice les actes relatifs à la gestion du patrimoine, que la personne aurait pu réaliser pendant la période couverte mais contraires à son intérêt. Il doit rendre compte de l'exécution de son mandat au juge et bien sûr à la personne.
- **La curatelle** est une mesure de protection légère, où la personne se fait assister par un curateur qui la conseille ou la contrôle dans la vie courante mais ne décide pas à sa place. Elle peut être simple c'est à dire pour des actes importants, aménagée pour des actes fixés par le Juge ou renforcée où le curateur perçoit les ressources et règle les dépenses. La durée est variable pouvant aller jusqu'à 5 ans, renouvelable.
- **La tutelle** est la mesure la plus forte où la personne est complètement déchargée de la gestion de ses biens et se fait représenter par son tuteur de manière continue dans les actes de la vie civile. Le tuteur est le seul habilité à gérer le patrimoine du majeur protégé, sous contrôle du Juge des tutelles. La durée est variable pouvant aller jusqu'à 5 ans, renouvelable.

Le choix du lieu de vie et de ses relations, le consentement médical, la réalisations des actes civils personnels appartiennent à la personne protégée. Par contre, le mariage, le divorce, tout comme le droit de vote en cas de tutelle sont soumis à l'accord du Juge.

Les mandataires, curateurs et tuteurs sont choisis en priorité parmi la famille de la personne. En cas d'impossibilité, un mandataire judiciaire de la protection des majeurs reconnu comme professionnel est désigné.

Le mandat de protection future [50] est prévu par loi du 5 mars 2007 puis les décret et arrêté du 23 décembre 2009. Il permet de désigner à l'avance une personne qui s'occupera de ses intérêts et de la protection de sa personne en cas d'incapacité à le faire. Il peut aussi être établi pour autrui par les parents souhaitant organiser à l'avance la défense des intérêts de leur enfant souffrant de maladie ou de handicap

C'est un contrat libre qui peut porter soit sur la protection de la personne, celle de ses biens, ou sur les 2 en pouvant être confiées à des mandataires différents. On peut désigner aussi quelqu'un qui sera chargé de contrôler le respect du mandat. Pour l'établir, on peut utiliser un formulaire Cerfa ou du papier libre daté et signé de sa main et contresigné par un avocat. Pour prévenir tout litige sur la date de signature, on peut aussi le faire enregistrer par la recette des impôts de son domicile moyennant 125 €. Pour donner des pouvoirs étendus sur la protection des biens, il doit être établi par un notaire. Dans tous les cas, le mandat est signé par le futur mandataire.

Le mandat de protection future s'exerce à titre gratuit sauf si on veut prévoir une rémunération ou une indemnisation (tarif libre). Il prend effet quand le bénéficiaire ne peut plus pourvoir seul à ses intérêts de manière médicalement constatée par un médecin inscrit sur une liste établie par le Procureur. Le mandataire se présente alors muni du mandat et du certificat médical au Greffe du Tribunal d'Instance pour faire viser le mandat par le greffier et permettre ainsi sa mise en œuvre.

B) Les aides financières

1. Les aides départementales [16]

Suite à une délégation par l'État, c'est le département qui possède le plus de compétences dans le financement d'aides à la perte d'autonomie.

1.1. L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) [50]

Depuis 2002, l'APA est versée par le département du domicile de la personne.

Les conditions pour en bénéficier sont :

- être âgé(e) d'au moins 60 ans
- résider en France de manière stable et régulière
- être français(e), membre d'un Pays Européen ou disposer d'un titre de séjour valide
- avoir des difficultés pour assumer seul(e) les actes essentiels du quotidien ou être dans un état nécessitant une surveillance régulière
- quelles que soient ses ressources : elle n'est pas soumise à des conditions de ressources
- quel que soit son lieu de vie : domicile, établissement, famille ou tiers rémunéré

Le montant de l'allocation est fixé en fonction des besoins de la personne précisés dans le cadre d'un plan d'aide personnalisé et du degré de perte d'autonomie selon les GIR allant de 1 (les moins autonomes) à 6 (les plus autonomes), révisable à tout moment en cas de changement de situation (tableau IV) [5].

Cette évaluation est faite au domicile de la personne par une équipe médico-sociale qui utilise la grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources) pour noter les capacités de la personne âgée à accomplir certaines activités (annexe 4). Elle est modulée selon l'implication des proches aidants considérés comme des ressources en nature disponible [5]. Le médecin traitant peut assister à cette évaluation sur demande de la personne âgée ou de sa famille.

Il y a 10 activités corporelles et mentales dites discriminantes et 7 activités domestiques et sociales illustratives qui sont chacune examinées car elles correspondent aux actes de la vie quotidienne. Pour chaque activité, les capacités de la personne âgée sont évaluées selon 3 items :

- fait seule, spontanément et totalement et habituellement et correctement
- fait seule non spontanément et/ou partiellement et/ou non habituellement et/ou non correctement
- ne fait pas

Tableau IV. Détermination des groupes GIR selon le degré de perte d'autonomie – source : Code de l'action sociale et des familles : articles R232-1 à R232-6

GIR	Degré de perte d'autonomie
GIR 1	Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants
GIR 2	Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante
	Personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
GIR 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
GIR 4	Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage
	Personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
GIR 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
GIR 6	Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

Les 4 premiers GIR sont concernés par l'APA.

Une participation financière qui ouvre droit à une réduction d'impôts, est demandée si les ressources de la personne dépassent un certain niveau (739,06 € par mois). Le montant du ticket modérateur augmente ainsi avec les revenus. Il est de 90% du coût du plan d'aide si les revenus mensuels sont supérieurs à 2945,23 €.

Le département dispose de 10 jours pour accuser réception du dossier complet et 30 jours pour proposer un plan d'aide. Le bénéficiaire a alors 10 jours pour l'accepter. S'il souhaite y apporter des modifications, le département a ensuite 8 jours pour établir un projet définitif. Le refus exprès ou l'absence de réponse de l'intéressé dans les 10 jours est pris comme un abandon de sa demande. L'attribution est ensuite notifiée au demandeur par le président du CD qui a seulement 2 mois pour le faire après le dépôt de la demande.

Passé ce délai, l'APA est considérée comme accordée. Elle est attribuée sans limitation de durée mais est révisée périodiquement. Elle est suspendue en cas d'hospitalisation supérieure à 30 jours.

Une procédure d'urgence est possible, pour motif médical ou social, avec le versement d'une APA provisoire de 656,33 € pendant 2 mois qui sera déduit des montants ultérieurs.

Il n'y a pas de récupération de cet argent sur les successions ou les donations.

Elle ne peut pas se cumuler avec d'autres prestations comme l'ACTP, la PSD, la majoration pour aide constante d'une tierce personne, la PCH, l'aide ménagère départementale. Par contre, elle peut se cumuler avec l'ASH et les aides facultatives des organismes de sécurité sociale ou des communes sauf délibération contraire de leurs instances de décision.

Pour l'obtenir, il faut déposer un dossier au CD que l'on peut retirer dans différents endroits comme les services du CD, les mairies, les CLIC Moselle, les CCAS ou CIAS, les organismes de sécurité sociale ou de mutuelle, les services d'aide à domicile, les ESMS ainsi que sur le site internet du CD. Un certificat médical (non obligatoire) rempli par le médecin traitant et datant de moins de 2 mois est demandé par le département de la Moselle pour constituer le dossier. Celui-ci comporte la partie de la grille Aggir consacrée aux variables discriminantes.

L'APA à domicile est une prestation en nature personnalisée, qui est affectée à des dépenses précisément adaptées aux besoins particuliers de chaque allocataire vivant à domicile. Est considéré comme le domicile : un accueil familial, un établissement avec une capacité d'accueil inférieure à 25 places ou un foyer logement pour personne valide.

Elle finance principalement des aides à domicile : soit des associations ou organismes d'aide à domicile agréés, soit des salariés employés directement par la personne âgée. Ils interviennent pour des aides à la personne, à l'environnement ou aux sorties. Dans ce cas, l'APA peut être versée directement aux prestataires ou sous forme de CESU préfinancés pour payer les aides à domicile ou des frais de taxi par exemple.

Mais l'APA peut prendre en charge aussi certains services (la téléalarme, le portage des repas, les transports), certaines aides matérielles comme les articles d'hygiène ou les aides techniques, des travaux pour l'adaptation du logement et des frais de séjour en accueil de jour ou temporaire. Tout dépend du plan d'aide individualisé.

Les montants maximum mensuels au 1er avril 2014 fixés par un barème national sont :

- pour le GIR 1 : 1 312,67 €
- pour le GIR 2 : 1 125,14 €
- pour le GIR 3 : 843,86 €
- pour le GIR 4 : 562,57 €

Pour les dépenses non couvertes par le plan d'aide, le bénéficiaire de l'APA a le droit à une réduction d'impôt prévue pour l'emploi direct d'un service d'assistance aux personnes. Néanmoins, la participation du bénéficiaire de l'APA est majorée de 10 % s'il fait appel à un service d'aide ménagère non agréé ou s'il emploie un salarié qui n'a ni expérience, ni qualification.

Pour les résidents permanents en établissements d'hébergement d'au moins 25 personnes, l'APA permet en partie le financement du tarif dépendance. **L'APA en établissement** est ainsi directement versée chaque mois par le CD à l'établissement sous la forme d'une dotation globale. Elle constitue l'une des composantes des frais de résidence en établissement.

Au 31 décembre 2013, 1 218 730 personnes bénéficient de l'APA dont 715 180 à domicile contre 503 560 en établissement [16]. En Moselle, 12 700 personnes âgées ont bénéficié de l'APA à domicile contre 6700 en établissement en 2013. 3 250 000 heures ont été réalisées au domicile des personnes dépendantes [22].

Il devrait y avoir environ 2 millions de bénéficiaires de l'APA en 2040. Face à une saturation des plans d'aide surtout pour les plus dépendants (26% des cas en 2007), une réforme de l'APA à domicile est envisagée dans la nouvelle loi pour l'adaptation de la société au vieillissement afin d'augmenter les possibilités d'aides comme pour les aides techniques et d'en diminuer le coût pour les familles avec une réduction du montant qui reste à leur charge. Une revalorisation des plafonds des plans d'aide est prévue pour l'ensemble des bénéficiaires : de 30% pour les GIR 1, de 23% pour les GIR 2 et de 19% pour les GIR 3-4 [11].

1.2. La Prestation de Compensation du Handicap (PCH) [50]

C'est une aide personnalisée qui est attribuée selon le principe de compensation, innovation de la loi du 11 février 2005 [6].

Le dossier est à retirer à la MDPH ou sur internet. Une fois complété et déposé à la MDPH, les besoins de compensation liés au handicap seront évalués par son équipe pluridisciplinaire sur la base du projet de vie exprimé par la personne. Un plan personnalisé de compensation sera ainsi établi par cette équipe et proposé au bénéficiaire qui aura 15 jours pour faire part de ses remarques. L'ensemble sera alors transmis à la CDAPH qui a 4 mois pour rendre sa décision. Passé ce délai, l'absence de réponse équivaut à un refus.

La personne est informée deux semaines en avance du lieu et de la date où se tiendra la réunion de la CDAPH pour pouvoir y assister ou se faire représenter.

En cas d'accord, elle est versée par le département.

Une procédure dite d'urgence existe si les délais d'instruction risquent de compromettre le retour ou le maintien à domicile ou dans l'emploi, ou si des frais considérables ne pouvant être différés ou supportés seuls sont engagés. Il suffit d'écrire à la MDPH en précisant la nature des aides demandées, le montant prévisible et les éléments justifiant le caractère urgent confirmé dans un document délivré par un professionnel de santé ou un organisme médico-social ou social. Le président du CD statue dans les 15 jours ouvrés en arrêtant le montant provisoire de la PCH.

Introduite en 2006, elle a progressivement remplacé l'ACTP pour les personnes handicapées adultes de moins de 60 ans. Toutefois, les bénéficiaires de l'ACTP ont le choix entre poursuivre avec cette allocation, ou la remplacer par la PCH de manière définitive. Depuis le 1er avril 2008, elle n'est pas uniquement réservée aux adultes car les enfants et jeunes adultes de moins de 20 ans peuvent y prétendre. S'ils répondent aux conditions d'ouverture du complément de l'AEEH, ils pourront choisir en plus de l'AEEH de toucher soit ce complément soit la PCH.

La PCH et l'AAH, ou un de ses compléments peuvent se cumuler. Par contre, ce n'est pas possible avec l'ACTP, l'APA ou l'allocation compensatrice pour frais professionnels.

Après 60 ans, la personne peut choisir entre poursuivre avec la PCH ou la remplacer par l'APA.

Elle est versée à domicile comme en établissement.

Les conditions pour en bénéficier sont :

- être reconnu(e) comme handicapé par la CDAPH, c'est à dire présenter une difficulté absolue à la réalisation d'une activité (ne pas faire du tout par soi-même) ou une difficulté grave (faire difficilement et de manière altérée) pour deux de ces activités de façon définitive ou supérieure à 1 an. La liste des activités est établie au sein d'un référentiel national, qui est le guide d'évaluation des besoins en compensation des personnes handicapées (GEVA)
- résider de façon stable et régulière en France
- avoir au maximum 60 ans sauf dans 2 cas :
 - Le premier est d'exercer une activité professionnelle après 60 ans et présenter un handicap selon les critères d'attribution de la PCH
 - Le deuxième est l'apparition d'un handicap répondant aux critères d'attribution avant l'âge de 60 ans et en faire la demande jusqu'à 75 ans inclus

Les seuils d'âge pour l'obtention de la PCH doivent faire l'objet d'un rapport du gouvernement au Parlement en vue d'une éventuelle suppression de cette barrière [11].

- quelles que soient les conditions de ressources
Cependant, il faut avoir des ressources annuelles inférieures à 26 473,96 euros pour bénéficier du taux maximum de 100% de la prise en charge de la PCH. En cas de dépassement du plafond, ce taux ne sera plus que de 80%.

La PCH peut être affectée à des charges de natures différentes : des aides humaines, des aides techniques, des aménagements de logement ou véhicule et des surcoûts liés aux frais de transport, des charges spécifiques et exceptionnelles, ou encore des aides animalières (figure 9).

Pour l'aide humaine qui est l'élément le plus financé, elle permet de rémunérer un service d'aide à domicile ou de dédommager un aidant pour les actes essentiels de la vie quotidienne, la surveillance régulière ou les frais supplémentaires liés à l'exercice d'une activité professionnelle. Y sont exclues les tâches ménagères, la préparation des repas ou les courses. Pour les handicaps sensoriels, des forfaits d'aides humaines sont proposés sans évaluation préalable au domicile si l'acuité visuelle est inférieure à 1/20ème (forfait de 50 heures) ou l'acuité auditive a une perte de 70db (forfait de 30 heures).

Pour les aides d'aménagement du logement, celles-ci peuvent être attribuées au logement d'une personne qui héberge une personne handicapée à condition qu'il y ait un lien de parenté jusqu'au 4ème degré.

Les charges spécifiques sont des dépenses permanentes et prévisibles liées au handicap, celles exceptionnelles sont des dépenses ponctuelles, ces charges ne doivent pas être prises en compte par un des autres éléments de la PCH.

L'aide animalière est destinée à l'acquisition et à l'entretien d'un animal participant à l'autonomie de la personne handicapée. La condition est que l'animal doit avoir été éduqué par des éducateurs spécialisés dans une structure labellisée comme les chiens d'assistance ou guide d'aveugle.

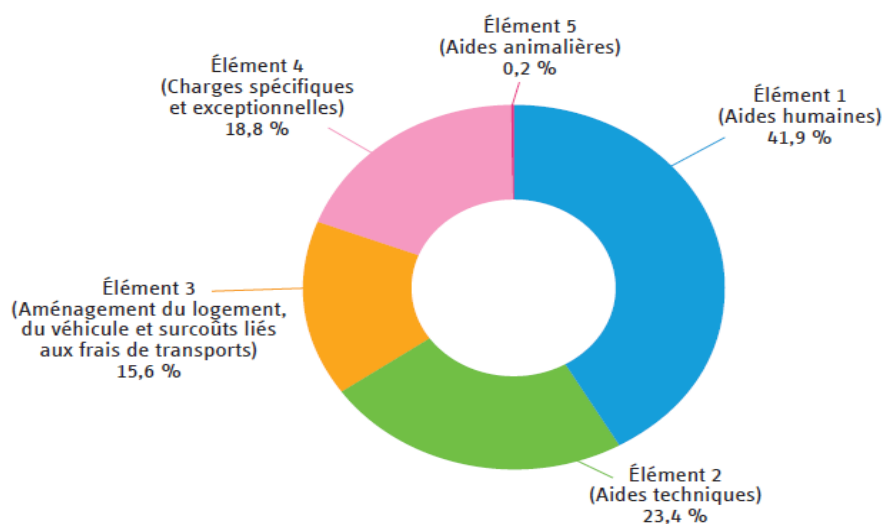


Figure 9. Répartition des éléments attribués de la PCH en pourcentage au cours de l'année 2013 – source : CNSA

Chaque élément est attribué, selon les besoins de la personne recensés dans le plan personnalisé et dans les limites d'un plafond décidé au niveau national (Tableau V).

En cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans un établissement pour personnes handicapées, la personne conserve 10% du montant antérieurement versé pour l'élément de la PCH destiné à financer l'aide humaine.

Pour les aides techniques, le niveau de remboursement dépend de leur inscription à la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) de la Sécurité Sociale. Ainsi, le taux de prise en charge ne sera que de 75% pour les aides qui n'y sont pas inscrites. Les aides techniques comme les aménagements du domicile ou des véhicules ne doivent pas être acquis ou réalisés avant la prise de décision de la CDAPH.

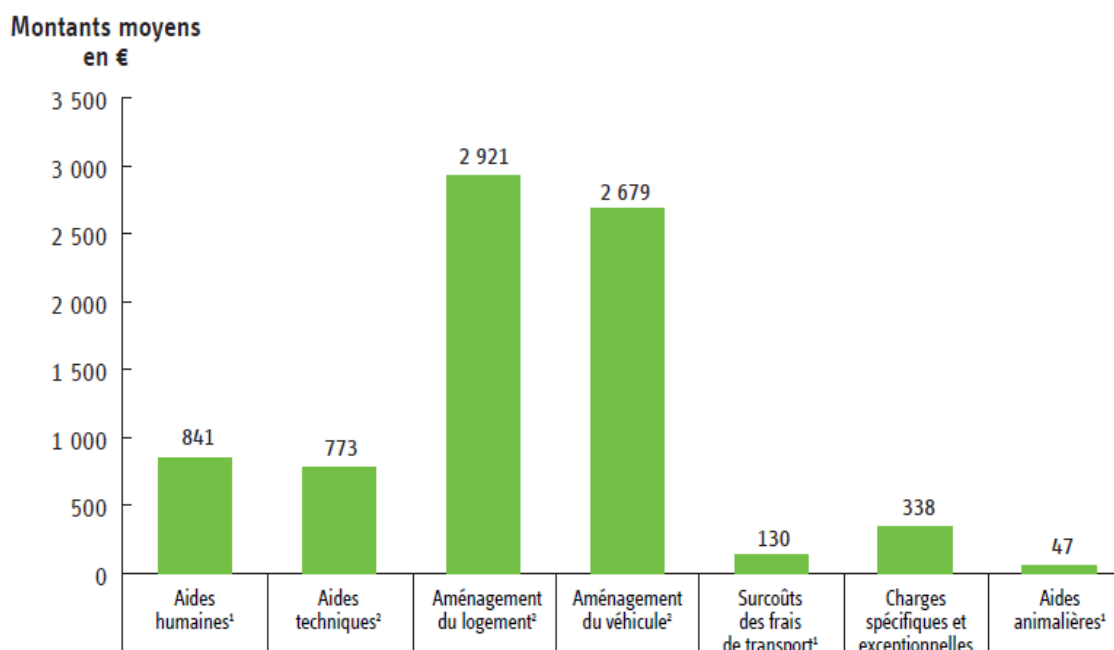
Les frais de déménagements peuvent être pris en charge si l'aménagement s'avère impossible ou trop coûteux et que le choix d'habiter dans un autre logement adapté est fait (3000 € valable 10 ans).

Tableau V. Plafonds des aides en euros par éléments de la PCH fixés au plan national au 1er janvier 2014 – source : CNSA

Type d'aides	Plafonds des aides attribuées
Aide humaine	12,39 €/h pour l'emploi direct 13,63 €/h pour un service mandataire 17,59 €/h ou tarif du service autorisé pour un service prestataire 3,65 €/h pour un aidant familial dédommagé 5,48 €/h pour un aidant familial dédommagé (si cessation totale ou partielle d'une activité professionnelle)
Aides techniques	3 960 € pour 3 ans (sauf cas de déplafonnement)
Aménagement du logement	10 000 € pour 10 ans
Aménagement du véhicule, surcoûts liés au transport avec son véhicule ou d'autres moyens de transports	5 000 € pour 5 ans (12 000 € pour surcoûts liés aux trajets avec son véhicule)
Charges spécifiques	100 € par mois
Charges exceptionnelles	1 800 € pour 3 ans
Aide animalière	3 000 € pour 5 ans

La PCH est versée tous les mois par le département ou alors ponctuellement pour certains éléments dans la limite de 3 (figure 10). Le montant global moyen de la PCH était de 775 € en juin 2012.

En 2013, 174 100 personnes âgées de moins de 60 ans ont reçu une PCH [16]. Du fait de conditions plus attractives que l'APA (aides techniques plus importantes), le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus qui la perçoivent, connaît une croissance (45 090 bénéficiaires en 2013) [16]. En Moselle, ce sont 3187 personnes qui étaient concernées par la PCH, avec 1 950 000 heures réalisées à son titre fin 2013 [22].



1 : Montant mensuel; 2 : Montant ponctuel

Figure 10. Répartition des montants moyens attribués selon les éléments de la PCH – source : Questionnaire mensuel CNSA 2014

1.3. Les Autres aides sociales départementales avec l'aide aux repas et l'aide ménagère à domicile [25] [50]

Les départements participent à la prise en charge financière de services en nature proposés pour les tâches quotidiennes d'entretien, les soins d'hygiène, les courses, le portage de repas, les démarches simples et courantes que la personne ne peut accomplir elle-même à son domicile prévu par l'article L 231-1 du code de l'action sociale et des familles [10].

D'après le règlement d'aide sociale départementale de Moselle, la condition d'âge pour en bénéficier est de 60 ans et plus.

L'article L.132-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles prévoit une récupération des ces prestations sociales en cas de retour à une meilleure fortune ou donation survenue après la demande d'aide sociale ou dans les 10 ans précédents. Pour le recours sur succession, il ne s'applique que sur la partie supérieure à un seuil successoral de 46 000 € après abattement de 760 €.

L'aide aux repas participe aux frais de repas et de goûter servis par les foyers-restaurants habilités au titre de l'aide sociale ou par le biais d'un service de portage à domicile.

Les conditions pour en bénéficier sont :

- être âgé(e) d'au moins 65 ans ou 60 ans en cas d' inaptitude au travail ou pour la Moselle
- être âgé(e) de moins de 60 ans et reconnu(e) invalide par les organismes de sécurité sociale ou avoir un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80% d'après la MDPH ou être dans l'impossibilité de se procurer un emploi du fait de son handicap

- résider de manière stable et régulière en France ou posséder un titre de séjour valide
- avoir des ressources qui ne dépassent pas un plafond de 9 600,00 €/an pour une personne seule et 14 904,00 €/an pour un couple

La demande est à déposer auprès de la mairie de son domicile qui constitue le dossier et le transmet aux services du CD. En cas d'accord, la prise en charge est réglée directement par le département sous la forme d'une participation sur la base de montants fixés annuellement par arrêté au prestataire habilité. Par ailleurs, les foyers restaurants proposent des repas à des prix modérés.

L'aide ménagère à domicile apporte un soutien matériel (travaux ménagers, préparation des repas) et moral aux personnes afin qu'elles puissent rester à leur domicile.

Les conditions pour en bénéficier sont : les mêmes que pour l'aide aux repas. Il faut en plus, avoir besoin de services ménagers en raison de son état de santé et ne pas remplir les conditions pour bénéficier de l'APA.

La demande est à déposer à la mairie de son domicile qui la transmet au CD. Même accordée, la durée des services réalisés par une association habilitée ne pourra excéder 30 heures par mois pour une personne seule, et 48 heures pour un couple.

L'aide est accordée en nature lorsqu'un service d'aide ménagère est organisé par la commune du demandeur. Une participation financière est demandée au bénéficiaire par le CD qui verse la prestation directement au service sur la base d'un tarif.

Même si le nombre de bénéficiaires diminue de façon continue depuis les années 1980, 17 760 personnes âgées et 20 270 handicapées en ont encore profité en 2013.

2. Les aides de l'État

2.1. L'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) [50] [51]

Depuis 1975, c'est un minimum social qui garantit aux personnes handicapées un certain niveau de ressources.

L'AAH est financée par l'État et versée mensuellement par les CAF ou la MSA après accord de la CDAPH des MDPH où sera déposée la demande. Le droit est ouvert à partir du mois suivant le dépôt du dossier, révisable à tout instant. L'absence de réponse de la CDAPH dans les 4 mois et de la CAF/MSA dans le mois sera synonyme de rejet.

Les conditions pour en bénéficier sont :

- être âgé(e) d'au moins 20 ans (ou 16 ans si n'est plus à charge pour les prestations familiales)
- ne pas avoir atteint l'âge de la retraite
- être domicilié(e) en France de manière stable et régulière

- présenter une incapacité permanente reconnue d'au moins 80%
- selon l'avis de la CDAPH, présenter une restriction substantielle et durable (durée prévisible d'au moins 1 an) d'accès à l'emploi pour les taux d'incapacité entre 50 et 79%
- ne pas dépasser un plafond de ressources annuels (revenus du demandeur et de son conjoint éventuel) au cours de l'année de référence (c'est à dire N-2) soit 9605,40 € pour une personne seule, 19 210,80 € pour un couple et 4 802,70 € supplémentaire par enfant à charge
- ne pas recevoir de pension d'un montant au moins égal à celui du montant maximal mensuel de l'AAH

Le montant maximum de l'AAH, à partir du 1er septembre 2014, est de 800,45 € par mois pour une personne handicapée ne disposant d'aucune ressource. Dans les autres cas, il est calculé selon les ressources (un douzième de la différence plafond et montant annuel des revenus).

Il pourra être réduit en cas de séjour dans un établissement de santé ou un établissement pénitentiaire supérieur à 60 jours et ne représenter que 30% du montant mensuel de l'allocation sauf en cas de forfait journalier, ascendant ou enfant à charge, ou conjoint qui ne travaille pas pour un motif reconnu par la CDAPH.

Si la personne touche déjà une pension (invalidité, vieillesse, rente d'accident de travail), elle sera versée en priorité sur l'AAH et seule la différence entre le montant de la pension et celui de l'AAH sera attribuée.

La personne peut exercer une activité professionnelle :

- dans un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) : l'AAH peut se cumuler avec la rémunération garantie sans dépasser 100% du SMIC brut calculé pour 151,67 heures mensuelles, le pourcentage est majoré de 30% si elle est en couple et de 15% pour enfant ou ascendant à charge.
- en milieu ordinaire : il existe un droit à cumuler AAH et intégralité des revenus d'activité professionnelle (quels que soient leur montant) sur une durée de 6 mois à compter de la reprise du travail, puis un cumul partiel est calculé à partir d'une déclaration trimestrielle.

Elle est attribuée pour une période de 1 à 5 ans, jusqu'à 10 ans si le handicap n'est pas susceptible d'évoluer favorablement en cas d'incapacité d'au moins 80%, sinon pour une durée de 1 à 2 ans.

Le versement de l'AAH prend fin à partir de l'âge minimum légal de départ à la retraite en cas d'incapacité de 50% à 79%. À cet âge, on bascule dans le régime de retraite pour inaptitude. En cas d'incapacité d'au moins 80%, une AAH différentielle, c'est-à-dire une allocation mensuelle réduite, peut vous être versée au-delà en complément d'une retraite.

Son versement permet d'être affilié gratuitement à l'assurance maladie et maternité ainsi que sous certaines conditions à l'obtention de la CMU complémentaire ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. Par ailleurs, une exonération totale des taxes d'habitation, contribution à l'audiovisuel public et taxe foncière de l'habitation principale pourra être accordée aux bénéficiaires de l'AAH selon leur revenu fiscal de référence. Ils toucheront aussi la réduction sociale téléphonique sur le raccordement au réseau et l'abonnement mensuel auprès de certains opérateurs.

Pour y prétendre, il faut déposer un dossier à la MDPH que l'on peut retirer sur place ou sur internet. Il comporte plusieurs pièces justificatives à fournir dont un certificat médical datant de moins de 3 mois rempli par le médecin traitant sur un formulaire spécifique.

Au 31 décembre 2013, le nombre de bénéficiaires de l'AAH s'élève à 1 022 262 dont 18 152 en Moselle [23]. La France compte en moyenne 33 allocataires pour 1 000 habitants en âge de percevoir l'allocation. Ils sont âgés de 45 ans en moyenne et vivent majoritairement sans conjoint ni enfant à charge (71% sont dans ce cas). Les hommes sont légèrement plus nombreux à percevoir l'AAH car ils représentent 51% des bénéficiaires. Ils souffrent principalement de limitations intellectuelles (cognitives ou psychiques), mais un allocataire sur deux a par ailleurs des limitations motrices. Ils sont éloignés du marché du travail, 15% seulement occupent un emploi et un tiers des allocataires n'ont jamais travaillé.

Les disparités régionales (figure 11) s'expliquent par des facteurs démographiques, socio-économiques et sanitaires dans la majorité des cas. Dans un quart seulement, les différences de pratiques sont en cause. Ainsi, il y a plus d'allocataires dans les départements vieillissants, ruraux et pauvres.

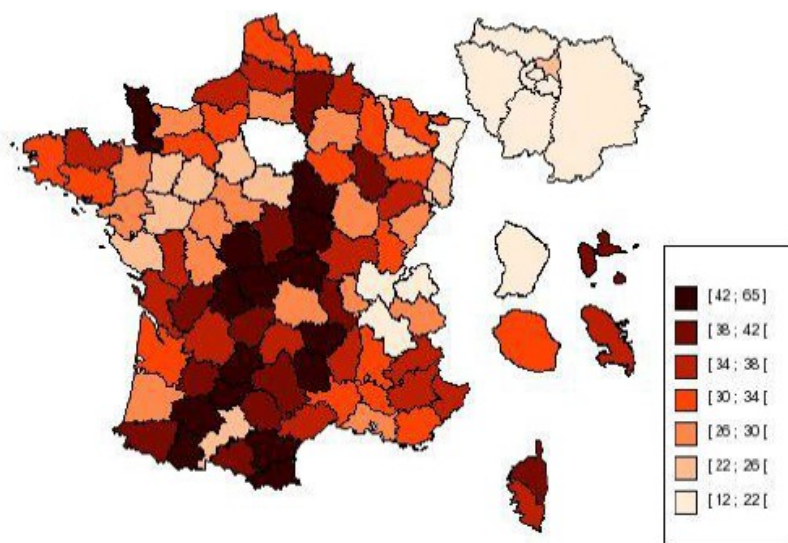


Figure 11. Taux de prévalence de l'AAH en France au 31 décembre 2012 – sources : CNAF et MSA, pour 1000 habitants âgés de 20 à 59 ans

L'AAH peut se cumuler avec d'autres prestations.

2.2. Les Compléments à l'AAH [50]

Il existe des compléments qui peuvent s'ajouter à l'AAH : **le complément de ressources et la majoration pour la vie autonome**. Le bénéficiaire qui peut y prétendre doit faire le choix entre les deux.

Le complément de ressources vise à garantir des ressources pour la personne dans l'incapacité de travailler et d'avoir des revenus d'activité. Il est incessible et insaisissable, sauf pour le paiement des frais d'entretien. Il faut en faire la demande en même temps que celle de l'AAH.

Les conditions pour en bénéficier sont :

- ne pas avoir atteint l'âge minimum légal de départ à la retraite
- présenter une incapacité permanente d'au moins 80%
- avoir une capacité de travail inférieure à 5%, soit une incapacité quasi absolue et sans évolution favorable d'après la CDAPH
- ne pas avoir obtenu de revenus liés à une activité professionnelle depuis au moins un an
- percevoir l'AAH à taux plein ou en complément d'une pension ou rente, ou de l'ASI
- disposer d'un logement indépendant

Son montant mensuel est de 179,31€. Il forme avec l'AAH la garantie de ressources aux personnes handicapées soit 976,76 € par mois. Il est versé par la CAF ou la MSA pour 1 à 5 ans voire 10 ans dans certains cas. Le versement est suspendu en cas de séjour supérieur à 60 jours en établissement de santé, médico-social ou pénitentiaire et prend fin à la reprise d'une activité professionnelle ou à l'âge de la retraite.

La majoration pour la vie autonome remplace le complément de l'AAH depuis juillet 2005. Elle permet aux personnes en situation de handicap de supporter les dépenses liées à leur logement.

Les conditions pour en bénéficier sont :

- ne pas percevoir le complément de ressources
- présenter une incapacité permanente d'au moins 80%
- ne pas avoir obtenu de revenus liés à une activité professionnelle depuis au moins un an
- percevoir l'AAH à taux plein ou en complément d'une pension ou rente, ou de l'ASI
- disposer d'un logement indépendant mais qui ouvre droit à une aide au logement

Son montant est fixé à 104,77 € par mois. Le versement est suspendu en cas de séjour supérieur à 60 jours en établissement de santé, médico-social ou pénitentiaire. Elle est délivrée même après l'âge de la retraite. Son attribution est automatique par la CAF ou la MSA si les conditions sont remplies sans demande supplémentaire.

2.3. L'Allocation simple [50]

Elle est destinée aux personnes âgées de plus de 65 ans privées de ressources et ne pouvant prétendre à l'ASPA pour bénéficier d'une aide à domicile. Elle est accordée soit en espèces à taux plein ou réduit selon les ressources, soit en nature sous forme de services ménagers. Il faut s'adresser au CCAS/CIAS ou à défaut à la mairie. C'est le Préfet de Département qui prend la décision d'admission, car cette aide est versée par l'État.

Les conditions pour en bénéficier sont :

- être âgé(e) de 65 ans (60 ans en cas d'incapacité au travail)
- résider régulièrement en France (foyer d'habitation ou séjour de plus de 6 mois par an)
- pour les demandeurs étrangers, disposer d'un titre de séjour depuis au moins 10 ans et avoir résidé en France métropolitaine de façon ininterrompue au moins 15 ans avant l'âge de 70 ans.
- sous conditions de ressources : 800 €/mois pour une personne seule, 1 242 €/mois pour un couple

Le montant est variable selon les ressources et la situation familiale. Il est au maximum de 9 600 € annuel pour une personne seule, 14 904 € pour en couple. L'allocation ne peut se cumuler avec un avantage vieillesse telle qu'une pension de retraite, mais est cumulable avec les ressources personnelles dont peuvent disposer les demandeurs dans la limite du même plafond de ressources que celui appliqué aux demandeurs d'ASPA. Elle est récupérable sur succession uniquement si elle est supérieure à 46 000 €.

2.4. Les aides fiscales [50]

Des abattements sont accordés par l'administration fiscale. Les retraités se voient ainsi appliquer un abattement de 10% sur le montant total des pensions, retraites et rentes du foyer fiscal. Il ne peut être inférieur à 379 € par pensionné, ou supérieur à 3 707 € par foyer fiscal.

Les contribuables ayant plus de 65 ans au 31 décembre de l'année d'imposition ou qui sont invalides (pension d'invalidité d'au moins 40%, carte d'invalidité à 80%) ont droit à un abattement supplémentaire. Leurs revenus imposables ne doivent pas dépasser un certain plafond. L'abattement est de 2 344 € si les revenus sont inférieurs à 14 703 €, 1 172 € si les revenus sont compris entre 14 703 € et 23 698 €. Au delà de 23 698 € de revenus imposables, l'abattement est supprimé. Ce principe est individuel, donc si les deux membres d'un couple marié ou pacsé remplissent les conditions alors l'abattement est doublé.

Une exonération de la taxe d'habitation est prévue pour l'habitation principale chez : la personne âgée de plus de 60 ans, le veuf/ la veuve quel que soit l'âge qui sont non soumis à l'impôt de solidarité sur la fortune, le titulaire de l'ASPA, de l'ASI ou de l'AAH, et la personne atteinte d'une infirmité ou d'une invalidité l'empêchant de subvenir à ses besoins par le travail.

L'exonération dépend des conditions de ressources sauf pour ceux qui bénéficient déjà de l'ASPA ou l'ASI. Le montant fiscal de référence ne doit ainsi pas dépasser une certaine limite. Le logement peut être habité seul, ou alors avec son conjoint, des personnes à charge pour le calcul de l'impôt sur le revenu ou titulaires de l'ASPA ou l'ASI, ou dont le montant des revenus ne dépasse pas un plafond. Sinon, un plafonnement de la taxe d'habitation peut être sollicité sous conditions de ressources. C'est la même chose en ce qui concerne la taxe foncière.

Un abattement supplémentaire pour la taxe d'habitation de 10% de la valeur locative moyenne peut être aussi effectué sur délibération des collectivités locales. Cela s'adresse aux titulaires de l'ASI, de l'AAH, d'une carte d'invalidité, ou les personnes atteintes d'une infirmité ou d'une invalidité les empêchant de subvenir par leur travail aux nécessités de l'existence ainsi qu'aux personnes qui les hébergent. Il n'y pas de conditions de ressources.

De plus, en cas d'exonération de taxe d'habitation, la contribution à l'audiovisuel public n'est plus à régler. Il en est de même pour les personnes qui ont un revenu fiscal de référence nul ou qui en étaient déjà exonérées avant 2005 à condition d'être âgé de 75 ans minimum et non imposable, être handicapé ou avoir à charge une personne handicapée et des revenus sous un seuil fixé.

Pour les dépenses liées à l'emploi d'un salarié à domicile, le bénéficiaire s'il est imposable, peut avoir un crédit (s'il travaille ou est demandeur d'emploi depuis au moins 3 mois) ou une réduction d'impôts (retraités par exemple).

Les services peuvent être rendus par un salarié employé directement, une association, une entreprise, un organisme déclaré, ou enfin des organismes à but non lucratifs dédiés à l'aide à domicile conventionnés avec un organisme de sécurité sociale ou habilités au titre de l'aide sociale. L'avantage fiscal est alors égal à 50 % des dépenses effectives concernant l'assistance à une personne handicapée ou âgée dans la limite de 12 000 € par an dans le cas général. Ce plafond atteint 15 000 € la première année où l'emploi direct d'un salarié est réalisé. Il existe aussi des majorations en cas d'enfants à charge ou de membre dans le foyer âgé de plus de 65 ans. Il s'élève à 20 000 € si une personne du foyer possède une carte d'invalidité, une pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie ou un complément de l'AEEH.

Cet avantage est valable aussi sur les activités d'entretien de la maison, travaux ménagers, petits travaux de bricolage ou jardinage, assistance informatique et internet, garde d'enfants.

Une exonération des cotisations patronales est prévue pour les employeurs ou leurs conjoints âgés d'au moins 70 ans, pour les titulaires d'une carte d'invalidité, pour les bénéficiaires de l'APA, de la PCH ou ceux qui ont recours à une tierce personne, ou pour les parents qui touchent le complément de l'AEEH.

Des CESH préfinancés peuvent aussi être utilisés. Il s'agit de titres de paiement nominatif dont le montant prédéfini est financé totalement ou en partie. Ils peuvent être soit proposés par des employeurs et/ou des comités d'entreprise à leurs salariés (CESH RH), soit délivrés par des financeurs de prestations sociales à leurs bénéficiaires comme l'APA (CESH social).

3. Les aides des caisses de retraite [8] [17]

3.1. L'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées (ASPA) [50]

Elle remplace depuis le 1er janvier 2006 le minimum vieillesse, son but est de permettre un minimum de ressources aux personnes âgées à faibles revenus.

Les conditions pour en bénéficier sont :

- être âgé(e) d'au moins 65 ans
- ou avoir atteint l'âge minimum légal de départ à la retraite si inaptitude au travail, retraite anticipée pour handicap, incapacité permanente d'au moins 50%, mère de famille nombreuse sous conditions, anciens déportés ou internés, anciens combattants ou prisonniers de guerre, titulaire de l'AAH, de la carte d'invalidité, de l'ASI
- résider régulièrement en France (foyer d'habitation ou séjour de plus de 6 mois par an)
- en cas de nationalité étrangère : disposer d'un titre de séjour autorisant à travailler depuis au moins 10 ans, avoir le statut de réfugié ou apatride, bénéficier de la protection subsidiaire, avoir combattu pour la France, être ressortissant suisse ou d'un État membre de l'Espace économique européen
- ne pas dépasser un certain plafond de ressources (AAH incluse) : 800 €/mois pour une personne seule, 1 242 €/mois pour un couple

Le montant est variable selon les ressources et la situation familiale. Il est au maximum de 9 600 € annuel pour une personne seule, 14 904 € pour en couple. En cas de dépassement de ces montants en cumulant les ressources et l'ASPA, l'allocation est diminuée de façon proportionnelle.

Un nouveau décret n° 2014-1568 du 22 décembre 2014 (JO du 24 décembre) autorise les plus de 65 ans bénéficiant de l'ASPA à travailler sans remettre en cause toute leur allocation de solidarité. Un abattement forfaitaire sur les revenus d'activité professionnelle est effectué.

La demande se fait, via un formulaire, à la caisse de retraite principale ou à la mairie si la personne ne perçoit pas de pension de retraite. Dans ce dernier cas, la mairie la transmet alors au service de l'ASPA de la Caisse des Dépôts. Lorsqu'elle est acceptée, l'ASPA est versée le 1er jour du mois suivant. Les titulaires des anciennes allocations du minimum vieillesse peuvent à tout moment basculer dans le dispositif de l'ASPA, sur demande mais de façon irrévocable.

Les sommes versées au titre de l'ASPA sont récupérables au décès de l'allocataire sur sa succession, si l'actif net de la succession dépasse 39 000 euros et uniquement sur la partie supérieure à ce montant. Néanmoins, les sommes prélevées ne peuvent pas être de plus de 6 220,05 € pour une personne seule ou 8 144,10 € pour le couple.

En Moselle, on comptait 5173 bénéficiaires fin 2012 [29].

3.2. L'Allocation Supplémentaire d'Invalidité (ASI) [50]

Elle est réservée aux titulaires d'une pension de retraite ou d'invalidité qui n'ont pas atteint l'âge légal de départ à la retraite pour bénéficier de l'ASPA. Depuis 2006, elle vient en remplacement de l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse.

Les conditions pour en bénéficier sont :

- percevoir une pension d'invalidité, de réversion, de retraite anticipée pour handicap ou carrière longue, de retraite pour pénibilité, de vieillesse de veuf/veuve invalide
- être atteint(e) d'une invalidité générale réduisant sa capacité de travail ou de gain des 2/3
- résider régulièrement en France (foyer d'habitation ou séjour de plus de 6 mois par an)
- en cas de nationalité étrangère : disposer d'un titre de séjour autorisant à travailler depuis au moins 10 ans, avoir le statut de réfugié ou apatride, bénéficier de la protection subsidiaire, avoir combattu pour la France, être ressortissant suisse ou d'un État membre de l'Espace économique européen
- ne pas avoir des ressources qui dépassent 8 424,05 € par an pour une personne seule, 14 755,32 € par an pour un couple

La demande est à adresser à l'organisme qui verse la pension de retraite ou d'invalidité au moyen d'un formulaire. Si elle est reçue dans les 3 mois suivant la notification d'attribution de la pension de retraite ou d'invalidité, la date d'effet de l'ASI est alors alignée. Cette allocation prend fin quand le bénéficiaire atteint les conditions d'âge requises pour l'ASPA. Elle est récupérable sur succession dans les mêmes conditions que l'ASPA.

Le montant de l'ASI dépend des ressources et de la situation familiale et peut atteindre au maximum : 403,76 € mensuel pour une personne seule, 666,27 € pour un couple.

3.3 L'Action Sociale avec le plan d'action personnalisé, les aides d'urgence et celles spécifiques à des pathologies [52]

Malgré l'hétérogénéité des caisses de retraite, leur action sociale a une politique commune qui est la préservation de l'autonomie des retraités en situation de fragilité économique ou sociale.

Afin de mieux coordonner ces actions, un rapprochement a été engagé depuis 2011 entre la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, la MSA et le RSI par la signature d'une convention. Elle sera élargie avec l'État pour fixer des objectifs et pourra s'étendre aux autres caisses de retraites [11].

En dehors du financement de l'aménagement du cadre de vie et du véhicule comme nous le verrons dans les autres parties, les aides concourent au maintien à domicile.

Elles sont réservées aux plus autonomes (GIR 5 et 6), qui ne bénéficient pas de l'APA mais présentent certains critères de fragilité.

Les critères d'attribution restent spécifiques à chaque caisse mais sont souvent sous conditions de ressources.

Pour solliciter ces aides, il faut en faire la demande auprès de la caisse de retraite principale, d'un CLIC, d'un CCAS, d'un service d'aide à domicile. La caisse de retraite complémentaire doit aussi être contactée.

Si la demande répond aux conditions notamment en termes de ressources (barème de la Carsat Alsace-Moselle en annexe 5), une évaluation individuelle des besoins à domicile est alors effectuée par un professionnel agréé.

Il peut émettre un plan d'actions personnalisé avec des prestations financées par la caisse et une participation restante au bénéficiaire. Les actions peuvent être très diverses : service d'aide à domicile, portage des repas, mieux-être, téléassistance, installation, mais aussi lien social, vacances, conseils de prévention et informations voire hébergement temporaire. Cependant, le plan d'actions est plafonné avec par exemple, un montant de 3 000 € par an, soit au maximum 12 heures d'aide à domicile par mois pour les retraités du régime général.

On ne peut pas la cumuler avec l'APA, la PCH, l'ACTP ou encore la majoration pour tierce personne. Elle n'est pas récupérable sur succession.

En 2013, la Carsat Alsace-Moselle a financé 18 827 plans d'actions personnalisés pour prévenir la perte d'autonomie de ses retraités.

Des plans d'action personnalisés dits d'urgence peuvent aussi être mis en place dans le régime général pour leurs retraités âgés d'au moins 55 ans : l'aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH), l'aide aux situations de rupture (ASIR) et les secours exceptionnels. Elles ne peuvent pas se cumuler avec d'autres aides des caisses de retraite, l'APA, la PCH, l'ACTP, la majoration pour tierce personne ou l'allocation veuvage.

Cependant, pour les personnes appartenant à un autre régime de retraite, il y a souvent des aides équivalentes comme la prestation d'aide à domicile momentanée de l'ARGIC-ARRCO. Il s'agit alors de 10 heures d'aide à domicile sur une période de 6 semaines maximum totalement financées pour les 75 ans et plus quel que soit les ressources et le niveau d'autonomie.

L'aide au retour à domicile après hospitalisation est une aide temporaire destinée à faciliter le rétablissement avec le recours à des services de maintien à domicile voire des petites aides techniques. Les retraités concernés sont ceux pour lesquels un diagnostic de récupération de l'autonomie a été formulé au cours de l'hospitalisation et ne relevant pas d'un autre type de prise en charge à domicile.

Elle est accordée selon les revenus et dans la limite d'un plafond de dépenses de 1 800 € pour 3 mois à partir de la date du retour à domicile.

L'assistante sociale d'un des établissements de santé conventionnés transfère la demande à la caisse de retraite. En cas de nouvelle hospitalisation dans une même année, l'aide peut être accordée une nouvelle fois selon les mêmes critères. La caisse de retraite s'assure dans les 8 jours qui suivent le retour à domicile que l'aide soit adaptée et propose, le cas échéant, un réajustement de l'aide.

L'aide aux situations de rupture est une aide momentanée qui permet d'apporter du soutien face à des difficultés quotidiennes engendrées par certaines situations déstabilisantes, comme le décès du conjoint ou d'un proche, le placement du conjoint en maison de retraite médicalisée ou un déménagement pour se rapprocher de la famille.

La demande doit intervenir dans les 6 mois suivant la survenue de l'événement responsable des nouvelles difficultés. Elle est versée sous conditions de ressources sauf en cas d'accueil familial ou d'hospitalisation à domicile.

Le plafond des dépenses s'élève à 1 800 € par bénéficiaire. La participation à la charge de la personne dépendra du niveau de revenus et peut varier entre 10 et 73%.

Les secours exceptionnels

En cas de difficulté subite, inhabituelle et imprévisible, et après enquête sociale, un secours pour le remplacement d'équipements ménagers et à titre exceptionnel pour les dépenses d'énergie peut être versé aux personnes âgées du régime général avec de faibles revenus limité à 740 € sur une période de 3 ans.

Les autres caisses prévoient des aides en cas de difficulté financière exceptionnelle, momentanée et ponctuelle.

Les aides spécifiques aux pathologies

Dans certains cas, les caisses de retraite peuvent prendre en charge des frais médicaux non remboursés ou remboursés partiellement par l'assurance maladie. C'est le cas de la prestation spéciale d'accompagnement spécifique à la SNCF.

Il y a des aides prévues pour les patients atteints de maladie d'Alzheimer par la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaire qui finance temporairement les frais d'un garde-malade de jour, ou partiellement le coût d'entrée en hébergement. Elle prévoit aussi une aide pour les soins palliatifs à domicile, accordée sur une durée maximum de 3 mois et dans la limite de 1 400 €. Pour les produits non remboursés, le montant maximum accordé est de 500 € sur présentation de factures.

Le RSI est partenaire de France Alzheimer et peut accorder des aides financières pour la prise en charge des malades.

4. L'action sociale des communes [9]

Au titre de ses obligations, la commune veille à la constitution d'un registre des personnes âgées et handicapées qui en font la demande, à la domiciliation, à la lutte contre l'exclusion et surtout à la constitution d'un CCAS pour, à la fois analyser et répondre aux besoins sociaux de son territoire. Néanmoins, l'aide sociale proposée par les communes reste facultative et ne constitue pas un droit automatique. Elle vient en plus de l'aide sociale légale qui relève du département.

Cette aide peut revêtir 3 formes :

- **des prestations** en espèces avec des aides directes, ou en nature (bons repas, bons hébergement, colis alimentaires) ou encore des chèques d'accompagnement personnalisé pour acquérir des biens et services

- **des établissements et services médico-sociaux** sont créés et gérés par la ville ou le CCAS pour l'accueil, l'accompagnement et l'hébergement des publics cibles tels que les personnes âgées ou handicapées, en situation d'exclusion ou les enfants
- **des services à la personne** comme le portage des repas en cas d'état de santé altéré

Les CCAS travaillent en partenariat avec les autres institutions. Ainsi, ils participent à l'instruction des demandes d'aide sociale légale. Par délégation, ils peuvent aussi exercer certaines compétences attribuées normalement au département.

5. Les aides de l'assurance maladie [50]

Dans le régime général, les caisses d'assurance maladie financent des situations responsables de perte d'autonomie. Outre les indemnités journalières versées sous conditions de cotisations au titre de la maladie, de l'accident de travail ou de la maladie professionnelle, d'autres aides financières peuvent être attribuées par la branche maladie.

5.1. Les exonérations du ticket modérateur

Le ticket modérateur est la part des dépenses de santé normalement restant à la charge de l'assuré après le remboursement par l'assurance maladie des frais de santé comme les médicaments, les actes ou soins. Le montant du ticket est variable et peut être diminué voire exonéré selon les situations. Les assurés du régime local auront par exemple un complément sur les prestations déjà remboursées faisant diminuer le ticket modérateur. Les bénéficiaires d'une complémentaire santé peuvent aussi voir ce montant diminuer.

Il existe même des cas où la prise en charge par l'assurance maladie est de 100%. C'est le cas dans le cadre d'une affection de longue durée dite exonérante inscrite sur la liste établie par le ministre de la santé. Il s'agit alors d'une maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ouvrant droit à la prise en charge à 100 % pour les soins en rapport avec cette pathologie. Un protocole de soins est établi entre le médecin traitant, son patient et le médecin conseil de l'assurance maladie pour rappeler quels sont les soins et traitements exonérés du ticket modérateur. de bénéficient de ce principe. Les affections dites « hors liste », graves et reconnues comme évolutives ou invalidantes ou bien, les polypathologies, qui nécessitent toutes des soins d'une durée prévisible supérieure à 6 mois sont également exonérées. Mais dans ces cas, l'exonération est limitée à deux ans, éventuellement renouvelable sur demande.

Les titulaires de la CMU complémentaire, de l'ASPA, d'une pension militaire, d'invalidité, de vieillesse substituée à une pension d'invalidité, d'une rente d'accident de travail ou de maladie professionnelle si le taux est d'au moins 66,66% ou pension de réversion (sous réserve de remplir les conditions d'âge et d'obtention d'une pension d'invalidité) sont aussi concernés. Tout comme pour les cas d'hébergement en établissement d'éducation spécialisée des enfants et des adolescents handicapés ou de leur transport vers certains services. Pour les adultes, c'est la même chose en cas d'hébergement dans une unité, un centre de long séjour, ou dans certains établissements.

Enfin, un assuré peut en bénéficier s'il a des soins paramédicaux dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile, ou pour la fourniture d'un appareil appartenant à une catégorie déterminée par décret pour les frais d'acquisition comme les Grands appareillages et fauteuils roulant inscrits à la LPPR.

5.2. Dans le cadre d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle

En cas de séquelles ayant des conséquences sur les facultés physiques et/ou mentales, l'assurance maladie prévoit une indemnisation sous forme d'un capital ou d'une rente viagère en fonction du taux d'incapacité permanente (IPP) définitive. Ce taux, basé sur plusieurs critères (âge, état général, capacités et aptitudes professionnelles) et un barème indicatif, peut être révisé selon l'évolution de l'état de santé.

La décision peut être contestée par l'assuré ou l'employeur devant le Tribunal du Contentieux de l'Incapacité, dans les 2 mois qui suivent la notification du taux d'IPP.

S'il est inférieur à 10%, l'indemnité est versée en une seule fois sous la forme d'un capital dont le montant varie entre 410,30 € et 4 101,86 €.

S'il est égal ou supérieur à 10%, l'indemnité est versée jusqu'au décès sous la forme d'une rente calculée sur la base du salaire annuel, multiplié par le taux d'incapacité dont une partie peut être attribuée en capital sur demande.

Si une faute inexcusable de l'employeur est reconnue, elle permet d'obtenir une majoration de l'IPP et la réparation intégrale des préjudices subis et non indemnisés par la rente comme les souffrances physiques et morales, les préjudices esthétiques, d'agrément ou résultant de la perte ou diminution des possibilités de promotion professionnelle. Mais c'est à l'employé de prouver l'existence de cette faute.

En complément de la rente, **une prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP)** pour effectuer les actes ordinaires de la vie peut être attribuée.

Les conditions pour en bénéficier sont :

- avoir un taux d'IPP de 80% minimum
- ne pas être capable d'accomplir seul au moins 3 actes ordinaires de la vie sur la liste des 10 recensés par l'assurance maladie et nécessiter l'assistance d'une tierce personne

Le montant de la prestation est variable selon le nombre d'actes qui ne peuvent être faits seuls : 551,55 € pour 3 à 4, 1 103,08 € pour 5 à 6, 1 654,63 € pour au moins 7 ou en cas de troubles neuropsychiques mettant en danger le titulaire ou autrui.

Elle est versée par la CPAM. En cas d'hospitalisation, elle est perçue jusqu'au dernier jour du mois civil suivant celui au cours duquel a eu lieu l'hospitalisation. Au-delà de cette période, le versement de la prestation est suspendu.

5.3. La Pension d'Invalidité

En cas d'accident ou de maladie dont l'origine est non professionnelle mais qui engendre une réduction de la capacité professionnelle et donc une perte de salaire, il existe la pension d'invalidité.

Les conditions pour en bénéficier sont :

- ne pas avoir atteint l'âge légal de la retraite

- avoir sa capacité de travail ou de gains réduite d'au moins 2/3
- être immatriculé(e) à la sécurité sociale dans les 12 mois précédant l'arrêt de travail ou constatation médicale de l'invalidité
- avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le SMIC horaire ou travaillé au moins 600 heures (ou 800 heures avant le 1er février 2015) au cours de ces 12 mois

La demande peut être faite directement par la caisse d'assurance maladie, par l'assuré ou le médecin traitant.

La réponse doit être obtenue dans les 2 mois, passé ce délai la demande est considérée comme refusée. En cas de refus, une nouvelle demande peut être formulée ou la décision peut être contestée. Selon la nature du refus, les voies de recours sont différentes. Pour un motif médical, il faut saisir le Tribunal du Contentieux de l'Incapacité, pour un motif administratif ce sont la Commission de recours amiable puis le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale qui s'en chargent. Une expertise médicale peut être sollicitée pour contester la stabilisation de l'état de santé.

Le montant de la pension est calculé à partir d'un salaire moyen de base auquel est appliqué un pourcentage variant en fonction de la catégorie d'invalidité.

La première catégorie correspond aux personnes qui conservent des capacités à exercer une activité rémunérée. La deuxième s'adresse à ceux qui ne peuvent plus du tout travailler, et pour la troisième catégorie il y a en plus l'obligation de recourir à une tierce personne pour les actes de la vie courante. Elle peut se cumuler avec une rente d'accident de travail, une pension d'invalidité militaire, agricole ou d'un régime spécial en cas d'aggravation de l'invalidité non susceptible d'être indemnisée par l'autre caisse.

Si le salarié bénéficiait déjà d'une pension d'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie avant d'être au chômage, celle-ci est cumulable avec les allocations chômage. Si elle est accordée après, le montant des allocations sera réduit du montant de la pension.

Il est possible de cumuler sans restriction une pension d'invalidité avec une pension versée dans le cadre d'un contrat de prévoyance. La pension peut se cumuler avec l'AAH à condition de ne pas dépasser le montant maximal de cette dernière.

La durée de versement varie selon l'évolution de l'état de santé, les revenus perçus et les droits à la retraite. Un contrôle est effectué au moins chaque année.

En cas de reprise de travail, la pension peut être suspendue si le bénéficiaire est susceptible de se procurer un salaire supérieur à 50% de la rémunération normale d'un travailleur de même catégorie dans la profession exercée avant l'invalidité. Par contre, d'autres revenus provenant d'une activité salariée ou non salariée sont acceptés si le montant cumulé avec la pension ne dépasse pas les revenus perçus dans les 3 mois précédant l'arrêt de travail pour invalidité. En cas de dépassement pendant 6 mois consécutifs, la pension est suspendue. Elle prend fin en tout état de cause quand l'âge légal de départ à la retraite est atteint.

Pour les assurés relevant d'autres régimes, ils doivent s'adresser à leur organisme d'assurance maladie pour connaître les conditions d'attribution et le montant de la pension d'invalidité.

5.4. La Majoration pour Tierce Personne (MTP)

Elle constitue une majoration de la pension d'invalidité ou de la rente liée à un accident du travail ou une maladie professionnelle en cas d'assistance pour les actes ordinaires de la vie.

Dans le cadre d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, la personne qui bénéficie déjà d'une MTP peut décider soit de la conserver, soit d'opter pour la PC RTP après demande à la CPAM qui l'accordera si le montant de la PC RTP calculé est supérieur à la MTP. La décision peut être contestée sous 30 jours. Pour les titulaires de pension d'invalidité de troisième catégorie, son exécution est automatique par les CPAM.

Les retraités peuvent aussi en bénéficier s'ils sont titulaires d'une pension de vieillesse qui se substitue à une pension d'invalidité ou si la pension est révisée ou attribuée pour incapacité au travail. Après 60 ans, la demande doit être adressée à l'organisme qui verse la pension de retraite, accompagnée d'un certificat médical établissant la nécessité d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne.

Le montant de la majoration est de 40% du montant de la pension, sans pouvoir être inférieur à 13 236,98 € par an (soit 1 103,08 € par mois).

Elle n'est pas cumulable avec l'ACTP, l'APA, la prise en charge de l'aide ménagère au titre de l'aide sociale ou l'action sociale de la caisse d'assurance vieillesse. Elle est déduite du montant alloué au titre des aides humaines de la PCH. Elle n'est pas imposable.

5.5. L'Action Sociale

L'arrêté du 26 octobre 1995 définit l'action sanitaire et sociale des CPAM financée par le Fonds national d'action sanitaire et sociale. Une aide financière ponctuelle peut être perçue en complément des prestations (remboursement des soins, indemnités journalières...) habituellement versées par l'assurance maladie. Elle s'adresse à tout assuré social, et ses ayants droits, qui ont des revenus modestes.

Les domaines de son intervention sont :

- **améliorer l'accès aux soins** en payant les dépenses non remboursées
- **favoriser le retour et le maintien à domicile** avec une participation aux frais d'aide ménagère en cas d'isolement familial ou géographique ou le financement des interventions de gardes malades auprès d'un patient en fin de vie
- **faciliter la réinsertion professionnelle** avec une aide financière octroyée aux assurés sous contrat de rééducation professionnelle ou en situation de réorientation professionnelle pendant un arrêt de travail
- **maintenir des personnes en situation de handicap au domicile** en facilitant l'adaptation du logement, finançant un appareillage ou une intervention à domicile

6. L'Obligation Alimentaire [50]

C'est une aide définie par le Code Civil, qui impose l'assistance financière à un descendant ou un ascendant qui ne peut pourvoir seul à sa subsistance. Cette mesure s'étend aux alliés en ligne directe, c'est à dire gendres, belles-filles et beaux-parents.

Le besoin alimentaire comprend plusieurs éléments : la nourriture, les vêtements, le chauffage, l'éclairage, le logement et la santé, mais aussi les frais de dernière hospitalisation et les frais funéraires.

Un commun accord peut être directement trouvé entre les différentes parties, sinon cela relève des compétences du Juge aux Affaires Familiales qui est alors saisi. La pension peut être attribuée en espèces ou en nature comme un hébergement gratuit ou de la nourriture. Le montant de la pension varie selon les ressources de celui qui verse et les besoins du demandeur.

En cas de non-respect de cette obligation pendant plus de deux mois, la personne commet un délit d'abandon de famille passible d'une peine d'emprisonnement de 2 ans et de 15 000 € d'amende au plus.

7. L'Assurance Dépendance

Peu connu des moins de 50 ans, il s'agit d'un contrat d'assurance privé du risque dépendance proposé par les compagnies d'assurance et les mutuelles de santé. Il est alors financé par chaque souscripteur volontaire. Ainsi, l'assuré se voit garantir l'indemnisation des dommages liés à la survenue d'un état de dépendance. En 2010, 5,5 millions de Français étaient couverts par ce type d'assurance [11] principalement les catégories socio-professionnelles les plus aisées.

Cependant, ces contrats sont multiples, diversifiés et inégaux. Un meilleur encadrement de ce marché est donc nécessaire avec notamment la définition d'un cahier des charges protecteur pour les assurés. La fédération française des sociétés d'assurance a d'ailleurs lancé un label pour ces contrats d'assurance en 2013 [11].

Moins de la moitié des Français souhaitent que l'État rende obligatoire la souscription à une assurance dépendance.

C) Les aides techniques [53-55]

Le mot technologie désigne l'étude des outils et des techniques, et renvoie ainsi aux connaissances, aux savoir-faire pratiques et à l'utilisation de ces outils dans le but de prévenir, compenser ou contrôler les situations de handicap.

La technologie doit pouvoir soutenir, renforcer et valoriser l'aide humaine sans l'exclure ou la remplacer. Néanmoins, il existe encore des raisons expliquant le non recours aux aides techniques par une grande partie de la population en perte d'autonomie.

Outre un coût très élevé, ce sont un manque d'information, des difficultés de manipulation et d'apprentissage, des habitudes ancrées, des sentiments de stigmatisation ou d'infantilisation qui constituent des obstacles à leur utilisation.

Pour lutter contre ce rejet, il faut favoriser les aides qui ont une conception dite universelle, c'est à dire accessible à tous. En respectant le libre arbitre de chacun et surtout à condition de donner aux utilisateurs le contrôle de ces objets, ces aides techniques peuvent alors entrer dans leur vie quotidienne. Leur prescription doit être personnalisée et évolutive.

1. Les Centres Experts [55]

Face à une explosion de l'offre et sa rapide évolution, une évaluation doit être proposée. Ainsi, en 2007, la CNSA a mis en place un observatoire du marché et des prix des aides techniques regroupant industriels, représentants des usagers et administrations dans le but de recenser les informations disponibles au plan national. Une cartographie des distributeurs pour certaines aides a pu être réalisée ainsi qu'une analyse des prix de ces aides.

Par ailleurs, depuis janvier 2011, le CNSA apporte son soutien à 5 centres d'expertise nationaux sur les aides techniques :

- Le Centre de ressources et d'innovation mobilité handicap (**CEREMH**) travaille sur la thématique mobilité
- Le **CEN STIMCO**, porté par l'Hôpital Broca de l'AP-HP, est axé sur la thématique de la stimulation cognitive au moyen des nouvelles technologies de l'information et de la communication
- Le **CENTICH**, lancé par le pôle handicap de la Mutualité Française Anjou Mayenne, se consacre aux interfaces fonctionnant sur l'utilisation de ces technologies
- Le **CENROB**, porté par le Groupe Languedoc Mutualité travaille sur la thématique robotique d'assistance et de rééducation
- Le **CEN HABITAT**, pris en charge en 2012 par le Centre national de référence « santé à domicile et autonomie » (CNRSDA), a investi la thématique habitat et logement entre novembre 2011 et septembre 2013

Ils ont bénéficié pendant 3 ans d'un financement de 500 000 euros chacun par la CNSA.

Le Centre National de Référence Santé à domicile et Autonomie (CNR Santé) est une association à but non lucratif initiée en 2009 par le Ministère de l'Économie et des Finances ainsi que le Ministère de la Santé. Il fédère les acteurs qui évoluent dans le domaine de la Silver Économie en étant chargé du référencement et de la labellisation des produits et services numériques.

Le centre expert en technologies et services pour le maintien en autonomie à domicile des personnes âgées : MADoPA est labellisé depuis le 2 juillet 2012 sur la thématique de la fragilité. Il est chargé d'identifier et d'évaluer des solutions innovantes de repérage-prévention de la fragilité et de maintien de l'autonomie des personnes âgées et handicapées.

Pour une meilleure intégration par les usagers, une méthode de recherche innovante, Living Lab, évalue l'utilisabilité et l'acceptabilité des technologies en conditions réelles au sein d'environnement de travail rassemblant tous les acteurs concernés dans la conception de

ces produits et aussi les usagers pour une co-création.

L'information des particuliers et des professionnels est essentielle. Elle peut se réaliser grâce à des centres de ressources tels que les centres d'information et de conseils en aides techniques (CICAT). Pour éliminer les inégalités géographiques d'accès, des bases de données sont créées sur internet (Cerahtec ou Handicat par exemple). Les centres d'essai, comme celui géré par la Fondation Garches sur les fauteuils roulants, délivrent eux aussi des conseils pour faire un choix parmi tous les modèles disponibles.

2. La prise en charge financière

Il faut tout d'abord se renseigner auprès de l'assurance maladie qui avec une prescription médicale peut rembourser plusieurs aides techniques dites médicales. Ce sont celles qui *« répondent à un caractère temporaire de l'état de la personne, peuvent avoir une visée curative et sont liées à la notion de traitement, de soins ou d'acte médico-chirurgical »*.

Ces aides techniques inscrites sur la LPPR, ont représenté 624 millions d'euros en 2012. Le remboursement est fixé selon les tarifs établis dans cette liste.

Par ailleurs, depuis le 1er janvier 2015, les professionnels qui commercialisent ces aides techniques sont tenus de préciser avant une vente ou location, son prix ainsi que le montant à acquitter directement compte-tenu de ces prises en charge éventuelles (arrêté du 4 juillet 2014).

Sinon, il est nécessaire d'en faire la demande auprès de la MDPH ou du CD qui peuvent les financer tout ou partie avec la PCH ou l'APA. En 2013, 23,4% des éléments pris en charge par la PCH concernaient les aides techniques. L'APA peut financer toute aide technique qu'elle soit ou non déjà prise en charge en partie par l'assurance maladie. Néanmoins, en raison du plafonnement des montants actuels attribués par le CD, la grande majorité des plans d'aide d'APA ne comprend que de l'aide humaine.

La personne peut aussi faire appel au Fonds départemental de compensation qui peut l'aider pour la prise en charge de fauteuils roulants électriques ou de prothèses auditives (aides les plus fréquentes).

D'autres financements tels que les aides extralégales des CCAS ou des conseils régionaux, l'action sociale des caisses de retraite, des CPAM, de l'AGEFIPH-FIPHFP peuvent aussi être attribués. Néanmoins, cette aide est très inégale en fonction des territoires.

Donc, le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit d'améliorer l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles pour les personnes âgées avec un budget prévisionnel de 140 millions. Ainsi, la création d'une aide publique pour les nouvelles technologies aux personnes âgées à faibles revenus est envisagée [11].

De plus, la dernière Conférence nationale du handicap du 11 décembre 2014 prévoit la possibilité de mise en place par les CD d'un dispositif de tiers-payant pour l'acquisition d'aides et équipements techniques par les personnes handicapées [56]. En effet, le reste à charge pour le particulier est relativement important atteignant environ 12% pour les aides les plus coûteuses.

Enfin, les expériences de location et de prêt pour les aides les plus chères souvent utilisées et peu individualisées sont à encourager.

3. Les aides techniques du quotidien

20% des personnes âgées utilisent au moins une aide technique [57]. Elles sont variées mais couvrent tous les aspects du quotidien comme :

- l'hygiène et les soins corporels avec par exemple, les réhausses WC, chaises de douche, fauteuils garde-robe, protections
- l'habillement avec les enfiles bas, collants et boutons
- l'alimentation avec les couverts ergonomiques et autres ustensiles comme la cuillère anti-tremblement commercialisée par Google [58]
- les déficiences sensorielles avec les appareillages auditifs, téléagrandisseurs, loupes, interfaces de traitement de l'information
- les transferts avec les lève-personnes, verticalisateurs
- les déplacements comme nous le verrons dans une partie spécifique
- la communication orale ou écrite avec les amplificateurs de voix, synthèses vocales

4. Les technologies d'assistance [58] [59]

Il s'agit de tout produit ou service dont l'objectif est de maintenir l'indépendance des personnes âgées ou handicapées et de leurs aidants. On parle plus spécifiquement de gérontotechnologies pour celles dédiées aux personnes âgées dépendantes. Les technologies pour l'information et la communication font partie de cette définition (informatique, télécommunication et électronique).

Bien qu'en 2011, seul un quart des plus de 70 ans disposaient d'un accès internet à leur domicile (contre 71 % pour l'ensemble de la population) et seulement la moitié d'entre eux d'un téléphone mobile, ces chiffres vont progresser avec le vieillissement des nouvelles générations plus familières aux nouvelles technologies. Ainsi, le taux d'équipement numérique atteint désormais 59% chez les plus de 70 ans et progresse à plus de 75% pour les 60-69 ans.

La télé alarme [60]

Appelé aussi téléassistance, ce service à la personne permet de vivre chez soi en sécurité.

En effet, il permet à chaque personne vulnérable, âgée ou handicapée de pouvoir être mise en contact et en relation dans le cadre de son maintien à domicile avec des prestataires de télé assistance 24h/24, 7 jours sur 7, et de bénéficier d'un soutien et d'une assistance en cas de difficultés et/ou de besoin. Sur 2,5 millions d'appels, seulement 240 000 nécessitaient une intervention dont 1,5% par les pompiers ou le Samu. C'est aussi un bon outil de soutien psycho-affectif car près de 100 000 appels concernaient un besoin de communiquer ou une détresse psychologique.

Le plus souvent, le dispositif prend la forme d'un bracelet au poignet ou d'un médaillon porté au cou, qui est déclenché en cas de besoin. Via un système d'interphonie, l'individu est mis en contact avec la centrale d'écoute et permet de mobiliser le réseau de proximité (famille, voisin) ou les secours selon la situation. Ces objets sont étanches permettant leur usage même dans la salle de bain. Des nouveaux dispositifs sous forme de bijoux ont été conçus pour rendre leur acceptation meilleure surtout que leur utilisation est essentiellement féminine (80% des cas).

En 2010, près de 400 000 abonnés bénéficiaient de ce service. 75% étaient âgés de plus de 80 ans.

En général, le service est proposé sous forme d'abonnement avec une durée d'engagement variable. L'entretien et la maintenance sont souvent compris dans cet abonnement mais une participation peut être demandée pour les frais d'installation de l'appareil. Des sociétés certifiées ou labellisées sont à privilégier devant la forte explosion de ce service. Le nombre d'utilisateurs pourrait doubler d'ici 2016-2017 notamment avec des solutions d'assistance multifonction via des objets connectés.

Les systèmes de géolocalisation

Des balises GPS donnent la possibilité de localiser une personne et d'enregistrer tous ses mouvements (mini balise T'es où, bracelet GPS Alzheimer Tavie, bracelet BlueGard).

Les piluliers sécurisés

Pour éviter les oublis de prise et les risques de surmédication, ces systèmes intelligents sont d'abord remplis par l'utilisateur, le proche ou bien même le pharmacien. Ensuite, ils rappellent à la bonne heure que le médicament doit être pris, ils peuvent délivrer un message et en l'absence d'une prise, préviennent via un système d'alerte intégré le proche ou un professionnel.

Les smartphones

Des téléphones dits simplifiés et d'assistance permettent un usage facilité grâce à des grandes icônes, un haut parleur puissant, une touche SOS permettant d'appeler les contacts et des aides à l'utilisation en secouant le téléphone (Easy Smartphone, SmartConnect).

D'autres proposent une alerte réactive déclenchée en cas de chute, d'inutilisation ou de sortie d'un périmètre défini au préalable, d'oubli de prise médicamenteuse ou encore selon les seuils des paramètres vitaux (True-Kare). L'Association Mosellane d'Aide aux Personnes Âgées devenue Aide Maintien Accompagnement des Personnes Âgées (AMAPA) depuis sa reprise en 2012 par un groupe national, va faire tester ce type de smartphone d'alerte pendant 3 mois [25].

Certains smartphones sont accessibles aux personnes avec une déficience visuelle grâce à des touches marquées, une interface vocale, un appareil photo qui fonctionne avec la reconnaissance optique des caractères, une loupe, une reconnaissance des objets par des étiquettes, un guidage GPS ou encore une fonction de lecture des livres (Doro Claria, SmartVision).

L'informatique

En 2011, 74% de la population générale disposait d'un ordinateur à domicile, 62% des 60-69 ans alors que 21% seulement des plus de 70 ans étaient équipés.

Il existe toute une gamme d'ordinateurs dédiés aux seniors avec un environnement simplifié pour leur utilisation. Ils possèdent ainsi un grand écran tactile, un clavier avec des grandes touches faites de symboles clairs et de raccourcis en un seul clic (Doro Easy Pc).

Des tablettes tactiles sont aussi commercialisées pour un usage facilité d'internet avec un portail de communication entre les proches (Tooti Family). L'informatique a su s'adapter aux déficiences notamment visuelles avec des logiciels d'agrandissement et de revue d'écran.

En cas de troubles à la communication orale, de nombreux systèmes avec des logiciels spécifiques ont été créés. Le système de communication par ordinateur de Stephen Hawking amélioré par Intel, devrait être rendu accessible gratuitement à la communauté scientifique dès cette année [61].

Un numéro dédié : le 114 [50]

Ce numéro d'urgence est au service des personnes qui ont des difficultés à parler ou entendre. Il est gratuit, joignable 24 heures/24, 7 jours/7 et valable sur le territoire national métropolitain. Il permet via un SMS ou un fax d'alerter le service d'urgence local concerné (gendarmerie, pompier ou Samu) dans les plus brefs délais. Ce dispositif devrait être amélioré par le recours à divers médias : les mails, la visio conférence, la « totale conversation » audio, vidéo et écrit en temps réel.

D) Les aides pour l'aménagement de logement [25]

Pour les personnes en situation de handicap, l'accès à un logement personnel s'avère souvent problématique faute d'aménagements suffisants et des délais d'attente assez longs malgré une priorité pour un logement social reconnue par l'article L.441-1 du Code de la construction et de l'habitation.

En outre, le maintien à domicile est le souhait de la plupart des personnes notamment en perte d'autonomie. En effet, 90% des Français déclarent préférer adapter leur lieu de résidence plutôt que d'intégrer un établissement spécialisé dans le cas où leurs capacités physiques se dégraderaient avec l'âge.

Mais de nos jours, seulement 6% des logements sont vraiment adaptés aux besoins des âgés ou handicapés [11].

Pour remédier aux discriminations liées au logement vécues par les personnes en perte d'autonomie, il faut encourager leur accessibilité. L'objectif fixé par le Gouvernement est l'adaptation de 80 000 logements privés d'ici 2017 [11]. Ces travaux d'aménagement sont à encourager car seules 10% des personnes âgées ont déjà fait un aménagement au sein de leur domicile. Il peut s'agir de travaux d'accessibilité et d'adaptation des logements [57].

En Moselle, on peut faire appel au centre d'amélioration du logement (CALM). Par ses conseils techniques, administratifs et financiers, il est spécialisé dans la réhabilitation de l'habitat. Il est agréé par la plupart des caisses de retraite, travaille en partenariat avec le service APA du CD et réalise les diagnostic autonomie demandé par l'ANAH. Une fiche de signalement est faite par les équipes APA au CALM permettant l'intervention d'un technicien spécialisé accessibilité qui identifie les travaux à prévoir. En 2012, 87 personnes ont bénéficié de cette prestation, pour laquelle le CD a versé 31 320 €.

La Fédération des PACT (centre de protection, d'amélioration, de conservation et de transformation de l'habitat) est un réseau associatif national regroupant 145 associations professionnelles. Elle travaille à l'amélioration de l'habitat et au maintien à domicile dans toute la France. Des techniciens spécialisés sont ainsi déployés pour des visites à domicile afin d'évaluer les besoins et élaborer un projet individualisé. Elle délivre des conseils pour aider à la réalisation du projet (information sur les financements possibles, démarches réglementaires et juridiques). Enfin, elle a un rôle d'accompagnement lors de la mise en œuvre des travaux afin de s'assurer de la bonne exécution du projet.

On peut aussi solliciter le service de maintien des personnes handicapées à domicile (SMDH) qui intervient en Lorraine. C'est un service d'étude en adaptation du logement et de l'environnement qui délivre des informations et conseils mais réalise aussi des études techniques personnalisées par des ergothérapeutes. Il permet par ailleurs d'accompagner les personnes dans leurs démarches administratives en fournissant des documents techniques certifiés justifiant les travaux. Du fait d'un partenariat avec des organismes et bailleurs sociaux, les prestations peuvent parfois être prises en charge [59].

Pour financer les travaux, il faut s'adresser à l'ANAH [20]. En effet, elle propose des subventions pour réaliser des travaux d'aménagement du logement dont le montant est supérieur à 1 500 € en fonction des ressources (annexe 6). L'aménagement est possible que la personne soit propriétaire ou locataire. Pour les propriétaires, le taux de subvention varie entre 35% et 50% selon les revenus du ménage avec un plafond de travaux fixé à 20 000 €. La construction du logement doit être achevée depuis au moins 15 ans. Néanmoins, ce délai peut ne pas être exigé s'il s'agit de travaux d'amélioration à destination des personnes âgées ou handicapées. La demande doit être faite avant le début des travaux car la décision est prise à l'échelon local [20].

Il faut justifier sa demande avec la décision de la CDAPH ou l'évaluation de la perte d'autonomie avec un GIR ainsi qu'un document pour vérifier l'adéquation du projet avec les besoins réels (rapport ergothérapeute, évaluation faite pour la demande de PCH) [20].

En 2013, 13 393 logements ont ainsi bénéficié de travaux d'adaptation à la perte d'autonomie soit une augmentation de 29% avec un montant moyen accordé par logement de 3 313 euros.

Par ailleurs, la PCH ou l'APA peuvent aussi permettre de payer ces travaux. Ainsi, en Moselle, 283 personnes ont bénéficié d'une aide à l'aménagement de leur logement pour un montant estimé à 485 109 € en 2012.

Pour celles qui ne peuvent en bénéficier, le CD a confié une mission d'assistance au CALM pour le montage de plans de financement aboutissant aux travaux d'amélioration de l'habitat. En 2012, 410 personnes ont bénéficié de ce service grâce à la subvention de 75 030 € allouée par le CD.

Les caisses de retraite participent également à l'aménagement de l'habitat et du cadre de vie. Elles délivrent des informations sur les risques du domicile et des conseils de prévention individualisés ainsi qu'un financement de travaux d'adaptation et de lutte contre la précarité énergétique. Par exemple, la CARSAT Alsace-Moselle finance jusqu'à hauteur de 3 500 euros proratisés selon les ressources et la nature des travaux (annexe 7).

En outre, il existe un crédit d'impôt pour les dépenses d'équipement en faveur de l'aide aux personnes pour leur habitation principale. Seuls les équipements fixés par la réglementation sont concernés comme les équipements sanitaires attachés ou les équipements de sécurité et d'accessibilité [50]. Le crédit s'applique au taux de 25%, sur le montant des dépenses d'installation ou de remplacement d'équipements spécialement conçus pour les personnes âgées ou handicapées, quelle que soit la date d'achèvement de l'immeuble, jusqu'au 31 décembre 2017. Il y a un plafond des dépenses de 5 000 € pour une personne seule et 10 000 € pour un couple soumis à l'imposition commune, majoré en cas de personne à charge (400 €) [50].

A l'occasion du projet de loi de finances pour 2016, la liste des aménagements du domicile ouvrant droit à un crédit d'impôt sera mise à jour [56]. Ce dispositif sera reconduit d'après la nouvelle loi prévue d'adaptation de la société au vieillissement avec un élargissement aux nouvelles technologies [11].

Enfin, l'association pour le logement des grands infirmes peut verser des aides sous forme de subventions et de prêt du 1% logement aux personnes handicapées ou âgées, locataires ou propriétaires, ayant des travaux d'aménagement à faire. Le montant de ce prêt ou de cette subvention est de 9 600 € par logement, dans la limite de 50% du coût des travaux. En cas de travaux spécifiques de logements pour personnes handicapés physiques, ce prêt peut être abondé de 16 000 € supplémentaires, dans la limite de 50% du coût des travaux. Aucune condition de ressources n'est imposée. Le prêt du 1% logement est cumulable avec les subventions de l'ANAH.

Pour les petits travaux d'aménagements du domicile, il sera proposé au législateur de permettre aux locataires du parc privé de bénéficier de la règle «silence vaut accord » de leur propriétaire ainsi que de son remboursement sur la base d'un forfait [56].

Soucieux de favoriser le maintien à domicile, le département de la Moselle va développer une véritable politique de l'habitat dans le cadre de la démarche Habitat Innovant et Solidaire. Ainsi, un fonds spécial sera dédié en 2016-2017 pour l'équipement de logements neufs ou réhabilités [62].

Par ailleurs, le département a développé un partenariat avec les bailleurs sociaux comme à Rouhling où les logements « papyloft » seront équipés de manière à être communicants et intelligents grâce à l'utilisation de la domotique. Même chose à Yutz où 18 logements pour Senior seront construits. Le CD va financer à 50% le surcoût alors lié aux aménagements spécifiques [62].

Dans le cadre de sa démarche Bâtiment durable et intelligent, le département a mené un plan d'actions sur 3 ans dont un des objectifs était de sensibiliser les professionnels du bâtiment aux défis du vieillissement et du maintien à domicile avec notamment le déploiement du label Handibat et la création d'une Charte du logement adapté [62].

E) Les aides à la mobilité [63]

D'après le Petit Larousse, la mobilité est « *la facilité à se mouvoir ou à se déplacer* ».

Pour la favoriser, il faut d'abord améliorer l'accessibilité. C'est pourquoi la loi de 2005 a consacré un article à ce principe d'accessibilité pour tous et partout, imposant un délai de dix ans pour la mise en conformité de « *la chaîne du déplacement, qui comprend le cadre bâti, la*

voirie, les aménagements des espaces publics, les systèmes de transports et leur intermodalité » [6]. Cependant, face aux difficultés rencontrées comme le manque d'organisation, de suivi, de financement et d'éventuelle sanction, 2015 ne sera pas l'année de l'accessibilité initialement prévue.

Des efforts ont pourtant été réalisés pour abolir les obstacles et ils restent à poursuivre. Le droit à la mobilité est d'ailleurs réaffirmé dans la future loi d'adaptation au vieillissement [11].

1. Les cartes facilitant la mobilité

1.1. La carte européenne de stationnement [50]

Elle est attribuée à toute personne atteinte d'un handicap qui réduit de manière importante et durable (au minimum 1 an) sa capacité et son autonomie de déplacement à pied. Elle peut aussi être délivrée à une personne contrainte d'être aidée dans tous ses déplacements par une tierce personne.

Reconnue par l'ensemble des États membres de l'Union Européenne, elle facilite le stationnement du véhicule utilisé par la personne handicapée (conducteur ou non) sur des emplacements réservés.

Le Parlement a adopté définitivement le 11 mars 2015 la loi autorisant le stationnement gratuit sur toutes les places ouvertes au public sans limitation théorique de la durée de stationnement pour les titulaires de cette carte. Toutefois, les autorités compétentes en matière de circulation et de stationnement pourront fixer une durée maximale de stationnement qui ne peut être inférieure à douze heures. En outre, elles pourront prévoir le paiement de la redevance de stationnement dans les parcs disposant de bornes d'entrée et de sortie accessibles de leur véhicule par les personnes handicapées. Certaines villes ont devancé cette mesure de gratuité comme Nancy.

Les conditions pour en bénéficier sont :

- sans condition d'âge (pour les enfants, on fait référence à un enfant du même âge sans déficience)
- avoir un périmètre de marche limité (inférieur à 200 mètres)
- ou avoir recours à l'oxygénothérapie lors de tous ses déplacements extérieurs
- ou avoir recours à une aide lors des déplacements extérieurs (aides humaines, canne, déambulateur, véhicule pour personne handicapée ou fauteuil roulant)
- ou être atteint d'une altération de la fonction cognitive, psychique ou sensorielle qui empêche tout déplacement seul même après apprentissage sans risque d'être en danger ou avec le besoin d'une surveillance régulière

Sa demande est faite auprès de la MDPH ou de l'Office national des anciens combattants et victimes de guerre pour les invalides de guerre. Sur avis du médecin instructeur de la MDPH, la carte est délivrée par le Préfet pour une durée déterminée (1 an

minimum) ou définitive. La demande de renouvellement doit être faite dans les 4 mois qui précèdent l'expiration de la carte. En cas de refus, un recours gracieux ou auprès du Tribunal Administratif peut être demandé.

1.2. La carte d'invalidité [50]

Cette carte d'invalidité civile a pour but d'attester que son détenteur est handicapé et possède des droits notamment dans les transports. Plusieurs mentions peuvent y figurer : la carte d'invalidité simple (qui regroupe l'ancienne carte simple et celles avec la mention SDP ou canne blanche), la carte d'invalidité « besoin d'accompagnement » qui remplace la mention tierce personne et enfin la carte d'invalidité « besoin d'accompagnement-cécité ».

Les conditions pour en bénéficier sont

- avoir un taux d'incapacité permanente d'au moins 80%
- ou être bénéficiaire d'une pension d'invalidité de 3ème catégorie par la Sécurité Sociale
- pour la mention « besoin d'accompagnement » : il faut être bénéficiaire de l'APA, d'une aide humaine dans le cadre de la PCH ou de l'ACTP, d'une majoration pour aide constante d'une tierce personne ou d'une majoration de la rente en cas d'incapacité permanente. Pour les enfants, il faut un complément de l'AEEH de la 3ème à la 6ème catégorie
- pour la mention « besoin d'accompagnement-cécité » : la vision centrale de la personne handicapée est inférieure à un vingtième de la normale

La demande est déposée au sein de la MDPH, elle est attribuée de manière définitive ou temporaire (entre 1 et 10 ans). Son renouvellement doit être fait dans les 6 mois qui précède son expiration.

Elle permet d'obtenir plusieurs droits :

- une priorité d'accès aux places assises dans les transports en commun, dans les espaces et salles d'attente, établissements ou manifestations accueillant du public pour le titulaire de la carte et son accompagnateur si la mention est inscrite
- une priorité dans les files d'attente de lieux publics
- des avantages fiscaux comme l'attribution d'une demi-part supplémentaire pour le calcul de l'impôt sur le revenu et d'un abattement sous conditions, un dégrèvement pour la taxe d'habitation et éventuellement la taxe foncière, une exonération de la redevance télévision
- des réductions accordées sous conditions dans les transports comme SNCF (billet gratuit pour les accompagnateurs ou réduits de 50% si pas de mention), Air France, RATP
- des dispositions relatives à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés

1.3. La carte de priorité pour personnes handicapées [50]

Elle remplace la carte station debout pénible. Elle est obtenue par toute personne dont le taux d'incapacité est inférieur à 80% mais dont la pénibilité à la station debout est reconnue par un médecin de la MDPH après instruction de la CDAPH.

Elle permet une priorité d'accès aux places assises dans les transports en commun, dans les espaces et salles d'attente, de même que dans les établissements et les manifestations accueillant du public ainsi que dans les files d'attente. Elle est donnée pour une durée limitée entre 1 et 10 ans.

A terme, les cartes de stationnement et de priorité devrait être remplacées par la carte mobilité inclusion personnelle et sécurisée [56].

2. A pied ou en fauteuil

Pour les trajets les plus courts, la marche et les déplacements en fauteuil sont les solutions les plus évidentes mais à condition que les territoires soient accessibles.

Comme chaque année, le baromètre de l'APF évalue l'accessibilité des villes françaises. 96 chef-lieux départementaux sont ainsi observés sur 3 critères : le cadre de vie, les équipements municipaux et la politique locale. Bien que l'on note une progression avec une moyenne nationale passée de 10,6/20 en 2009 à 14,14 en 2013, un tiers des chefs-lieux sont sous la moyenne concernant les équipements municipaux. D'ailleurs, Metz, chef-lieu de la Moselle est le moins bon élève de la Région avec une note moyenne de 12,9 et occupe la 71^{ème} place du classement en 2013.

Pourtant, des efforts ont été faits par la ville : la suppression des trottoirs dans les grandes zones piétonnières, l'accès à tous les bureaux de vote, la borne d'accessibilité universelle installée Place de la République (borne sonore avec plan tactile et inscription en braille), la création de la Commission Communale d'accessibilité depuis 2010 ainsi que la mission handicap qui accompagne les services de la ville dès que le handicap est concerné. Un plan pluriannuel d'investissement pour la mise en accessibilité à la hauteur de 12 millions d'euros pour la période 2012-2016 a été adopté par le Conseil Municipal [64].

Tous les ERP doivent mener des actions concrètes pour garantir des déplacements en toute sécurité à tous, comme le prévoyait déjà la loi de 2005. En France, 185 000 ERP étaient déjà aux normes d'accessibilité au 31 décembre 2012 et 220 000 avaient fait l'objet de travaux [15]. Mais vu les retards actuels, des délais supplémentaires ont été accordés avec l'élaboration d'un agenda (Ad'Ap) en forme d'engagement qui liste les travaux nécessaires pour respecter les normes d'accessibilité pour chaque établissement. Les demandes de travaux des ERP doivent être présentés à la CCDSA [15].

En Moselle, 1 058 dossiers ont été examinés par la CCDSA en 2013 dont la majorité était consacrée aux ERP. Parmi ces dossiers, 15,4% étaient des demandes de dérogation aux règles d'accessibilité. 208 ERP ont été ou étaient en cours de diagnostic en 2013 [65].

Bien que les mairies, les théâtres et les stades soient relativement bien aménagés en cas de déficiences motrices (plus de 90% des cas), la situation des cabinets médicaux, des commerces de proximité ou des écoles reste préoccupante. En Moselle, seuls 18% des commerces se déclarent en conformité. Malheureusement, cela ne représente pas un de leurs

objectifs prioritaires (moins de la moitié ont procédé à un état des lieux) alors qu'ils sont plutôt informés sur la loi d'accessibilité [66].

C'est pourquoi le département s'engage à y remédier avec tout d'abord le développement des structures locales engagées dans l'accessibilité (28 Commissions Communales et 8 Intercommunales d'accessibilité créées en 2013). Elles veillent à l'élaboration d'un plan de mise en accessibilité de la voirie et des aménagements des espaces publics (PAVE) pour chaque commune. 551 PAVE ont été adoptés ou étaient en cours d'adoption en Moselle en 2013 [65].

Les PAVE doivent prendre en compte les besoins spécifiques des piétons tels que le confort et la sécurité puisque le risque d'être impliqué dans un accident est cent fois inférieur quand on se trouve sur un trottoir plutôt que sur la chaussée [67].

Les personnes âgées sont aussi concernées car la marche est le mode de déplacement privilégié des plus de 70 ans. Bien que le périmètre de marche se réduise du fait de l'âge, l'environnement urbain est rempli d'obstacles et reste dangereux [67]. En effet, les piétons âgés sont beaucoup plus exposés et représentent plus de 50 % des piétons accidentés et tués [11].

Le projet de la nouvelle loi est justement de faire entrer les villes dans le réseau mondial « ville amie des aînés » fondé par l'OMS où sont inscrites les villes avec un environnement urbain participatif et accessible favorisant un vieillissement actif [11]. 12 villes françaises adhèrent à ce réseau, Metz en fait parti depuis 2012 [68]. Sur le même principe, les initiatives comme les « quartiers amis de l'âge » réunissant commerces, logements, aménagements, services publics et transports seront soutenues [11].

L'intégration des personnes âgées à la politique de la ville s'est d'ailleurs concrétisée avec la mise en place du Conseil des Seniors en janvier 2013 à Metz composé de membres âgés de 65 ans ou plus, volontaires, travaillant sur plusieurs thématiques dont le cadre de vie [68].

Pour aider les personnes à mobilité réduite, certains hypermarchés sont dotés d'un système de gestion des files d'attente prioritaires, Priocall, afin d'améliorer leur accueil. Un badge nominatif délivré sur justification permet d'activer une borne pour leur faciliter alors le passage en caisse.

3. Les aides techniques à la mobilité [67]

Les cannes, déambulateurs et fauteuils roulants sont bien connus comme aides techniques à la mobilité. Le fauteuil roulant peut être soit manuel soit électrique. TopChair S est le seul fauteuil électrique monte escalier fabriqué par une société française. Muni de chenilles, son utilisateur peut franchir des escaliers sans l'assistance d'une tierce personne. Des progrès ont été réalisés sur les fauteuils en terme de poids, de confort, de maniabilité et de prix.

Cependant, il existe d'autres aides techniques qui restent encore peu plébiscitées comme des bi ou tricycles à assistance électrique, voire des scooters qui peuvent tous faire l'objet d'adaptations spécifiques.

Ils sont peu utilisés en France du fait d'une méconnaissance ou d'une appréhension alors qu'ils sont pourtant une bonne solution pour maintenir un périmètre de mobilité efficace tout en réduisant la fatigue liée aux déplacements. Leur usage est d'ailleurs beaucoup plus répandu dans les pays Scandinaves ou au Royaume Uni avec près de 500 000 utilisateurs de scooter pour personne à mobilité réduite et où les habitudes culturelles sont plus favorables.

En France, il faut encourager ces nouveaux moyens de mobilité avec des opérations de sensibilisation et de formation envers les professions médicales, paramédicales et les personnes en perte d'autonomie. Il faut également aider leur financement et mieux aménager la voirie mais aussi l'habitat.

4. La voiture

La voiture reste utile pour les grandes distances. Elle assure une autonomie effective et maintient un bon niveau de participation sociale particulièrement dans les zones périurbaines et rurales.

Une personne handicapée physique peut conduire un véhicule de catégorie moto (A, A1) ou voiture (B et B1), éventuellement aménagé pour tenir compte du handicap. Elle doit avoir obtenu au préalable le permis de conduire de la catégorie visée qui peut nécessiter un aménagement des épreuves (auto-école avec véhicule adapté, sessions spécialisées pour les sourds et malentendants) [50].

Dans certains cas, l'aptitude à la conduite doit être reconnue par un médecin agréé par la Préfecture. Cela concerne, tout candidat aux permis ou conducteurs qui doivent adapter leur véhicule et, de leur propre initiative, se soumettre à ce contrôle médical. Elle est délivrée de manière définitive si la situation est fixe ou pour une période déterminée (maximum 5 ans si moins de 60 ans, 2 ans entre 60-76ans, 1 an pour les plus de 76 ans) [50].

Cette visite médicale n'est pas obligatoire pour les personnes âgées contrairement à d'autres pays européens. D'ailleurs, la proposition de loi visant à instaurer un examen d'aptitude pour les plus de 75 ans a été rejetée par les sénateurs en juin 2013 jugée discriminatoire et en contradiction avec la réalité. En effet, ils ne sont pas plus impliqués dans les accidents de la route, bien au contraire, car un cinquième des morts au volant a plus de 65 ans contre un sur deux entre 18 et 45 ans. Néanmoins, la mortalité est plus forte avec l'âge en cas d'accident du fait d'une plus grande vulnérabilité aux chocs et aux blessures [11] [67].

La conduite est en augmentation régulière chez les personnes âgées, particulièrement chez les femmes. Elle est rendue possible par la poursuite de l'équipement en véhicule après 60 ans (55% des cas soit 660 000 voitures par an) [67].

Conduire est une tâche complexe qui fait appel à plusieurs capacités : motrices, cognitives et sensorielles. Avec le vieillissement, ces capacités peuvent décliner. Une pleine conscience de ces changements ainsi que l'expérience de conduite permettent de mieux s'adapter [69].

Sur le plan moteur, une limitation des amplitudes articulaires peut rendre difficile l'usage du véhicule d'où l'intérêt des systèmes d'assistance à la conduite [67]. La vision est altérée avec l'âge entraînant une réduction du champ visuel périphérique et une gêne à la conduite nocturne accentuée par le manque d'éclairage sur les axes routiers par souci d'économie.

Les troubles cognitifs peuvent affecter les capacités attentionnelles et d'inhibition entraînant un ralentissement des réactions et des difficultés en cas de situation complexe. C'est pourquoi, il convient tout même de s'interroger sur le rôle de conseil que pourraient jouer les médecins traitants auprès des conducteurs âgés avec notamment une détection de ces troubles par une évaluation cognitive. Des outils validés et bien acceptés par les médecins généralistes existent comme a pu le montrer une étude réalisée auprès de 92 confrères. Ces tests cognitifs sont le Trail Making Task ou test des tracés (TMT) et le Test des codes de Wechsler. Ils ont été jugés satisfaisants en terme de faisabilité et d'utilité clinique. La plupart des médecins (70%) seraient prêt à les utiliser dans leur pratique associé à d'autres tests comme le Get Up and Go test ou l'échelle des 4 IADL [69].

Pour le moment, il faut compter seulement sur la motivation des patients pour participer à des stages consacrés aux seniors. Ils sont organisés par certains centres de formation de l'École de conduite française, la Prévention Routière ou les assurances pour réactualiser les connaissances du code de la route et réaliser des ateliers pratiques. Le plus souvent, les connaissances ne font pas défaut mais ce sont les changements liés au vieillissement qu'il faut intégrer à sa pratique.

Ainsi, un simulateur de conduite a été conçu, SimCA², né d'un partenariat entre le CHR Metz-Thionville, l'Université de Lorraine, l'ENIM et le laboratoire de Génie Industriel et Production de Metz. Il est pour le moment destiné aux patients ayant été victimes d'accidents vasculaires cérébraux [62]. Mais l'entraînement avec certains jeux vidéos comme NeuroRacer permet aussi d'améliorer les capacités mentales des seniors telles que l'exécution de plusieurs tâches en même temps, la vigilance ou la mémoire de travail à court terme en comparaison à des non-joueurs du même âge ou de 20 ans. Ces résultats peuvent d'ailleurs se prolonger 6 mois après l'arrêt du jeu montrant l'effet sur la plasticité cérébrale [70].

Pour l'aménagement d'un véhicule, soit en tant que conducteur ou passager, il faut s'adresser à des équipementiers spécialisés et cela s'avère souvent très coûteux. Par conséquent, des aides financières existent.

Tout d'abord, la PCH ou l'APA peuvent participer aux dépenses. La PCH peut être affectée à l'aménagement du poste de conduite ou à des équipements spéciaux (montant maximum de 5 000 € pour 5 ans). Mais elle finance aussi les surcoûts liés aux transports réguliers, transports domicile-hôpital faits par un tiers ou supérieurs à 50 km ou pour un départ en congés annuels (montant maximum de 200 € mensuels pendant 5 ans). Par contre, elle ne finance pas l'achat du véhicule [50].

Ensuite, le Fonds Départemental de Compensation peut accorder des aides pour réduire les frais de compensation qui restent à la charge du particulier.

Pour les travailleurs handicapés ou à la recherche d'un emploi, l'AGEFIPH verse une aide à la mobilité jusqu'à 50% du coût de l'aménagement dans une limite de 9 000 € voire 10 000 € si l'achat d'un nouveau véhicule est nécessaire [19]. Le FIPHFP peut aussi pour le secteur public prendre en charge l'aménagement du véhicule utilisé à des fins professionnelles (10 000 € avec un renouvellement des matériels fixé à 3 ans) [71].

Certaines aides individuelles peuvent encore être sollicitées auprès d'organismes divers (mutuelles, comités d'entreprises, CAF, caisse de retraite, CCAS) ou certaines fondations. L'État envisage le remboursement simplifié sur la base d'un forfait pour les petits travaux d'aménagements du véhicule [56].

Si l'aménagement d'un véhicule revient trop cher, il est possible d'en louer auprès de sociétés de véhicules adaptés ou de consulter un site d'annonce Libertans pour la location ou l'achat de véhicules d'occasions.

Enfin, certains véhicules proposés à l'achat sont directement accessibles en fauteuil roulant en tant que passager comme la gamme Renault Tech, ou pour les conducteurs. C'est le cas d'Elbee, commercialisée par des ingénieurs Tchèques, qui permet de conduire directement en restant dans son fauteuil roulant jusqu'à une vitesse de 80 km/heure grâce à une portière frontale à ouverture extérieure et une rampe contrôlée à distance (prix de 15 000 €). En France, des véhicules sans permis comme Kimsi le premier monospace électrique autorisent aussi l'accès direct en fauteuil au poste de conduite avec une autonomie de 80 à 100 km.

5. Les transports en commun et autres services spécialisés [67]

Les transports en commun sont peu plébiscités par les personnes âgées du fait de leur pénibilité : distance de marche, manque de place pour attendre, manque d'attention, insécurité, difficultés pour trouver des informations. Pourtant, ils représentent une alternative à l'automobile et se développent grâce à plusieurs mesures :

- **L'accessibilité [63]** : toutes les autorités organisatrices de transport doivent émettre un schéma directeur d'accessibilité mais 39% d'entre elles n'en avaient pas ou 15% de ceux signés n'étaient pas engagés au 1er juillet 2012. Pourtant, la date limite de mise en accessibilité pour les services de transports publics était le 13 février 2015. Hors, seulement 42% des réseaux de bus étaient accessibles en France. Des délais supplémentaires de mise en conformité ont donc été accordés (3 ans pour les transports urbains jusqu'à 6 ans dans l'interurbain). Mais certaines villes sont engagées dans une politique d'amélioration. Par exemple, Metz Métropole a renforcé la mise en accessibilité de son réseau de bus avec des travaux sur l'ensemble des arrêts (quais surélevés, repères pour les personnes malvoyantes, espace de circulation).
- **L'information** des personnes âgées sera facilitée car elles auront accès aux « services conseils en mobilité » mis en place par les Autorités organisatrices de transport dans les agglomérations de plus de 100 000 habitants sur les possibilités de mobilités existantes [11].
- **Les tarifs réduits** pour les personnes âgées [68].
- **Les places réservées** aux titulaires des cartes d'invalidité ou de priorité.
- **L'accompagnement aux transports réalisé par les services d'aides à la personne** permet de réduire le sentiment d'insécurité et de pénibilité. On sait que la motivation est un élément primordial pour la mobilité. Pour les personnes âgées isolées, les caisses de retraite complémentaires AGIRC-ARRCO financent un dispositif « Sortir Plus » destiné au plus de 80 ans sans condition de ressources sous la forme d'un CESU pour payer une prestation de transport accompagné. Ainsi, 3 chèquiers de 150 € chacun sont délivrés chaque année pour un individu qui devra lui aussi participer (15 € pour le premier chèquier, 20 € pour le deuxième et 30 € pour le dernier).
- **Les services de transport pour les personnes à mobilité réduite** sont destinés

principalement aux personnes qui sont très limitées dans leurs déplacements comme les utilisateurs de fauteuil roulant. Le système fonctionne en porte-à-porte pour éviter les obstacles environnementaux, sur réservation, et par conséquent a un coût entraînant des critères plutôt stricts d'admission. Par exemple, Accelis pour toutes les communes de Metz Métropole [68], le réseau Cabus de Sarreguemines ou Trans'PMR pour Thionville et la vallée de la Fensch.

- **Les services de transport à la demande**

Ce sont des services de transport publics donc accessibles à tous, plutôt utilisés par les personnes âgées habitant en zone périurbaine ou rurale avec un fonctionnement selon des arrêts déterminés et un parcours fixe mais sur réservation. C'est le cas de iSi tad à Sarrebourg, le Cabus à la demande pour la Communauté d'Agglomération de Sarreguemines, le Citelo pour les communes autour de Thionville ou le Soli'Bus pour les personnes âgées dans le Pays Boulageois.

D'autres services de transports spécialisés comme des prestataires nationaux (Ulysse transport, GIHP, Vortex ou VAD) ou des taxis peuvent aussi être utilisés. Pour ces cas, l'AGEFIPH peut attribuer une aide ponctuelle aux trajets d'un montant de 4 000 € [19]. Dans la Fonction Publique, le FIPHFP prévoit 10 000 € par an pour les dépenses de transports adaptés occasionnées par les travailleurs handicapés dans le cadre de leurs déplacements professionnels. Pour les transports domicile/travail, le montant de l'aide est de 30 800 € par an sans dépasser 140 € par jour [71].

6. Les transports pour voyager [63] [72]

Le délai de mise en conformité du réseau ferroviaire est de 3 ans reconductibles jusqu'à 9 ans. Plus de 424 gares relèvent du schéma directeur national d'accessibilité dont 256 prises en compte par les régions. Ainsi, la SNCF s'inscrit dans une démarche d'accessibilité avec par exemple l'édition récente d'un guide mobilité réduite pour recenser les prestations destinées à faciliter les déplacements en train.

Tout d'abord, les billets dématérialisés (e-billet sur internet, ou m-billet sur smartphone), l'envoi par courrier à domicile permettent d'éviter des trajets inutiles.

Ensuite, des services d'assistance gratuits obtenus sur réservation existent pour l'organisation de ses voyages. Ils interviennent de l'achat du billet jusqu'au placement dans le train, en s'assurant de l'accessibilité en gares, de l'accueil et de l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Accès Plus pour le réseau national (depuis le 1er mars 2007) ou Accès Ter en régions (mis en place en Lorraine), sont ainsi proposés aux titulaires de cartes ou aux personnes qui utilisent un fauteuil roulant pour leurs déplacements.

Le service domicile-train quant à lui payant, est disponible pour les personnes âgées ou à mobilité réduite qui seront accompagnées depuis leur domicile jusqu'au train avec le port de leurs bagages. Ce service en lien avec APEF services est national et permet une réduction d'impôts égale à 50% des sommes versées.

Pour les personnes sourdes ou malentendantes, une plate-forme de traduction en langues des signes française rend accessible les centres de relation clients. Un personnage virtuel, Jade, apparaît sur les écrans plats pour traduire en langue des signes les informations sonores diffusées en gare. Les sites internet sont compatibles avec les technologies de synthèse vocale et de traduction en braille pour les malvoyants ou aveugles. Les chiens guide

d'aveugle ou d'accompagnement sont autorisés à voyager gratuitement sans billet.

Les gares sont progressivement équipées ainsi que les trains. Des bandes podotactiles, des bandes et flèches sonores sont créées pour permettre de se diriger dans les gares en cas de déficience visuelle. Une signalétique agrandie et des systèmes d'aide à l'écoute sont prévus pour les déficiences auditives. Enfin, pour un usage facilité du fauteuil roulant, des rampes d'accès, des ascenseurs ou des chemins praticables sont pensés.

Dans les trains express régionaux, seuls 4 emplacements sont réservés au fauteuil avec des toilettes accessibles. Ceux de Lorraine sont équipés du système de « porte parlante » qui permet aux personnes aveugles de repérer les portes par les sons et de recevoir des messages vocaux pour une meilleure interaction entre le train et le voyageur.

En 2013, le premier train entièrement accessible Régiolis a été construit. Il est conforme à l'ensemble des critères de la spécification technique d'interopérabilité pour les personnes à mobilité réduite qui établit des normes afin d'harmoniser la mise en accessibilité du réseau ferroviaire au niveau européen. Il a été commandé par 12 régions françaises dont la Lorraine, où il a été mis en circulation à partir du 22 avril 2014. Non sans mal, car les nouvelles rames étant trop larges de quelques centimètres, des travaux sur les quais d'un montant de 450 000 € pour la Lorraine ont été nécessaires.

Air France a choisi aussi de dédier un service d'assistance aux personnes handicapées qui s'appelle Saphir et qui est disponible dans 20 pays. Une carte gratuite personnalisée est alors délivrée contenant les informations nécessaires par rapport aux handicaps. Les chiens guides sont autorisés gratuitement en cabine.

F) Les aides spécifiques aux enfants

L'enfant en situation de handicap est un enfant comme un autre, il a des besoins notamment en terme de scolarisation.

1. La scolarisation [73]

Avant 3 ans, ils peuvent être accueillis en crèches et haltes garderies avec des dispositions particulières. Si des soins sont nécessaires et non réalisables par la famille, les pouponnières à caractère sanitaire les gardent jours et nuits [50].

L'obligation scolaire s'applique de 6 à 16 ans. Mais, dès l'âge de 3 ans et même après 16 ans, l'école doit les accueillir dès que la famille en fait la demande.

Leur droit d'accès à l'Éducation Nationale est affirmé par la loi de 2005 : « *Tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé est inscrit dans l'école ou dans l'un des établissements, le plus proche de son domicile, qui constitue son établissement de référence* » [5]. Ce principe de l'inclusion scolaire de tous les enfants sans aucune distinction est d'ailleurs réaffirmé dès l'article premier du code de l'Éducation, grâce à la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République du 8 juillet 2013.

La scolarisation peut se faire en milieu ordinaire ou en établissements spécialisés (Tableau VI).

Tableau VI. Répartition du nombre d'enfants en situation de handicap en France selon le mode de scolarisation en 2013-2014 – source : Repères et références statistiques sur les enseignements, les formations et la recherche Édition 2014

Milieu ordinaire 1 ^{er} degré	Milieu ordinaire 2 nd degré	Établissements médico-sociaux	Établissements hospitaliers
141 565	97 595	71 286	7 931

A la rentrée 2013, c'est surtout le milieu ordinaire qui a progressé avec une hausse de 6% soit 13 600 élèves en plus. Les établissements spécialisés ont perdu eux 700 élèves (-0,8%). Ainsi, 310 853 enfants en situation de handicap étaient scolarisés soit une hausse de 4,2 % par rapport à l'année précédente [74].

La scolarisation des enfants handicapés est donc en progression constante, notamment en milieu ordinaire avec un nombre d'enfants qui a doublé entre 2005 et 2013 (figure 12).

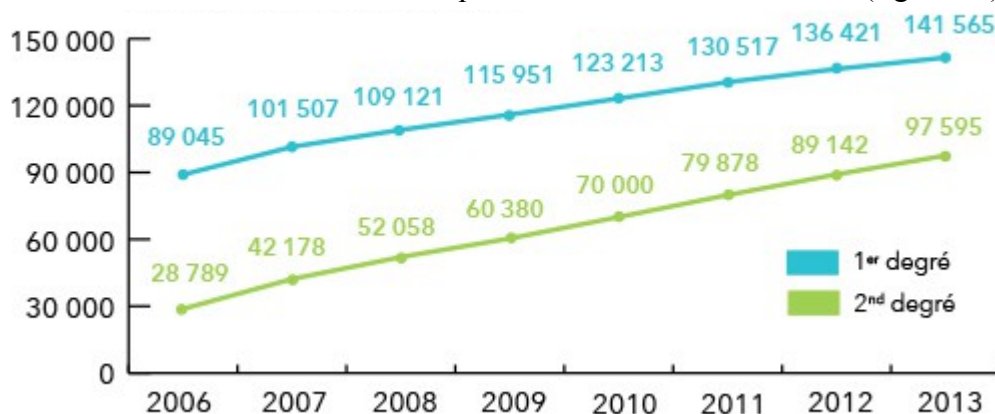


Figure 12. Évolution des effectifs d'élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire (public/privé) estimée en milliers – source : Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche

En Moselle, en novembre 2012, il y avaient 4 353 élèves handicapés scolarisés dont 3 370 dans des établissements scolaires du 1^{er} et du 2nd degré [75].

Le mode de scolarisation est déterminé par la CDAPH qui prend sa décision à partir d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS) établi pour chaque enfant à partir d'un outil le guide d'évaluation en milieu scolaire (GEVA-sco). Ces documents, formalisés au plan national, visent à garantir une égalité de traitement pour tous les enfants en situation de handicap [76]. Pour se faire, la famille doit solliciter la MDPH et prendre contact avec l'enseignant référent du secteur. A la rentrée de septembre 2012, la Moselle comptait 27 enseignants spécialisés référents répartis sur l'ensemble du département [75].

Le PPS est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH en relation avec l'équipe de suivi de scolarisation. Celle-ci est composée de l'enseignant référent, des parents, des enseignants de l'enfant, des professionnels de l'éducation, de la santé ou des services sociaux.

Le PPS va définir les modalités d'organisation concernant :

- l'orientation scolaire

- l'aménagement de la scolarité : emploi du temps, prise en charge extérieure pendant les heures scolaires
- les aménagements pédagogiques
- la mise à disposition de matériel pédagogique adapté comme des logiciels adaptés, des claviers braille
- les mesures d'accompagnement
- le transport adapté
- les aménagements d'examen et de concours

Cependant, le décret n°2014-1485 du 11 décembre 2014 autorise « *la dispense d'un ou plusieurs enseignements s'il n'est pas possible de les rendre accessibles en raison du handicap* » et précise le contenu du PPS. En effet, il doit porter la mention du ou des établissements où l'élève est effectivement inscrit, les objectifs pédagogiques, les décisions de la CDAPH sur le parcours de formation et les préconisations utiles pour la mise en œuvre du projet.

Le PPS devra être révisé au moins à chaque changement de cycle ou d'orientation scolaire. Une fois établi, la famille dispose de 15 jours pour transmettre ses observations éventuelles avant la prise de décision de la CDAPH. En cas de dispositif inexistant dans l'établissement de référence, seul l'accord des parents peut permettre l'inscription de leur enfant ailleurs.

Après accord, la mise en œuvre du PPS est coordonnée par l'équipe de suivi de scolarisation qui se réunit au minimum 1 fois par an et qui peut procéder à des réajustements. En novembre 2012, 3 251 élèves handicapés scolarisés en Moselle (96,5%) avaient un PPS [75].

D'autres mesures ont été prises pour améliorer ce droit à l'école.

Le projet d'accueil individualisé (PAI) est quant à lui destiné aux enfants malades atteints de pathologies chroniques, d'allergies ou d'intolérances alimentaires. A la demande des parents, un document écrit est rédigé par le chef d'établissement avec le concours du médecin scolaire qui précise les modalités d'accueil au sein de la collectivité du fait de la maladie. Ainsi, les traitements, précautions, gestes, protocoles d'urgence ou aménagements nécessaires sont décrits et valables 1 an mais sont reconductibles [50].

Le plan d'accompagnement personnalisé (PAP) a été créé par la loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République. Ce sera un dispositif d'aide permettant des aménagements et adaptations de nature pédagogique lorsque des troubles des apprentissages entraînent des difficultés scolaires durables. Il pourra être proposé par le conseil des maîtres ou des classes, ou à la demande de la famille [76].

1.1. En milieu ordinaire

La scolarité peut être individuelle ou se faire au sein de structures collectives.

a) La scolarisation individuelle

L'enfant est alors dans une classe ordinaire. Il peut être aidé grâce à des aménagements techniques ou des aides humaines.

Le matériel pédagogique adapté peut être prêté, les manuels scolaires en braille sont disponibles dans tous les départements pour l'école primaire et les initiatives destinées à favoriser l'accessibilité des ressources pédagogiques à tous les enfants avec notamment le numérique sont encouragées. Dans le département, 6,6% des élèves du 1^{er} degré et 15,3% scolarisés dans le second degré bénéficiaient de matériel adapté pour 2012-2013 [75].

Des aménagements d'examens et de concours pour les candidats en situation de handicap sont possibles portant sur l'installation matérielle dans la salle d'examen, sur l'utilisation d'une aide technique (machine, matériel ou informatique), sur une assistance humaine, une adaptation de la présentation des sujets ou encore un temps de composition allongé. Ils peuvent aussi être autorisés à conserver leurs notes aux épreuves pendant 5 ans, à étaler leurs épreuves sur plusieurs sessions et selon le règlement de chaque examen, prétendre à l'adaptation ou la dispense d'épreuve. La demande d'aménagement doit être envoyée au médecin désigné par la CDAPH selon le type d'établissement fréquenté et qui proposera des aménagements, mais la décision revient à l'administration chargée de l'organisation des épreuves [50].

Des pôles d'accompagnement à la scolarisation des élèves sourds (Pass) sont créés pour favoriser leur scolarisation en milieu ordinaire quel que soit le mode de communication choisi par les parents (langue des signes ou langage parlé complété).

L'enfant peut être accompagné par un auxiliaire de vie scolaire à titre individuel (AVS-i) ou mutualisé (AVS-m) dont les tâches sont diverses. Il intervient aussi bien dans les actes de la vie scolaire (écriture, manipulation de matériel) que périscolaire pour les gestes de la vie courante comme les déplacements, l'hygiène ou les repas. Ainsi, l'enfant n'est pas exclu des activités physiques, sportives ou des sorties pédagogiques de la classe. Il ne se substitue pas à l'enseignant et ne se rend jamais au domicile de l'enfant.

Depuis la rentrée scolaire 2014, les accompagnants des élèves en situation de handicap remplacent les AVS recrutés par contrat d'assistant d'éducation. Ce sont des agents publics de l'État engagés pour 3 ans, renouvelable dans la limite de 6 ans avec une perspective de contrat à durée indéterminée (CDI) au delà.

A la rentrée 2014, 77 700 enfants avaient un AVS-i et 31 400 un AVS-m [74]. En Moselle, 52,7% des élèves handicapés scolarisés dans le premier degré et 22% dans le second degré avaient un accompagnement humain. Entre 2012 et 2013, 995 AVS-i et 41 AVS-m étaient employés dans le premier degré, contre 255 AVS-i et 54 AVS-m pour le secondaire [75].

Les Services d'Éducation Spéciale et de Soins à domicile (SESSAD) apportent un soutien spécialisé à l'enfant en situation de handicap pour le maintenir dans son milieu de vie ordinaire et d'éducation en intervenant dans tous les lieux de vie dont l'école. Son action requiert l'accord de la CDAPH.

Ils peuvent porter un nom différent selon l'âge de l'enfant et l'origine de son handicap [50] :

- SAFEP : service d'accompagnement familial et d'éducation précoce pour les enfants de 0 à 3 ans avec un déficit sensoriel
- SSEFIS : service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire pour les déficients auditifs après 3 ans
- SAAAIS : service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire en cas de déficience visuelle après 3 ans
- SSAD : service de soins et d'aide à domicile pour les enfants polyhandicapés
- SESSD : service d'éducation et de soins spécialisés à domicile pour différents handicaps : les déficiences motrices, les affections génétiques comme le SESSD du Graouilly à Metz

Composés d'équipes pluridisciplinaires, le soutien des SESSAD peut prendre différentes formes comme la réalisation de soins spécifiques (kinésithérapie, ergothérapie, psychomotricité, orthophonie), un soutien social (éducateur spécialisé), un soutien scolaire (enseignants spécialisés). L'enseignant spécialisé intervient régulièrement dans l'établissement scolaire après la signature d'une convention entre l'inspecteur de la circonscription ou le chef d'établissement et le SESSAD ainsi qu'au domicile de l'enfant.

Les SESSAD sont autonomes ou rattachés à d'autres ESMS. Au 1er janvier 2014, 1 582 SESSAD autonomes exerçaient leur fonction disposant de plus de 45 442 places dont 726 en Moselle [75].

b) La scolarisation collective

Malgré ces aides, lorsque la situation ne permet pas une scolarisation continue en classe ordinaire, il faut recourir à des dispositifs de scolarisation collective. Il s'agit des classes pour l'inclusion ou l'intégration scolaire (CLIS) à l'école primaire, et les unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) dans les collèges et lycées.

Les AVS collectifs (AVS-co) peuvent aider les enseignants au sein de ces structures en proposant un accompagnement collectif de la classe.

Les Clis sont des classes qui accueillent des élèves âgés de 6 à 12 ans avec un effectif limité à 12 enfants qui partagent le même type de handicap. Il existe ainsi 4 catégories de CLIS : CLIS 1 pour les troubles des fonctions cognitives, CLIS 2 pour un handicap auditif, CLIS 3 pour un handicap visuel, CLIS 4 pour un handicap moteur.

Elles dispensent un enseignement adapté tout en participant aux projets pédagogiques de l'école avec un temps d'inclusion aux classes ordinaires selon les capacités de l'enfant. Elles mettent en œuvre les objectifs de chacun des PPS.

A la rentrée 2014, 47 070 enfants étaient scolarisés en CLIS [76]. 81 CLIS en Moselle scolarisaient 698 élèves : 76 CLIS de type 1 dont 3 dispositifs pour enfants souffrant de Troubles Envahissants du Développement, 2 CLIS de type 2, 1 CLIS de type 3, et 2 CLIS de type 4 [75].

Les Ulis remplacent depuis la rentrée 2010 les unités pédagogiques d'intégration pour les enfants de 12 à 16 ans et permettent d'obtenir les objectifs prévus dans le PPS au sein d'un collège, d'un lycée d'enseignement général et technologique ou d'un lycée professionnel. Leur fonctionnement en réseau répond aux besoins de formation professionnelle des élèves ainsi qu'à une répartition plus égale sur le territoire.

En 2013, on pouvait en compter 2 808 en France. A la rentrée 2014, 32 240 élèves y étaient inscrits [76]. Il y en a 45 répartis sur le département de la Moselle selon les pathologies (figure 13) [75] :

- pour les troubles des fonctions cognitives ou mentales incluant les troubles spécifiques du langage écrit et de la parole : 39 ULIS (33 Collèges et 6 Lycées)
- pour les troubles envahissant du développement dont l'autisme : 1 ULIS Collège
- pour les troubles des fonctions motrices avec les troubles dyspraxiques : 2 ULIS Collèges
- pour les troubles de la fonction auditive : 1 ULIS Collège/Lycée
- pour les troubles de la fonction visuelle : 1 ULIS Collège/Lycée
- pour les troubles multiples associés comme le plurihandicap ou les maladies invalidantes : 1 ULIS rattachée à un collège de Metz

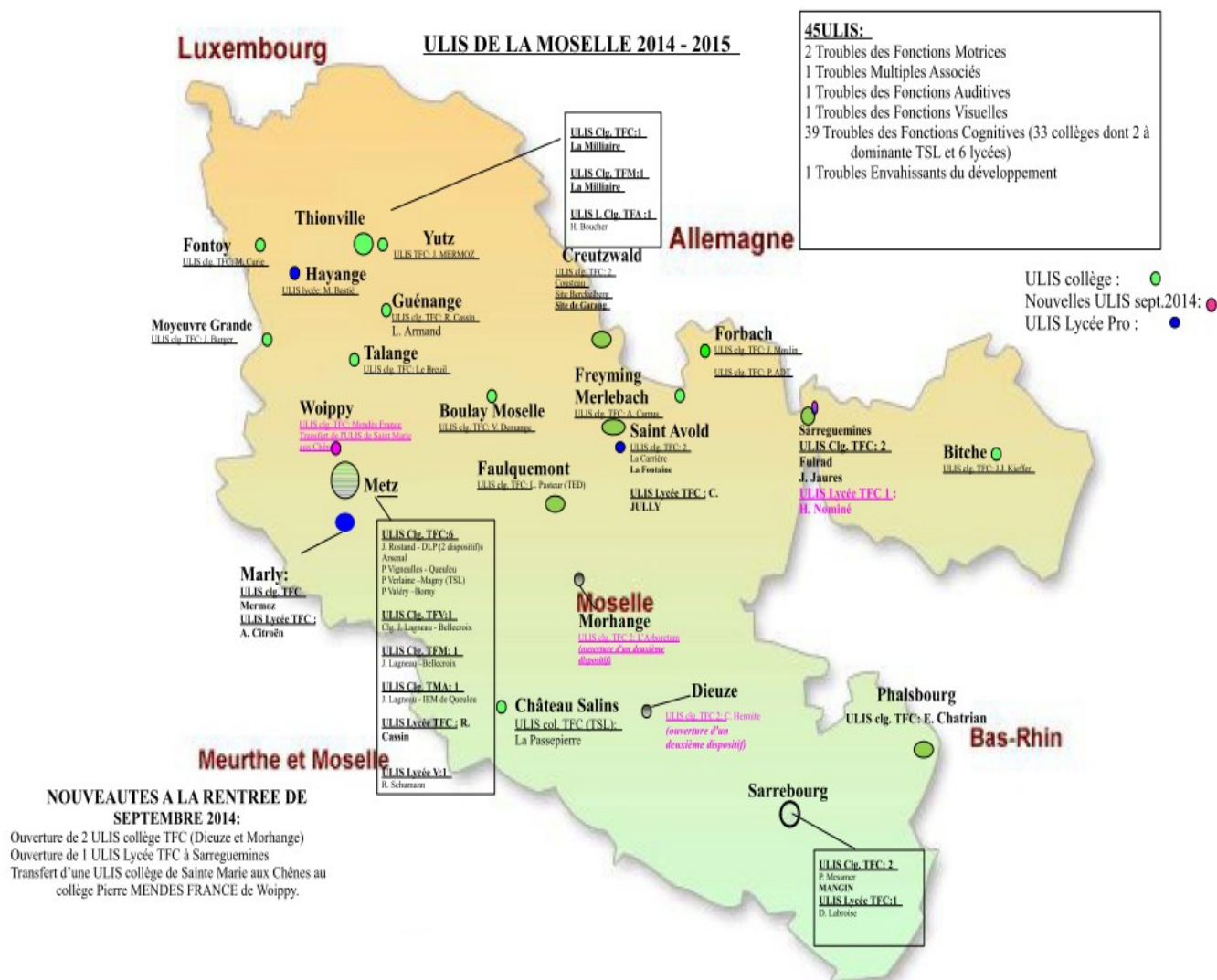


Figure 13. Répartition géographique des ULIS en Moselle à la rentrée 2014-2015 – source : Inspection de l'Éducation Nationale chargée de l'Adaptation Scolaire et du Handicap (ASH 57)

1.2. En milieu adapté [50]

Les Sections d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA) sont implantées dans certains collèges pour accueillir tous les élèves âgés de 12 à 16 ans qui ont des difficultés scolaires graves et durables. Les enfants handicapés peuvent aussi en bénéficier selon leur niveau scolaire et leur PPS. Chaque section fonctionne en divisions qui comportent au maximum 16 élèves.

Elles visent à apporter une formation professionnelle qui pourra se poursuivre après la 3^{ème} en lycée professionnel, en centre de formation d'apprentis ou dans les établissements régionaux d'enseignement adapté (EREA) qui sont des établissements publics locaux. Ils prennent en charge des adolescents en grande difficulté scolaire, sociale ou présentant des handicaps, grâce à un centre de soins et des plateaux techniques. Ils proposent une formation professionnelle qualifiante et diplômante. Il y en a 80 en France, 5 accueillent les élèves avec un handicap moteur et 3 pour les handicaps visuels avec la possibilité d'une prise en charge éducative en internat dans 75 d'entre eux, après avis de la CDAPH. Plus de la moitié des élèves sont internes.

Il en existe 4 en Lorraine, dont un en Moselle, mais seul celui de Flavigny sur Moselle reçoit des élèves avec un handicap moteur.

Les établissements spécialisés rassemblent des établissements médico-sociaux et à caractère sanitaire. Ils ont scolarisé 79 217 enfants en 2013. Le taux d'équipement pour les moins de 20 ans est supérieur en Moselle (10,5 places pour 1 000 enfants) par rapport à la moyenne nationale de 9,4.

Les établissements médico-sociaux (EMS) [29] offrent la prise en charge scolaire, éducative et thérapeutique la plus adaptée au handicap de l'enfant âgé de moins de 20 ans dont le coût relève de l'assurance maladie. L'enfant peut y être en tant qu'interne, semi-interne, externe ou par le biais du placement familial. L'orientation est déterminée par la CDAPH.

Il en existe plusieurs catégories :

- **Les instituts médico-éducatifs (IME)** regroupent les instituts médico-pédagogiques pour les enfants de 3 à 14 ans et médico-professionnels (IMPRO) de 14 à 18 voire 20 ans pour les situations de handicap mental. Il y a 1 210 IME avec environ 66 040 places dont 1385 pour la Moselle
- **Les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP)** en cas de troubles de la conduite et du comportement perturbant gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. 429 ITEP proposent environ 14 791 places, 181 dans notre département
- **les instituts d'éducation sensorielle (IES)** en cas de handicap auditif et/ou visuel regroupent 118 établissements avec environ 7 260 places
- **les instituts d'éducation motrice (IEM)** ou autres établissements destinés aux cas de handicap moteur sont au nombre de 138 établissements soit 7 000 places dont 57 pour la Moselle en 2014
- **les établissements pour polyhandicapés** peuvent accueillir le handicap grave à expression multiple associant déficience motrice et mentale sévère ou profonde et entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation. 198 établissements y étaient dédiés avec plus de 5 353 places dont 76 dans le département

Des unités d'enseignement (UE) sont créées au sein des EMS dans lesquelles sont affectés des enseignants du public ou privé, dont le travail s'effectue en référence aux programmes officiels. Ils utilisent néanmoins une pédagogie adaptée pour mettre en œuvre les PPS de chaque enfant et répondre au projet global de l'établissement. 90 UE supplémentaires seront ouvertes pour les enfants avec un trouble autistique. D'ailleurs, 200 élèves sont déjà scolarisés dans les 29 UE qui leur sont consacrées. La relocalisation des UE en milieu ordinaire est une priorité de l'État [76].

Les établissements à caractère sanitaire permettent, dans certains cas, l'organisation de la scolarité selon des accords passés avec le ministère de l'Éducation Nationale. L'admission y est prononcée sur prescription médicale, car chaque établissement est spécialisé dans le traitement d'un type de pathologie.

Au total, en Moselle, en novembre 2012, 812 élèves étaient scolarisés en unités d'enseignement d'IME, 135 en ITEP, 36 en hôpital de jour et 165 élèves à l'IES (figure 14) [75].

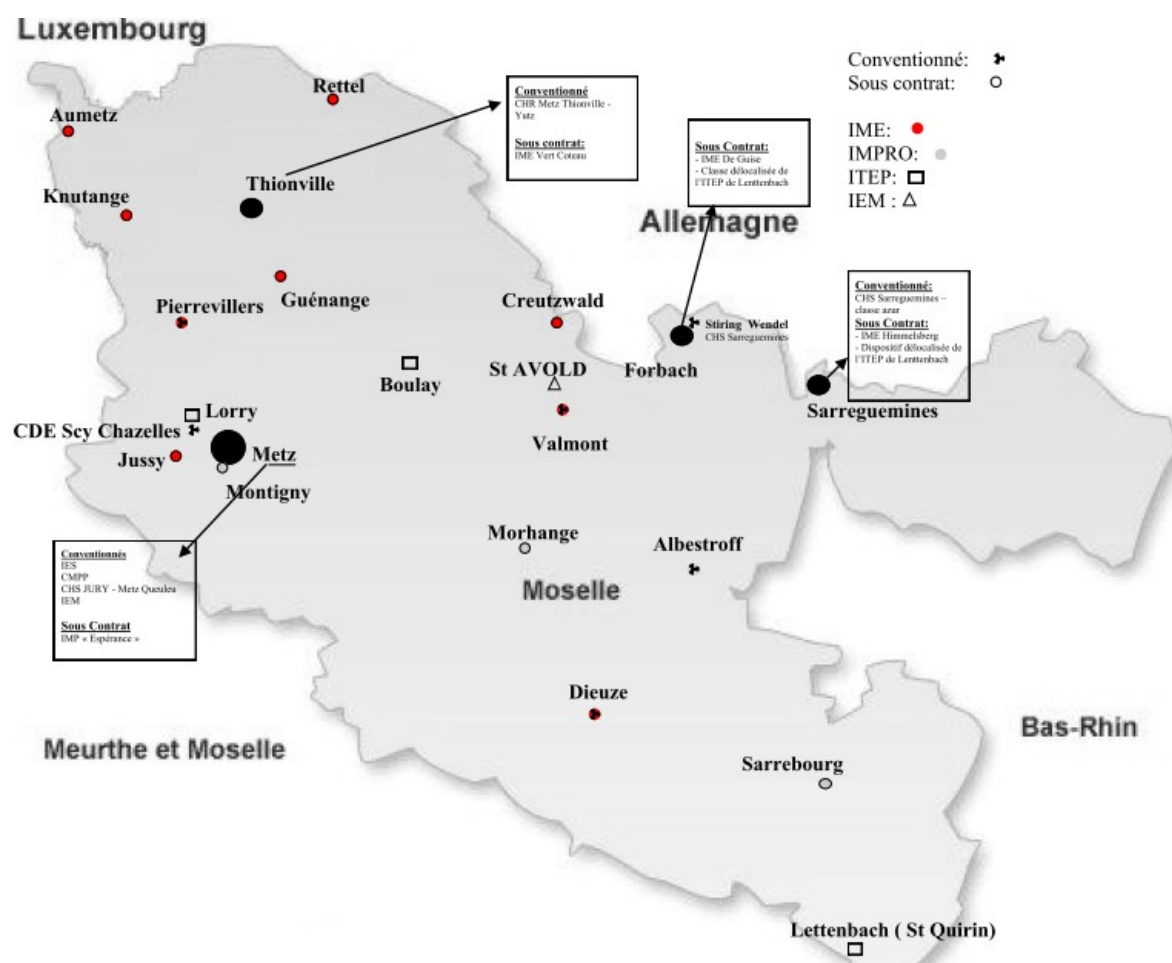


Figure 14. Répartition géographique des établissements spécialisés (EMS et hôpitaux) scolarisant des élèves handicapés à la rentrée 2014-2015 en Moselle – source : Inspection de l'Éducation Nationale chargée de l'Adaptation Scolaire et du Handicap (ASH 57)

1.3. A distance

Lorsque l'enfant ne peut assister physiquement à des cours, il peut en bénéficier à distance.

Le Centre national d'enseignement à distance (Cned) assure ce service public et propose un dispositif spécifique aux élèves handicapés de 6 à 16 ans dans le cadre de leur PPS avec l'intervention d'un enseignant répétiteur au domicile de l'enfant. La scolarisation par ce biais d'un élève handicapé n'exclut pas sa fréquentation à temps partiel d'un établissement scolaire, voire médico-social ou sanitaire.

En cas d'hospitalisation ou de convalescence pendant une période longue, l'élève peut bénéficier du service d'assistance pédagogique à domicile (SAPAD) mis en place par les Pupilles de l'enseignement public. Il est gratuit pour les familles et assuré par des enseignants en activité. Son recours est possible dès que la scolarité est interrompue au-delà de 3 semaines et à condition que le médecin scolaire juge compatible l'état de santé avec ce service [75].

2. Le transport scolaire [25]

210 000 enfants sur les 4 millions transportés sont handicapés [63]. Les frais de transport scolaire sont pris en charge par les départements pour les élèves qui en raison de leur situation de handicap ne peuvent utiliser les transports en commun [50].

Les conditions pour en bénéficier d'après le règlement du CD de Moselle sont :

- être scolarisé(e) dans un établissement d'enseignement général, agricole ou professionnel, public ou privé ou dans un établissement d'enseignement supérieur sous la tutelle du Ministère de l'Éducation Nationale ou de l'Agriculture
- avoir un taux d'incapacité reconnu égal ou supérieur à 80%, ou alors compris entre 50 et 79% et bénéficier d'une éducation spéciale par la CDPAH

Le trajet domicile-établissement ne doit pas dépasser 7 km dans le primaire et secondaire sauf en cas de cohérence avec la carte scolaire et 14 km dans l'enseignement supérieur pour prétendre à une prise en compte quotidienne sur la base d'un aller-retour par jour de classe. En cas de dépassement des distances mais qui restent inférieures à 200 km, le transport subventionné à hauteur de 100% est hebdomadaire à raison d'un aller-retour/semaine sur le trajet domicile-internat ou résidence universitaire. Au-delà de 200 km, le trajet est subventionné à hauteur de 100 % à raison d'un aller-retour sur le même trajet par mois.

Si le transport est effectué par ses propres moyens, le remboursement des frais sera sur la base d'un tarif fixé par le département. Si le transport est réalisé par un véhicule exploité par un tiers, la prise en charge dépend des dépenses réelles dûment justifiées. Les transports collectifs sont à favoriser mais imposent des contraintes horaires avec des trajets uniques.

En cas de scolarisation dans un établissement spécialisé, la prise en charge est assurée par les organismes de sécurité sociale [50]. Les frais de transport liés aux soins ou traitements dans les centres d'action médico-sociale précoce et médico-psycho-pédagogiques seront *« pris en charge intégralement par l'assurance maladie »* selon un décret paru le 27 mai 2014 au Journal officiel.

3. Les services partenaires à la scolarisation

Les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) [5][25] viennent en aide lors de la naissance d'un enfant avec un trouble du développement grâce à une équipe pluridisciplinaire. L'intervention se fait alors jusqu'à l'âge de 6 ans pour le dépistage, le diagnostic et la rééducation. La prise en charge se fait en cure ambulatoire (80% par la Caisse de Sécurité Sociale après demande d'entente préalable et 20% par le département) tout en apportant soutien et aide à la famille.

Ils sont polyvalents ou spécialisés, au sein de centres hospitaliers ou d'accueil des jeunes enfants et proposent aussi des adaptations des conditions éducatives dans le milieu naturel. L'enfant peut y être adressé par un médecin, un service hospitalier, un service de protection maternelle et infantile, sur les conseils des lieux de la petite enfance ou enfin à l'initiative des parents.

On en compte 278 auxquels sont rattachées 29 annexes. 4 sont implantés en Moselle : Metz, Thionville, Saint-Avold et Sarrebourg.

Ils ont reçu 65 000 enfants au moins une fois au cours de l'année 2010.

Les centre médico-psychologiques (CMP) sont des établissements publics de cure ambulatoire en santé mentale rattachés à un centre hospitalier psychiatrique chargé du dépistage, diagnostic et traitement des troubles psychiques.

Les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) [5] sont des établissements de soins non sectorisés régis par le code de la Santé Publique et l'annexe 32 du décret du 9 mars 1956. Les équipes sont composées de psychiatres, pédiatres, psychologues, psychomotriciens, orthophonistes, assistantes sociales ainsi que de personnels de l'Éducation Nationale.

Ils sont destinés aux enfants et adolescents âgés de 3 à 20 ans (selon l'agrément), présentant des troubles psychomoteurs, neuropsychologiques et du comportement ou des difficultés d'adaptation qui se révèlent dans l'environnement scolaire, afin de leur apporter accueil, écoute et soins en ambulatoire.

Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé mentale en direction des enfants et des adolescents ; leur objectif est le maintien de l'enfant dans sa famille et dans le milieu scolaire ordinaire. Ces structures se situent aux frontières du médico-social et de la psychiatrie car elles proposent des consultations ou séances proches des centres de consultation de psychiatrie infanto-juvénile. Les consultations sont prises en charge intégralement par la Caisse de Sécurité Sociale, avec une demande d'entente préalable au-delà de 6 séances. 374 centres auxquels sont rattachées 89 annexes ont été recensés, et ont reçu 175 163 enfants au moins une fois au cours de l'année 2010.

4. L'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) [50]

C'est une prestation familiale pour compenser les besoins particuliers d'un enfant âgé de moins de 20 ans en situation de handicap comme les frais d'éducation et les soins. Elle remplace l'allocation d'éducation spéciale.

Les conditions pour en bénéficier sont :

- résider en France de façon permanente
- avoir un enfant âgé de moins de 20 ans
- l'enfant doit présenter une incapacité d'au moins 80% d'après la CDAPH
- ou présenter une incapacité d'au moins 50% et fréquenter un établissement spécialisé ou recourir à un service d'éducation spéciale ou de soins à domicile
- aucune condition de ressources n'est exigée

Cependant, l'AEEH peut être supprimée dès l'âge de 16 ans si l'enfant perçoit des revenus professionnels supérieurs à 55% du SMIC mensuel brut

Le montant de l'AEEH s'élève à 129,99 € par mois depuis le 1er avril 2014. Sa demande doit être adressée à la MDPH, où l'on trouve le dossier tout comme sur internet.

Elle est versée par la CAF ou la MSA pour le régime agricole, chaque mois, sauf si l'enfant est placé en internat. Dans ce dernier cas, les frais de séjour sont pris en charge intégralement par l'État, l'Assurance Maladie ou l'aide sociale. L'AEEH sera alors versée uniquement pendant les périodes de retour au foyer (week-end ou vacances).

Elle est attribuée pour une période de 1 à 5 ans, renouvelable jusqu'à l'âge de 20 ans. Si des mesures sont préconisées sur l'éducation et les soins, l'ouverture du droit à l'allocation peut être réexaminée dans un délai maximal de 2 ans et être suspendue ou interrompue en cas de non respect de ces mesures.

Les bénéficiaires de l'AEEH peuvent la cumuler avec d'autres prestations, ils ont la possibilité d'opter :

- soit pour le complément de l'AEEH
- soit pour la PCH
- soit pour le cumul complément de l'AEEH et le 3^{ème} élément de la PCH c'est à dire pour l'aménagement du domicile, du véhicule ou les surcoûts liés au transport.

En tenant compte du projet de vie de l'enfant et de l'évaluation de ses besoins, l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH va élaborer un plan personnalisé de compensation sur lequel la famille pourra faire part de ses remarques mais aussi choisir entre le complément ou la PCH.

Souvent, le complément de l'AEEH est plus intéressant que la PCH dans les cas où :

- l'enfant est très jeune
- il y a réduction ou cessation d'activité professionnelle pour des difficultés d'accueil en crèche ou par une assistante maternelle
- il y a réduction ou cessation d'activité professionnelle pour consacrer du temps à l'accompagnement aux soins ou la mise en œuvre de mesures éducatives

Le montant de la PCH est supérieur quand le temps d'aide pour les actes essentiels ou la surveillance est important ou l'intervention d'un salarié pour ces aides est nécessaire.

La CDAPH prendra ensuite sa décision et les bénéficiaires auront un délai de un mois pour modifier leur choix. L'absence de réponse de la CDAPH pendant plus de 4 mois est synonyme de décision de rejet. Au 31 décembre 2013, 221 871 enfants bénéficiaient de l'AEEH [23].

5. Le Complément de l'AEEH [50]

Lorsque la nature ou la gravité du handicap nécessite des dépenses coûteuses ou le recours à une tierce personne ou encore lorsqu'un des parents est en cessation partielle ou totale d'activité, un complément d'allocation peut être accordé.

Il existe 6 catégories de complément.

Le montant du complément varie selon la catégorie dans laquelle a été classée l'enfant par la CDAPH (tableau VII). Une majoration dite « *parent isolé* » est versée au parent qui assume seul la charge de son enfant et si le complément de l'AEEH lui est donné pour le recours à une tierce personne (le parent lui-même ou une tierce personne rémunérée) sauf dans le cas de la 1^{ère} catégorie de complément.

Tableau VII. Les 6 catégories de complément de l'AEEH : critères d'attribution et montants en vigueur au 1er avril 2014 – source : service-public.fr

Catégories	Critères d'attribution : enfant dont le handicap entraîne...	Montant mensuel	Montant de la majoration parent isolé
1ère catégorie	des dépenses mensuelles d'au moins 227,48 €	97,49 €	Pas de majoration
2ème catégorie	- une réduction du temps de travail de l'un des parents d'au moins 20% par rapport à un temps plein ou - le recours à une tierce personne au moins 8 heures/semaine ou - des dépenses mensuelles d'au moins 394,02 €	264,03 €	52,81 €
3ème catégorie	- une réduction de l'activité professionnelle à mi-temps de l'un des parents ou le recours à une tierce personne au moins 20 heures/semaine ou - une réduction du temps de travail de l'un des parents d'au moins 20% par rapport à un temps plein ou le recours à une tierce personne au moins 8 heures/semaine et des dépenses mensuelles d'au moins 239,66 € ou - des dépenses mensuelles d'au moins 503,70 €	373,71 €	73,12 €
4ème catégorie	- une cessation totale d'activité professionnelle pour l'un des parents ou le recours à une tierce personne à temps plein ou - une réduction de l'activité professionnelle à mi-temps de l'un des parents ou le recours à une tierce personne au moins 20 heures/semaine et des dépenses	579,13 €	231,54 €

	mensuelles d'au moins 335,41 € ou - une réduction du temps de travail de l'un des parents d'au moins 20% par rapport à un temps plein ou le recours à une tierce personne au moins 8 heures/semaine et des dépenses mensuelles d'au moins 445,08 € ou - des dépenses mensuelles d'au moins 709,12 €		
5ème catégorie	une cessation totale d'activité professionnelle pour l'un des parents ou le recours à une tierce personne à temps plein et des dépenses mensuelles d'au moins 291,01 €	740,16 €	296,53 €
6ème catégorie	une cessation totale d'activité professionnelle pour l'un des parents ou le recours à une tierce personne à temps plein et impose des contraintes permanentes de surveillance et de soins à la charge de la famille	1 103,08 €	434,64 €

6. L'Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP) [50]

Elle est destinée aux parents qui doivent interrompre leur activité professionnelle pour s'occuper de leur enfant du fait d'une maladie, d'un handicap ou d'un accident particulièrement grave.

Les conditions pour en bénéficier sont :

- résider en France
- réduire son activité professionnelle pour s'occuper de son enfant :
 - pour les salariés du privés ou agents du secteur public, ils doivent faire une demande de congés de présence parentale auprès de leur employeur au moins 15 jours avant la date souhaitée par lettre recommandée avec avis de réception
 - pour les chômeurs indemnisés qui doivent suspendre leur recherche d'emploi, l'obtention de l'AJPP suspend automatiquement le paiement des allocations chômage. Ceux non indemnisés ne peuvent y prétendre
 - pour les stagiaires ou les personnes en formation professionnelle rémunérée qui doivent l'interrompre

➤ sous certaines conditions pour les autres professions

- l'enfant doit être âgé de moins de 20 ans
- La particulière gravité de la maladie, du handicap ou de l'accident ainsi que le caractère indispensable d'une présence soutenue et de soins contraignants doivent être attestés par un certificat médical

Son montant journalier est de 42,97 € pour un couple et de 51,05 € pour un parent isolé. Son versement peut être partagé successivement ou simultanément par les 2 parents. Un complément pour frais peut être ajouté si des dépenses liées à l'état de santé de l'enfant non remboursées par la Sécurité sociale ou les mutuelles sont engagées par la famille. Sous conditions de ressources, un remboursement de 109,90 €/mois peut être effectué pour des dépenses mensuelles supérieures à 110,45 €. Elle ouvre droit aussi aux prestations en nature de l'Assurance maladie pendant toute sa durée.

Le dossier peut être retiré à la CAF, à la MSA pour le régime agricole ou auprès de l'organisme en charge des prestations pour les fonctionnaires. Les formulaires sont aussi téléchargeables sur leur site internet respectif. La demande doit être accompagnée d'un certificat médical détaillé établi par le médecin suivant l'enfant et remis sous pli confidentiel. Il doit mentionner la nature des soins préconisés, leur durée prévisible et les modalités de présence soutenue auprès de l'enfant.

Le droit à l'AJPP est soumis à un avis favorable du contrôle médical de l'assurance maladie dont dépend l'enfant. Il est ouvert pour une période de 6 mois renouvelable dans la limite de 3 ans, soit un crédit de 310 jours ouvrés avec un maximum de 22 jours par mois. Le plus souvent, la durée est celle fixée par le médecin dans son certificat qui se base la durée prévisible de traitement. En cas de guérison ou de fin traitement, l'AJPP est suspendue mais sera réactivée si rechute ou récurrence.

Elle peut se cumuler avec l'AEEH mais pas avec son complément ou la majoration pour parent isolé.

Par contre, les bénéficiaires ne peuvent pas la recevoir avec :

- les indemnités journalières maladie, maternité, paternité, d'adoption ou d'accident de travail
- l'allocation forfaitaire de repos maternel ou de remplacement pour maternité
- les indemnités versées aux demandeurs d'emploi
- une pension de retraite ou d'invalidité
- l'AAH
- le complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant

7. Les aides supplémentaires

7.1. La PCH enfant

On peut l'obtenir dès que les critères pour l'obtention du complément à l'AEEH sont remplis. Ensuite, le principe est le même que pour les adultes.

Concernant les besoins d'aide humaine, seul le temps nécessaire pour la réalisation de certains actes comme l'entretien personnel, la participation à la vie sociale et la surveillance est pris en compte pour l'évaluation. Il en est de même pour les besoins éducatifs qui concernent uniquement les enfants en attente de place dans une structure médico-sociale (30 heures par mois).

Le montant de l'aide humaine sera d'ailleurs réduit dès que l'enfant aura passé plus de 45 jours en internat dans un établissement pour n'être versé que pendant les périodes de retour au domicile.

7.2. La bourse d'enseignement d'adaptation [50]

Elle aide l'élève qui a des difficultés particulières de scolarisation qui entraînent des frais supplémentaires non pris en charge par la famille.

Les conditions pour en bénéficier sont :

- être âgé(e) de 6 à 16 ans
- être placé(e) dans un établissement spécialisé
- ou suivre des enseignements complémentaires pour faciliter l'adaptation à la vie scolaire
- ne pas bénéficier de l'AEEH

Sa demande s'effectue pour chaque année scolaire, elle est attribuée sur décision du directeur académique des services de l'Éducation Nationale. Accordée sous conditions de ressources et de frais engagés par la famille, son montant annuel varie entre 58,14 € et 174,42 €. Cette bourse est trimestrielle et peut se cumuler avec la bourse de collège ou de fréquentation scolaire des écoles élémentaires.

7.3. L'Action Sociale

Certaines aides peuvent être apportées par des fonds d'action sociale. Ainsi, dans la Fonction Publique, une allocation existe pour les parents d'enfant handicapé sans conditions de ressource ou d'indice. Elle est accordée chaque mois jusqu'aux 20 ans de l'enfant déjà bénéficiaire de l'AEEH ou pendant ses périodes de retour au foyer en cas de placement en internat.

Certaines communes participent aussi comme la ville de Paris qui attribue une allocation de soutien aux parents d'enfants handicapés d'un montant mensuel de 153 € si les ressources du ménage ne dépassent pas 5 000 € par mois. Elle est valable pendant 1 an renouvelable à la demande.

8. La transition enfant-adulte [77]

Elle doit être préparée au mieux car les besoins évoluent avec l'âge, en particulier au moment de l'adolescence. De nouvelles envies se révèlent comme l'autonomisation, la formulation de choix personnels, la recherche de contacts avec d'autres adolescents, l'apprentissage des aides techniques, la pratique d'activités sportives et culturelles...

C'est pourquoi des recommandations de bonnes pratiques ont été publiées par la Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation et labellisées par la HAS, pour mieux appréhender ce passage en cas de « *handicaps moteurs et associés [...] dans la période 15-25 ans* ».

Le jeune qui devient progressivement l'interlocuteur principal, doit bénéficier d'un accompagnement adapté par le milieu médico-social. Outre des informations administratives et relatives à la santé qui lui permettront de choisir son projet de vie, ce sont des binômes enfant-adulte qui sont encouragés dans tous les secteurs pour faciliter ce transfert.

La famille est elle aussi soutenue dans cette transition pour savoir se positionner en retrait par rapport au jeune.

A la place du PPS, le projet professionnel doit se dessiner assez tôt ainsi que celui du lieu de vie et peut nécessiter de recourir à des visites dans des établissements pour adultes.

Néanmoins, devant un manque de places dans ces structures, un amendement dit Creton à la loi du 13 janvier 1989 permet le maintien temporaire de jeunes adultes de plus de 20 ans en établissements d'éducation spéciale dans lequel ils étaient accueillis avant.

G) Les aides pour l'emploi

Fin septembre 2014, le nombre de demandeurs d'emploi handicapés continuait de progresser avec 443 196 demandeurs inscrits soit une hausse de 10 % en un an. En Lorraine, ils étaient 16 667 demandeurs d'emploi dont une hausse de 11,1% en Moselle [19].

Les personnes en situation de handicap ont plus de difficultés que les autres à accéder à l'emploi : ils sont plus âgés, moins qualifiés et inscrits pendant une plus longue durée (56% des cas et 33% depuis plus de 2 ans) [19]. Ceci explique que le taux de chômage des travailleurs handicapés est deux fois supérieur à celui du reste de la population active.

Plusieurs mesures visent donc à y remédier. Tout d'abord, la poursuite des études dans l'enseignement supérieur est une priorité. La reconnaissance du statut de travailleur handicapé, l'obligation légale de leur emploi et l'application du principe de non-discrimination sont des avancées. Mais le recours à des aides comme les aides à l'insertion professionnelle, la formation ou les établissements spécifiques aux handicapés reste souvent nécessaire. Enfin, la sensibilisation de toute la société à ce sujet reste primordiale.

1. L'accès aux études supérieures [76]

Un des freins à l'embauche reste le faible niveau de qualification des demandeurs d'emplois en situation de handicap car seulement 7% d'entre eux possèdent un diplôme d'enseignement supérieur.

Face à ce constat, des dispositifs se sont développés pour favoriser une meilleure intégration des étudiants handicapés. Ils doivent pouvoir s'inscrire à l'université et dans la filière de leur choix. A la rentrée 2014, ils étaient 18 200 inscrits dans l'enseignement supérieur, soit un nombre doublé depuis 2005.

Leur répartition reste encore variable : ils sont surreprésentés en lettres, langues et sciences humaines ainsi que dans les formations courtes type IUT. En revanche, ils sont nettement sous-représentés dans les filières de formation droit, économie, gestion et santé.

La charte université-handicap a été signée en 2012 pour 5 ans afin de poursuivre les efforts engagés comme la création de structures d'accueil et d'accompagnement dédiées aux étudiants handicapés au sein des universités, la rédaction d'un guide national de l'accompagnement de ces étudiants ou l'élaboration d'un meilleur outil d'évaluation de leurs besoins (guide testé dans 7 établissements).

Un plan d'accompagnement doit être proposé. D'ailleurs, 12 000 en bénéficient déjà.

Une politique globale est menée avec la détermination de schéma directeur handicap par les universités dont les objectifs sont : veiller à consolider les dispositifs d'accompagnement au cours de la formation des étudiants, augmenter la cohérence et la lisibilité des formations et des recherches dans le domaine du handicap et développer l'accessibilité des services offerts par les établissements. En octobre 2014, 77% d'entre elles avaient engagé une démarche de réflexion pour l'élaborer et 10% l'avaient adopté.

Par ailleurs, une allocation spéciale pour jeune adulte atteint d'une maladie chronique ou d'un handicap justifiant de la qualité d'étudiant, d'apprenti ou de stagiaire au titre de la formation professionnelle est réservée aux plus de 20 ans et moins de 27 ans. Elle s'adresse à ceux dont les parents sont fonctionnaires, au titre de l'action sociale. Par contre, elle n'est pas cumulable avec l'AAH et la PCH. En cas de maladie chronique ou d'infirmité non constitutive d'un handicap, les parents peuvent prétendre à cette allocation sur avis d'un médecin agréé par l'administration

2. La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) [19] [50]

Cette RQTH n'apporte aucune prestation financière mais permet de bénéficier d'aides à l'insertion professionnelle : aides à emploi, formations spécialisées, apprentissage spécialisé, accès direct aux fonctions publiques. Le bénéficiaire n'a aucune obligation d'informer son employeur de cette qualité de travailleur handicapé.

Les conditions pour en bénéficier sont :

- être âgé(e) de plus de 16 ans
- percevoir l'AEEH ou la PCH et disposer d'une convention de stage
- être reconnu(e) comme travailleur handicapé, c'est à dire « *dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales ou psychiques* » (article L5213 du code du Travail)

Un référent pour l'insertion professionnelle est désigné dans chaque MDPH où le demande sera déposée. Il n'est pas nécessaire d'être salarié ou inscrit comme demandeur d'emploi pour en faire la demande.

La RQTH par la CDAPH s'accompagne depuis 2009 d'une décision concernant l'orientation professionnelle après un entretien individuel avec le demandeur. Les différentes orientations possibles sont alors : le marché du travail ordinaire y compris les entreprises adaptées et les centres de distribution de travail à domicile, le milieu protégé avec les ESAT, et les formations professionnelles. Les décisions sont valables de 1 à 5 ans ou le temps de la durée du stage.

3. Le taux d'emploi de personnes handicapées rendu obligatoire [19]

La loi de 1987 a rendu obligatoire pour l'ensemble des secteurs privé comme public, l'emploi d'au moins 6% de l'effectif au bénéfice des travailleurs handicapés. Ceux qui ont une RQTH font partie de ce quota. Chaque année, les employeurs doivent justifier qu'ils ont rempli cette obligation grâce à la déclaration obligatoire d'emploi des travailleurs handicapés contrôlée par l'AGEFIPH.

En cas de non respect de ce quota, une contribution annuelle devra être versée à l'AGEFIPH pour les entreprises de 20 salariés et plus. Ce principe de contribution a été élargi à la Fonction Publique par la loi handicap de 2005 avec la création du FIPHFP. Le montant de la contribution varie entre 400 et 600 fois le Smic horaire par unité manquante selon la taille de l'établissement. Une sur-contribution est prévue devant l'absence de travailleurs handicapés ou d'actions concrètes pendant 3 ans en leur faveur d'une valeur de 1500 fois le Smic Horaire par nombre de personne manquante.

Depuis 2009, cette obligation peut être aménagée en cas de sous-traitance avec les entreprises adaptées ou les ESAT, l'accueil de stagiaire en formation professionnelle ou la conclusion d'accords collectifs sur l'emploi des personnes handicapées.

Sont considérés comme bénéficiaires de l'obligation d'emploi :

- les travailleurs avec une RQTH
- Les titulaires de la carte d'invalidité
- les titulaires de l'AAH
- les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente d'au moins 10% et titulaires d'une rente
- les titulaires d'une pension d'invalidité, si leur invalidité réduit d'au moins 2/3 leur capacité de travail
- Les anciens militaires et assimilés, titulaires d'une pension militaire d'invalidité
- Les sapeurs-pompiers volontaires titulaires d'une allocation ou d'une rente d'invalidité attribuée en raison d'un accident survenu ou d'une maladie contractée en service

Sont assimilés aux travailleurs handicapés : les femmes, veuves ou orphelins de guerre en raison de leur situation familiale sous certaines conditions.

100 100 établissements et 10 596 employeurs publics étaient assujettis à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés en 2011-2012. Ces derniers représentaient alors 370 900 salariés et 196 730 fonctionnaires avec une représentation féminine en augmentation [19].

Malgré les efforts réalisés pour leur emploi, le taux des 6% est loin d'être atteint même si ces taux sont en progression. En effet, d'après le FIPHFP, il n'est que de 4,64% dans les trois fonctions publiques (État, territoriale et hospitalière) et de 3,1% dans le secteur privé.

4. Le principe de non-discrimination [50]

Ce principe en particulier dans le domaine du travail est rappelé dans la loi de 2005 ainsi que dans l'article L.1132-1 du code du Travail. *« Aucune personne ne peut être écartée d'une procédure de recrutement ou de l'accès à un stage ou à une période de formation en entreprise, aucun salarié ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire, directe ou indirecte, notamment en matière de rémunération, de formation, de reclassement, d'affectation, de qualification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement [...] en raison de son état de santé ou de son handicap ».*

L'accès aux dispositifs de droit commun en milieu ordinaire doit être privilégié. Ainsi, la liste des métiers non soumis à l'obligation d'emploi des personnes handicapées a été supprimée car a priori, toutes les professions sont accessibles.

Comme n'importe quel demandeur d'emploi, les personnes en situation de handicap sont inscrites à Pôle Emploi et bénéficient d'un accompagnement personnalisé par le service public de l'emploi.

Elles ont accès à l'ensemble des dispositifs en faveur de la formation pour tous les salariés et demandeurs d'emploi.

Une fois employées, elles peuvent avoir un contrat à durée déterminée (CDD) ou un CDI, exercer à temps complet ou partiel, sont soumises aux mêmes règles du travail et leurs salaires sont fixés dans les mêmes conditions que pour les autres salariés.

Les travailleurs handicapés peuvent être licenciés mais le handicap ne peut constituer un motif de licenciement. Néanmoins, ils ont certains avantages comme une durée de préavis doublée dans une limite de 3 mois (sauf dispositions particulières prévues) tout comme le montant de l'indemnité de préavis.

5. Les aides à l'insertion professionnelle [19] [50]

Parfois, le recours à des aides peut s'avérer nécessaire pour parvenir à l'application de ce principe de non-discrimination et favoriser l'insertion ainsi que le maintien dans l'emploi.

Dès l'hospitalisation, dans un établissement ou service spécialisés en Médecine Physique et de Réadaptation, l'association Comète France dispose d'équipes pluridisciplinaires pour mettre en place une démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle. Une recommandation de bonnes pratiques labellisée par la HAS, a d'ailleurs été rédigée concernant cette démarche. Ce service est cofinancé par la Direction générale de l'offre de soin, l'AGEFIPH et le FIPHFP. Il est présent dans 42 établissements répartis dans 21 régions. En Lorraine, il en existe un à l'Institut de Rééducation Réadaptation Louis Pierquin de Nancy.

5.1. La recherche d'emploi dans la Fonction Publique

L'accès à la Fonction Publique repose sur la réussite à des concours dont la limite d'âge peut être supprimée pour les bénéficiaires de l'obligation d'emploi ou reculée jusqu'à 5 ans selon la durée des soins reçus. Les épreuves peuvent aussi faire l'objet d'aménagements.

Par ailleurs, il existe une voie de recrutement dérogatoire, par contrat, dite « voie contractuelle réservée aux personnes handicapées » pour toutes les catégories (A,B ou C) qui peut aboutir après une période d'essai à une titularisation.

L'encadrement supérieur de la Fonction Publique sera ouvert aux personnes handicapées dès 2015 par dispense de concours et selon des voies adaptées en commençant par les corps recrutant à la sortie de l'ENA.

5.2. La recherche d'emploi dans le secteur privé

En complément de l'action de Pôle Emploi, Cap emploi accompagne dans leurs recherches les personnes handicapées en les informant sur les réalités du marché du travail et les mettant en relation avec des interlocuteurs utiles à leur projet professionnel. En 2013, 170 000 personnes handicapées ont bénéficié de leur accompagnement à l'insertion professionnelle et 70 500 ont été recrutées par ce biais.

L'AGEFIPH prévoit des accompagnements pour les demandeurs d'emploi. La prestation ponctuelle spécifique est faite par un expert du handicap afin de trouver des moyens de compensation au retentissement du handicap dans l'emploi. La prestation handicap projet vérifie la faisabilité d'un projet professionnel et/ou d'une entrée en formation avec les capacités physiques, sensorielles et cognitives de la personne.

Les moins de 26 ans peuvent s'adresser à la Mission Locale.

Certains contrats dits aidés peuvent permettre de trouver un emploi :

- Le contrat unique d'insertion favorise l'embauche de personnes avec habituellement des difficultés d'insertion dans le milieu du travail en contre-partie d'aides financières pour l'employeur. Il en existe 2 catégories : une pour le secteur marchand industriel et commercial, une autre pour le secteur public ou associatif. Ce contrat peut être un CDI ou CDD de 6 mois à 2 ans avec une dérogation à 5 ans pour ceux avec une RQTH. Les bénéficiaires de l'AAH font partie du public prioritaire.
- Le contrat de génération par la création de binôme jeune-senior, encourage l'emploi des jeunes en CDI âgé de moins de 26 ans (30 ans pour un travailleur handicapé) et le maintien des seniors dans l'emploi (âgé de 55 ans et plus à l'embauche ou en poste avec une situation de handicap, ou après 57 ans à un poste). Les entreprises de moins de 300 salariés seront alors aidées financièrement pendant 3 ans, avec une aide de 4 000 €/an, doublée pour une double embauche jeune-senior.
- L'emploi d'avenir est destiné aux jeunes (16-25 ans) particulièrement éloignés de l'emploi, en raison de leur défaut de formation (niveau inférieur au bac) ou de leur origine géographique (zone urbaine sensible, de revitalisation rurale ou d'Outre-Mer). Pour les jeunes handicapés, la limite d'âge est repoussée à 30 ans. Il est de durée indéterminée ou valable de 1 à 3 ans. L'employeur bénéficie d'aides financières.

- Le contrat de professionnalisation est un contrat de travail de 6 à 24 mois en alternance pour l'acquisition d'une qualification professionnelle s'adressant aux jeunes, aux demandeurs d'emploi et aux titulaires de l'AAH. Des actions de formation et un tutorat au sein de l'entreprise sont prévus. Une aide financière de l'AGEFIPH à la signature d'un contrat est versée aux employeurs et aux personnes handicapées ainsi que pour pérenniser leur emploi par les entreprises à la fin du contrat.

La création ou la reprise d'une activité peut aussi constituer une possibilité pour trouver un emploi. Inscrits à Pôle Emploi, les demandeurs d'emploi peuvent alors bénéficier d'une prestation «conseil à la création ou à la reprise d'activité» qui propose un accompagnement spécialisé et une aide financière forfaitaire au démarrage de l'activité de 6 000 € en complément d'un apport en fonds propres de 1 500 €. De plus, une trousse de 1ère assurance comprenant trois garanties : multirisque professionnelle, prévoyance (accident, maladie) et santé (soins médicaux, dentaires et hospitalisation) leur sera proposée.

Des aides à la compensation des handicaps peuvent être délivrées par l'AGEFIPH en cas de recherche d'emploi :

- aide à la compensation des handicaps visuels avec un forfait pour l'achat et la formation à l'utilisation de matériel à hauteur de 3 000 € pour une plage Braille, 5 000 € pour un bloc-note Braille et 1 500 € pour du matériel spécifique non Braille type loupe ou logiciel d'agrandissement. Elle est aussi destinée aux stagiaires en formation professionnelle. Renouvelable au bout de 3 ans.
- aide à la compensation des handicaps auditifs pour le financement d'une prothèse (800 €) ou de deux (1 600 €). Proposée aussi aux salariés ou stagiaires en formation professionnelle et renouvelable dans un délai de 3 ans.
- aide ponctuelle à l'autonomie pour financer une intervention humaine ou matérielle jusqu'à un montant de 4 000 € à utiliser en une ou plusieurs fois.
- enveloppe ponctuelle aide personnalisée à l'emploi de 100 à 400 € hors compensation prise en compte par ailleurs, renouvelable par période de 12 mois.

5.3. Le maintien dans l'emploi

Le travailleur en situation de handicap ne doit subir aucun obstacle dans l'exercice de son emploi, notamment à son poste de travail qui doit être adapté. Les Sameth y veillent en apportant aides et conseils.

L'employeur est dans l'obligation d'appliquer les propositions du médecin du travail sous réserve qu'elles ne constituent pas une charge excessive. Des aides lui sont accordées par l'AGEFIPH pour favoriser le maintien dans l'emploi de ses travailleurs :

- aide à l'aménagement des situations de travail et à la compensation du handicap pour les cas où le handicap entraîne des conséquences sur l'aptitude au poste de travail reconnues par le médecin du travail.
- aide à la communication handicap auditif lors des réunions, entretiens ou formation continue ou pour un équipement de visio-interprétation.

- aide à l'auxiliarat professionnel quand le recours à un tiers est préconisé par le médecin du travail pour compenser ponctuellement un geste professionnel défaillant avec un montant maximal de 9 150 € à utiliser en une ou plusieurs fois.
- aide au maintien à l'emploi prescrite par le Sameth de 2 000 € pouvant être complétée par un maximum de 3 000 € pour mettre en œuvre des solutions.
- aide au maintien dans l'emploi en fin de carrière pour les salariés plus âgés (52 ans et plus) qui ont une réduction de travail entre 20-50% préconisée par le médecin du travail et présentant un risque d'inaptitude en raison de leur handicap dans les 5 années qui précèdent leur départ à la retraite.
- aide à la formation des salariés dans le cadre du maintien dans l'emploi avec une participation au coût pédagogique d'une formation destinée à avoir des compétences pour maintenir les travailleurs handicapés dans l'emploi.

Le FIPHP recense lui dans un catalogue l'ensemble des aides au maintien dans l'emploi à la fois techniques, humaines et financières pour les fonctionnaires handicapés [71].

6. La formation professionnelle [19] [50]

Comme pour chaque salarié, il y a des dispositifs en faveur de la formation : le compte personnel de formation depuis le 1er janvier 2015, le congé individuel de formation, la réalisation de bilan de compétence et la validation des acquis de l'expérience. Cependant, les organismes de formation comme les centres de l'association de formation professionnelle des adultes (AFPA) doivent mettre en place des mesures pour les personnes handicapées avec un accueil discontinu ou à temps partiel, des durées de formation et des modalités de validation des formations professionnelles adaptées.

D'autres dispositifs sont plus spécifiques à la formation des travailleurs handicapés.

Afin d'obtenir une qualification professionnelle reconnue par un diplôme ou un titre certifié, un contrat d'apprentissage peut être réalisé par le jeune handicapé qui se partage entre l'entreprise et le centre de formation (minimum de 400 heures/an). Il est signé à partir de 16 ans sans aucune limite d'âge maximum. La RQTH permet de prolonger la durée de l'enseignement théorique avec une durée maximale du contrat portée à 4 ans, des aménagements des locaux ou du matériel pédagogique selon autorisations ou encore un enseignement à distance par correspondance. Une aide financière de l'AGEFIPH à la signature d'un contrat d'apprentissage est versée aux employeurs et aux personnes handicapées ainsi que pour pérenniser leur emploi par les entreprises à la fin du contrat.

Les centres de pré-orientation (CPO) [49] permettent d'affiner les projets professionnels pour les personnes en difficultés avec leur orientation après une RQTH et l'avis favorable de la CDAPH. Ils apportent une aide pour élaborer un projet cohérent avec les capacités et aptitudes du travailleur qui est accueilli en tant que stagiaire de formation professionnelle pendant 8 à 12 semaines. À son issue, un rapport détaillé est transmis à la CDAPH afin d'aider la décision d'une orientation professionnelle.

Les contrats et stages de rééducation professionnelle sont réservés aux bénéficiaires de la RQTH suite à une maladie professionnelle, invalidante ou un accident de travail.

Le contrat de rééducation professionnelle est un CDD de 3 à 12 mois signé avec l'ancien employeur (réadaptation) ou un nouveau dans le cadre de la formation à un nouveau métier.

Le stage de rééducation professionnelle permet de suivre une formation qualifiante qui aboutit à un diplôme après 10 à 30 mois de formation. Il peut s'effectuer dans des centres de rééducation professionnelle publics ou privés ou dans une école de l'Office national des anciens combattants et victimes de guerre. Une partie des frais est prise en charge par l'assurance maladie. La demande peut être faite à la MDPH, la CPAM ou la MSA selon le régime.

Les centres de rééducation professionnelle (CRP) sont des ESMS qui proposent des actions de pré-orientation, des formations variées notamment qualifiantes ou diplômantes avec un accompagnement médico-social en vue d'une insertion ou réinsertion professionnelle. Les formations peuvent être précédées de phases préparatoires et sont souvent supérieures à un an [49].

Les unités d'évaluation, de ré-entraînement, d'orientation sociale et socio-professionnelle (UEROS) sont destinées aux patients cérébro-lésés et traumatisés crâniens dont les troubles cognitifs, du comportement et de la relation affective peuvent nécessiter des ajustements dans l'accompagnement médico-social et la mise en œuvre du projet professionnel [5].

L'aide à la formation des demandeurs d'emploi est prescrite par un conseiller afin que la personne handicapée en recherche d'emploi acquiert des compétences pour un accès durable à l'emploi. Cela concerne des formations courtes ou professionnalisantes sélectionnées par l'AGEFIPH voire une participation au financement d'une formation individuelle.

La prime de reclassement vise à financer les frais engagés pour l'achat de fournitures nécessaires à la reprise d'une activité. Son montant est de 100 € versé en une seule fois. Il faut avoir une RQTH et suivi intégralement un stage de rééducation, réadaptation ou formation professionnelle. Il faut certifier par écrit ne pas avoir touché une aide de la même nature et résider en France depuis au moins 3 ans à l'entrée en stage. La demande est faite auprès de l'AGEFIPH, 1 mois au plus tard à la fin du stage.

7. Les établissements spécifiques aux travailleurs handicapés [50]

Les entreprises adaptées (EA) remplacent les ateliers protégés. Au nombre de 702 en 2013, elles employaient 40 000 handicapés. Ce sont des entreprises à part entière du marché du travail mais qui ont la caractéristique d'employer au moins 80% de travailleurs handicapés dont le rendement est réduit tout en étant orienté vers le marché du travail par la CDAPH ou les services publics de l'emploi (Pôle Emploi ou Cap emploi). Elles peuvent mettre à disposition d'une entreprise classique un salarié handicapé pour une durée maximale d'un an renouvelable une fois. Par ailleurs, un salarié handicapé qui en a démissionné pour aller dans une entreprise classique depuis un an maximum, bénéficie d'une priorité de réembauche dans l'établissement d'origine.

Les centres de distribution de travail à domicile (CDTD) sont des entreprises adaptées dont la spécificité est de procurer au travailleur handicapé des travaux manuels ou intellectuels à effectuer à domicile.

Les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) sont des ESMS qui remplacent les CAT (Centres d'aide par le travail). 1 359 ESAT s'occupaient de 114 995 personnes handicapées fin 2013. Il y en a 26 dans le département avec 2 346 employés [29]. Outre les activités professionnelles, ils apportent un soutien médico-social et éducatif aux personnes handicapées.

Pour y être admis, il faut avoir au moins 20 ans (exceptionnellement dès 16 ans sur avis de la CDAPH), avoir une capacité de travail inférieure à un tiers de la capacité de gain ou de travail d'une personne valide ou besoin d'un ou plusieurs soutiens médicaux, éducatifs, sociaux ou psychologiques. L'orientation en ESAT vaut RQTH. Cette décision peut s'accompagner d'une période d'essai de 6 mois, renouvelable pendant 6 mois par le directeur de l'ESAT qui peut décider de suspendre le maintien d'un travailleur dans la structure si son comportement met gravement en danger sa santé ou sa sécurité, ou celles des autres.

Il n'y a pas de contrat de travail signé mais « *un contrat de soutien et d'aide par le travail* ». Le licenciement est impossible. Une rémunération est garantie entre 55 et 110% du Smic horaire dans la limite des 35 heures/semaine.

8. La sensibilisation de toute la société

8.1. Les entreprises et la Fonction Publique [19]

Elles peuvent bénéficier gratuitement de conseils pour le recrutement et le maintien des travailleurs handicapés au sein de leurs structures par l'AGEFIPH, Cap emploi, les Sameth et plus spécifiquement Alther dont l'information et l'accompagnement des entreprises sont leurs missions principales.

Une prestation d'étude préalable à l'adaptation des situations de travail peut être alors proposée aux employeurs avec l'intervention d'un ergonome qui liste l'ensemble des solutions envisageables ainsi que leur coût.

Outre les avantages pour les contrats aidés d'insertion, elles bénéficient aussi d'incitations financières prescrites par les différents conseillers et apportées par l'AGEFIPH :

- aide à l'insertion professionnelle dont le montant varie entre 2 000 € (pour un temps partiel) et 4 000 € (temps plein) pour l'employeur qui embauche une personne handicapée en CDI ou CDD d'au moins 12 mois alors qu'elle est âgée d'au moins 45 ans, ou demandeur d'emploi ayant travaillé moins de 6 mois dans l'année précédente ou dans le mois suivant la sortie du secteur adapté ou protégé
- aide au suivi post-insertion d'un sortant d'ESAT avec un plafond de 70 heures rémunérées à 50 €/heure qui peut être sollicitée directement par l'entreprise
- aide au tutorat pour financer le surcoût lié à l'intervention d'un membre de l'entreprise avec un plafond de 40 heures pour les CDD inférieurs à 12 mois et 80 heures pour CDD d'au moins 12 mois et CDI, rémunérées à 25 €/heure
- aide senior au contrat de génération avec 2 000 à 4 000 € selon le temps de travail pour le recrutement ou le maintien d'un salarié de plus de 55 ans

- aide à la formation des salariés en contrat de génération qui prend en charge jusqu'à 80% maximum du coût pédagogique d'une formation d'une durée comprise entre 100 et 250 heures, en complément des cofinancements, obligatoirement réalisée par un organisme de formation.

Une reconnaissance de la lourdeur du handicap peut être demandée par les entreprises pour compenser les conséquences financières d'une efficacité réduite de la part d'une personne handicapée malgré un aménagement optimal de son poste de travail. Ainsi, pourra être accordé pour 3 ans renouvelables l'attribution d'une aide à l'emploi entre 450 et 900 fois le SMIC Horaire ou une modulation de la contribution à l'AGEFIPH.

Des aides ponctuelles sont attribuées aux employeurs publics par le FIPHFP. Elles concernent l'adaptation des postes de travail avec aides techniques et humaines, des actions de formation et de sensibilisation des personnels et sont recensées dans un catalogue [71]. Ils peuvent aussi faire appel gratuitement à Cap emploi et aux Sameth.

8.2. Les Régions [78]

Déjà présents dans une circulaire de 2009, les plans régionaux pour l'insertion des travailleurs handicapés (PRITH) ont été confortés à leur place par la loi du 28 juillet 2011. Ils sont élaborés tous les 5 ans par le service public de l'emploi et sont sous l'autorité des Préfets. Ils ont un rôle de coordination de l'ensemble des partenaires engagés dans cette politique d'emploi et de formation des travailleurs handicapés.

Dans un document unique, on retrouve ainsi un diagnostic régional de la situation et des besoins, un plan régional d'action avec des objectifs chiffrés et les moyens pour y parvenir et les suivre. Il est décliné au plan territorial. Fin 2013, les plans d'action étaient validés dans 22 régions sur 26.

Dans chaque région, un outil de collecte et d'échanges entre les 3 Fonctions Publiques dénommé Pacte territorial est installé par le FIPHFP. C'est un lieu ressources pour l'emploi des personnes handicapées dans la Fonction Publique.

8.3. La population française [79]

La majorité des Français pense qu'une personne en situation de handicap est confrontée à des difficultés sur son lieu de travail principalement liée à un environnement de travail non adapté et que les entreprises ne mettent pas en place les actions nécessaires pour leur recrutement.

Cependant, ils sont 94% à dire que l'on peut travailler même en étant handicapé. D'ailleurs, plus de 4 Français sur 5 se disent à l'aise pour travailler à leurs côtés et deux tiers des Français estiment qu'ils sont aussi productifs qu'une personne valide.

Bien que les Français ne remettent pas en cause les compétences des travailleurs handicapés, les préjugés paraissent encore élevés en ce qui concerne leur carrière. Leur intégration dans l'entreprise semble difficile ainsi que leur capacité à y progresser [1].

Afin d'encourager une vision positive et favoriser le recul des préjugés de la population, des campagnes de sensibilisation sont diffusées dans les médias tels que la télévision et des actions sont menées comme la semaine pour l'emploi des personnes

handicapées [19]. Initiée en 1997 par l'association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées reconnue d'utilité publique depuis 1934, elle se déroule chaque année. Elle permet lors d'actions nationales et régionales la rencontre entre différents acteurs : les partenaires de l'insertion professionnelle, les recruteurs, les candidats et aussi les journalistes.

H) Les aides aux aidants

1. Être aidant, un défi au quotidien [36-38]

Être aidant entraîne des conséquences sur le plan personnel, professionnel et social.

Outre la charge objective correspondant à la nature exacte et la quantité des aides délivrées au proche, il y a la charge subjective qui se concentre sur le ressenti de l'aidant. Cette charge ressentie est importante pour 20% d'aidants aux personnes âgées, soit 700 000 d'entre eux. Plus la perte d'autonomie et les troubles cognitifs sont importants, plus la charge ressentie a tendance à l'être. De même, plus les tâches effectuées sont diverses ou nécessitent de recourir à un professionnel, plus la charge est lourde.

1.1. Sur le plan personnel [80]

Une charge ressentie comme importante a un impact négatif sur la santé des aidants d'autant plus qu'ils auront tendance à négliger le recours à des soins. En effet, ils sont trois fois plus à déclarer avoir renoncé à des soins dont ils auraient eu besoin au cours des 12 derniers mois. Pourtant, ils se sentent fatigués (19%), ont du stress (21%) et présentent d'autres plaintes somatiques. Parmi ceux avec une lourde charge, 40% se sentent dépressifs et doivent même recourir à des psychotropes pour 29% d'entre eux [11].

Cet état de stress chronique a des répercussions sur leur santé physique et mentale qui se trouve alors dégradée comme une étude l'a prouvé en comparant les aidants réguliers de personnes âgées avec un niveau de charge élevé aux non aidants. Certains travaux ont même montré qu'ils auraient une mortalité plus élevée que le reste de la population.

Ainsi, une des mesures du plan Alzheimer 2008-2012 prévoyait une amélioration de leur suivi médical. Une recommandation de bonnes pratiques de la HAS a été élaborée pour prévoir une consultation médicale annuelle par les médecins traitants des aidants de proches atteints de maladie d'Alzheimer ou apparentée. La charge ressentie par l'aidant doit être évaluée et peut être mesurée par l'échelle de Zarit qui existe en français [81].

La création de la visite longue et complexe depuis le 26 mars 2012 permet au médecin traitant de consacrer une partie de cette visite à domicile pour l'évaluation des aidants. Elle est réservée pour le moment aux malades atteints de maladies neuro-dégénératives.

Dans le même genre, une expérience est tentée par la MSA qui met en place une action « Santé des aidants » dans 4 de ses caisses. Elle est réservée à tous ceux qui soutiennent une personne en perte d'autonomie quelle qu'en soit la cause. C'est un parcours en 3 étapes : 1 atelier collectif sur le stress et ses conséquences pour la santé, 1 consultation chez son médecin avec l'instauration d'un traitement ou suivi si nécessaire et enfin un temps d'échange collectif pour faire un bilan et les informer sur les solutions de répit.

Cependant, d'autres études plus récentes indiquent que le statut d'aidant pourrait aussi avoir des effets positifs sur la santé à la condition que la charge perçue ne soit pas considérée comme stressante et trop intense. Grâce à une augmentation modérée des activités physiques liées à l'aide procurée, ils auraient même des meilleures capacités fonctionnelles. Par ailleurs, la plupart des aidants estiment quand même qu'il y a du positif dans cette relation d'aide (64% des cas) et ils en retirent une satisfaction personnelle. Enfin, ils adoptent un mode de vie plus sain avec une diminution des comportements à risque.

Au-delà de l'aidant principal, c'est toute la famille qui est concernée par la situation. Ainsi, des tensions au sein d'une fratrie peuvent se révéler lors de la prise en charge d'un parent vieillissant ou lors de la naissance d'un enfant handicapé. Les frères et sœurs ont le sentiment d'être abandonnés ou au contraire, démesurément sollicités.

1.2. Sur le plan professionnel [50]

Le fait d'être aidant est souvent considéré comme préjudiciable pour la carrière professionnelle et pourtant, il concerne 15% des salariés.

Pour beaucoup, les entreprises devraient mieux les informer sur les dispositifs existants mais aussi se montrer plus conciliantes notamment en terme d'aménagement du travail. Concernant les aménagements du travail, un aidant sur 2 a dû y recourir au cours de sa vie professionnelle.

Des congés peuvent être pris par les salariés selon les situations.

Dans le cas d'un enfant, il y a **le congé pour enfant malade** de 3 à 5 jours par an rémunéré uniquement en Alsace-Moselle ou selon les conventions collectives, **le congé de présence parentale** ouvrant le droit à l'AJPP et le don de jours de repos à un salarié parent d'enfant gravement malade.

Le don de jours de repos à un parent d'enfant gravement malade est prévu par la loi du 9 mai 2014. Il permet à tout salarié de renoncer et donner à un autre salarié tout ou partie de ses jours de repos acquis et non pris de manière anonyme et sans contrepartie. Il peut s'agir de jours de repos compensateurs, provenant d'un compte épargne temps ou correspondant à la 5^{ème} semaine de congés payés. Le salarié bénéficiaire continue ainsi à être rémunéré même en son absence. Il doit assumer la charge d'un enfant de moins de 20 ans atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident grave, qui nécessite une présence soutenue et des soins contraignants justifiés dans un certificat médical détaillé remis à l'employeur dont l'accord est indispensable. Les agents de la Fonction Publique y ont droit mais leurs conditions d'utilisation restent à préciser.

Dans le cas d'un proche avec un handicap (taux d'incapacité d'au moins 80%) ou une perte d'autonomie particulièrement grave (GIR 1 et 2), il y a **le congé de soutien familial** pour le salarié qui souhaite cesser son activité professionnelle. Il peut quand même être employé au titre de l'APA ou de la PCH par la personne aidée. Il permet d'aider un membre de sa famille (conjoint, concubin, personne avec lequel un pacte civil de solidarité PACS a été conclu, un ascendant, un descendant ou un collatéral jusqu'au 4^{ème} degré et ceux de son partenaire). Ce congé non rémunéré peut être pris pendant 3 mois renouvelables dans la limite d'un an pour toute sa carrière. Il faut justifier d'une ancienneté d'au moins deux ans dans l'entreprise, en faire la demande avec une déclaration sur l'honneur à l'employeur par lettre recommandée ou avec une lettre contre décharge remise en mains propres et préciser la date

de départ en congés. La demande doit être faite au moins deux mois avant le départ mais peut être raccourcie à 15 jours en cas d'urgence. Une fin anticipée à ce congé peut être décidée en cas de décès de l'aidé, de placement en établissement, de recours à un service d'aide à domicile, de congés pris par une autre personne ou de diminution trop importante des revenus.

Dans le cas d'un proche en fin de vie, **le congé de solidarité familiale** a été créé. Il permet d'assister un ascendant, un descendant, un frère, une sœur, une personne dont on partage le domicile ou qui nous a désigné comme personne de confiance et dont la pathologie met en jeu le pronostic vital ou est en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause certifiée par le médecin traitant de la personne malade. Sa durée maximale est de 3 mois renouvelable une fois. Cette suspension de travail ne peut être refusée par l'employeur quand elle est continue. Par contre, elle peut être fractionnée ou accordée à temps partiel sous accord de l'employeur. La demande doit être faite 15 jours avant le début du congés, ce délai pouvant être annulé en cas d'urgence absolue. En cas de décès, le congé prend fin dans les 3 jours suivants. Ce congé existe aussi dans la Fonction Publique.

Il y a aussi **le congé sabbatique** qui peut être accordé à tout salarié du privé pour convenance personnelle s'il a au moins 6 ans d'expériences professionnelles et a exercé au minimum 36 mois dans l'entreprise sans bénéficier d'autres congés de type congé individuel de formation de plus de 6 mois, création d'entreprise ou sabbatique. Sa durée est de 6 à 11 mois, il suspend le contrat de travail mais une activité professionnelle salariée ou non peut être exercée dans le même temps. La demande est faite au moins 3 mois avant à l'employeur, qui peut reporter la date des congés ou les refuser.

En dernier recours, il y a **le congé sans solde** mais qui n'est pas organisé par la loi et dépend plutôt d'une convention ou d'accords collectifs. L'employeur n'a pas l'obligation de l'accepter. En cas d'acceptation, le contrat de travail est suspendu et il n'y pas de rémunération associée.

Cependant, ces congés ont une portée assez limitée et des dispositifs supplémentaires seraient à envisager. En effet, 64% des aidants salariés aimeraient bénéficier d'un aménagement de leurs horaires. 30% y ont eu recours de leur propre initiative et 12% travaillent à temps partiel. Cet aménagement des horaires de travail n'est prévu par la loi que pour « *les aidants familiaux et les proches de la personne handicapée* » d'après l'article L.212-4-1 du Code du travail.

Néanmoins, certaines entreprises souhaitent soutenir tous les aidants et proposent des solutions pour les aider à préserver leur activité professionnelle, essentielle financièrement mais aussi socialement. Elles peuvent ainsi accorder des autorisations d'absence ponctuelle ou mettre en place le télétravail.

Des plates-formes de soutien, comme Responsage, sont développées pour les salariés des entreprises adhérentes afin de les accompagner s'ils sont ou deviennent aidant d'un parent âgé. Financé par l'employeur, ce service multimédia est accessible par un numéro de téléphone gratuit et un site internet. Il propose un entretien personnalisé pour répondre aux questions posées et apporte une réponse écrite détaillée dans les 72 heures. Dans le même esprit, la première plate-forme web Monagevillage.com inventée pour les entreprises, compagnies d'assurance et mutuelles ou collectivités territoriales donnera toutes les informations essentielles, personnalisées et géolocalisées à leurs employés aidants.

Certaines employeurs ou comités d'entreprises peuvent offrir des CESU pré-financés pour financer des aides.

Les aidants peuvent aussi devenir le salarié de leur proche. En l'absence d'aide financière, le proche peut choisir qui bon lui semble en tant qu'aide à domicile donc même un membre de sa famille. Pour les personnes âgées qui ont l'APA pour une aide humaine, tout membre de la famille peut devenir son salarié sauf les conjoints, concubins ou personnes avec lesquelles elles ont conclu un PACS. Pour les personnes en situation de handicap, elles ne peuvent pas salarier leur conjoint, concubin, partenaire de PACS, parents ou enfants sauf si leur état de santé nécessite à la fois une aide totale pour les actes essentiels de la vie quotidienne et une présence quasi-constante ou constante pour des soins.

1.3. Sur le plan social

Des choix et renoncements sont faits souvent pour s'organiser. 70% estiment qu'ils ont très peu ou pas du tout de temps libre [82]. Ainsi, les activités dites non prioritaires comme les sorties, les loisirs et les relations sociales sont écartées. Un quart des aidants déclarent ne plus pouvoir partir quelques jours, 1 sur 5 renonce aux sorties en journée et 1 sur 10 aux sorties le soir. Par conséquent, ils sont nombreux à ressentir un sentiment de solitude (8 aidants sur 10).

Une meilleure reconnaissance et un réseau de soutien sont autant d'éléments qui permettent de réduire ce sentiment de charge.

2. Un rôle à mieux reconnaître

77% des aidants pensent qu'il est important d'être reconnu par la société, et cela de manière officielle pour 56% d'entre eux [82]. Actuellement, ils trouvent qu'ils en manquent et qu'ils sont insuffisamment aidés pour jouer leur rôle.

C'est pourquoi, la reconnaissance du rôle des aidants est inscrite dans la nouvelle loi d'adaptation de la société au vieillissement et l'élaboration d'un outil d'évaluation de leurs besoins est envisagée par la CNSA [11].

Elle avait déjà été amorcée par la présence d'axes ou mesures qui leur étaient spécifiquement dédiés dans la plupart des plans de Santé Publique (Alzheimer, Cancer, Autisme, Accident vasculaire cérébral, Soins palliatifs ...).

Une journée nationale leur est consacrée chaque année, dont la cinquième édition s'est déroulée le 6 octobre 2014.

Une campagne de communication a été diffusée à la télévision sur France 5 sous forme d'un programme court qui s'intitule « la minute des aidants ». La troisième saison est consacrée à des portraits d'aidants familiaux afin de les rendre plus visibles dans notre société mais aussi de partager des solutions pour mieux exercer leur rôle.

Par ailleurs, les loi reconnaissent déjà le rôle des aidants aux personnes en situation de handicap :

- En effet, il leur est possible d'être dédommagés au titre de l'aide humaine de la PCH en fonction des heures réalisées (loi du 11 février 2005)

- Ils peuvent être affiliés gratuitement et sans condition de ressources à l'assurance vieillesse du régime général s'ils s'occupent à domicile d'un enfant de moins de 20 ans (AEEH, AJPP) ou d'un adulte avec une présence/assistance indispensable et un taux d'incapacité d'au moins 80%
- Ils bénéficieront en plus d'une majoration de la durée d'assurance retraite avec un trimestre en plus par période de 30 mois de prise en charge avec un maximum de 8 trimestres (loi du 20 janvier 2014)
- Ils ont aussi droit à une retraite à taux plein à 65 ans quelque soit le nombre de trimestres validés en cas d'interruption de l'activité professionnelle pendant au moins 30 mois consécutifs (loi du 9 novembre 2010)

En outre, un certain nombre de caisses de retraite élargissent leurs aides au conjoint ou aux ascendants de leurs ressortissants. Elles organisent aussi des actions spécifiquement dédiées aux aidants comme une aide à la recherche de solutions de répit.

3. Un soutien à leur apporter

70% ressentent le besoin d'être plus informés [82]. Afin de pallier à ce manque d'information et d'accompagnement ainsi qu'au sentiment de solitude perçu par les aidants, plusieurs mesures émergent :

- des guides de l'aidant familial sont publiés. Celui du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé est devenu payant avec une dernière édition en juin 2013 mais d'autres sont disponibles gratuitement sur internet
- des associations se développent comme l'Association Française des Aidants
- des sites internet leur sont consacrés pour apporter des informations, conseils, et adresses ainsi qu'un partage d'expériences grâce aux forums (le site des aidants par exemple) [63]
- des salons d'exposition sur le thème de la perte d'autonomie sont organisés dans plusieurs villes comme le salon Autonomic organisé à Metz les 16 et 17 octobre 2014, afin de recenser en un seul lieu des solutions pour améliorer le quotidien [63]
- des réseaux sociaux sont conçus comme celui de l'association Avec nos proches qui est un réseau d'entraide téléphonique avec parrainage ou sur internet tels que le réseau e-aidants gratuit qui permet de communiquer avec d'autres aidants voire même de lancer une alerte pour trouver rapidement une aide ou encore, la compagnie des aidants
- des lieux de rencontre tels que le café des aidants [11] ou les groupes de parole organisés par les associations et les caisses de retraite permettent d'échanger avec des pairs
- des formations sont organisées et seront financées par la CNSA pour 17 000 aidants entre 2013-2016 [18]

4. Un droit au répit

Le répit est un moyen temporaire pour soulager et prévenir l'épuisement des aidants tout en les rassurant sur la qualité de l'accompagnement du proche aidé. Il est reconnu comme un droit fondamental. Accordé par le décret n° 2004-231 du 17 mai 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées dans certains établissements et services, ce droit au répit fait ainsi partie intégrante du droit à la compensation du handicap prévu par la loi de 2005.

Il est réaffirmé dans la nouvelle loi d'adaptation de la société au vieillissement qui prévoit une « aide au répit » jusqu'à hauteur de 500 € annuel dans le cadre de l'APA ainsi qu'un dispositif d'urgence en cas d'hospitalisation de l'aidant [11]. Les caisses de retraite financent déjà une partie des coûts créés par l'utilisation des solutions de répit à domicile.

Même si ces solutions de répit se sont développées en France, notre pays ne propose pas encore d'offres structurées contrairement à d'autres pays européens. Certes, des plateformes d'accompagnement et de répit ont été créées pour les aidants de proches atteints de maladie d'Alzheimer ou apparentée. Mais ces structures expérimentales restent peu nombreuses : 150 ont été financées par la CNSA dont 5 en Lorraine et 65 sont prévues d'après le nouveau plan consacré aux maladies dégénératives. Elles ont pour mission d'être des lieux d'information, d'écoute, de soutien et de recensement pour le répit. Mais elles cumulent encore des difficultés car elles restent peu connues et déplorent des problématiques d'accès pour les aidants en terme financier et géographique.

C'est pourquoi d'autres initiatives voient le jour. La Fondation France Répit prépare l'ouverture de la première maison de répit intergénérationnelle dans l'Ouest Lyonnais qui accueillera aussi bien des aidants que leurs proches atteints de maladies graves et invalidantes, au cours de séjours si nécessaire.

Un système d'information Sarah a été mis en place par le Groupe de Réflexion et Réseau pour l'Accueil Temporaire des Personnes en situation de Handicap afin de collecter les offres. Ainsi, un guide en ligne peut être consulté sur internet et un logiciel permet aux établissements de diffuser en temps réel leur planning prévisionnel concernant les places accordées pour le répit.

Le répit peut s'organiser en établissement ou bien, à domicile.

4.1. En établissement :

L'accueil de jour est destiné aux personnes qui vivent à domicile et qui sont accueillies d'une demi-journée jusqu'à plusieurs fois par semaine. Ces lieux peuvent être associés à un établissement d'accueil permanent ou sont autonomes.

Dédiés aux personnes âgées ou en situation de handicap, ils sont composés d'équipes médicales et paramédicales. Ils proposent des temps collectifs et des rendez-vous individuels pour les soins, l'accompagnement et les activités. Certains sont spécifiques de pathologies comme la maladie d'Alzheimer.

Début 2014, on comptait 12 840 places réservées à l'accueil de jour au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et des structures spécifiques dont 10 221 ont été créées dans le cadre du plan Alzheimer. Il y en avait 100 en Moselle [29].

L'accueil temporaire [50] repose sur la loi du 2 janvier 2002. Il est limité dans le temps et ne peut excéder 90 jours par an. Il est à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement.

En situation de handicap, la CDAPH décide de l'orientation. En cas d'urgence, le directeur d'un établissement peut prendre l'initiative de recevoir un enfant pendant 7 jours ou un adulte pendant 15 jours maximum. Les frais d'accueil sont pris en charge totalement pour les enfants ou partiellement pour les adultes. Toutefois, la participation ne peut pas dépasser le montant du forfait hospitalier journalier et s'élève à 18 € pour un accueil avec hébergement ou 12 € pour un accueil de jour.

Quant aux personnes âgées, elles s'adressent au CD pour les GIR 1 à 4 et à leur caisse de retraite principale pour les autres. L'APA, l'aide sociale du département, de la commune et des caisses de retraite peuvent participer au financement.

Au 31 décembre 2010, 35 foyers d'accueil temporaire pour personnes handicapées étaient créés et avaient environ 500 places [49].

L'hébergement temporaire propose un accueil plus long allant d'une nuit, à un week-end, quelques jours voire plusieurs semaines. Il peut se faire dans des institutions qui accueillent déjà des personnes sur le long terme, dans des unités dédiées rattachées à ces institutions, ou des unités autonomes. Le problème qui persiste est le peu de places dédiés à cet hébergement temporaire car dans l'ensemble, seules 11 306 places y sont consacrées [83].

L'accueil familial [25] est possible pour des personnes âgées et handicapées et peut se faire chez des particuliers agréés par le CD. Néanmoins, ils ne doivent pas appartenir à la famille de la personne jusqu'au 4^{ème} degré inclus. L'accueil peut y être séquentiel, c'est à dire pendant des périodes programmées sur l'année. Les accueillants vont héberger, nourrir, blanchir et accompagner la personne selon ses besoins spécifiques. Par contre, ils ne réalisent pas les soins corporels ou de santé.

4.2. À domicile :

L'accueil temporaire à domicile est réalisé par un service prestataire d'aide à domicile qui intervient ponctuellement au domicile du demandeur en étant limité à 540 heures/an. C'est un dispositif unique créé en 2008 par la MDPH de l'Allier qui est attribué à la personne en situation de handicap selon avis de la CDAPH.

Le baluchonnage est inspiré d'une initiative canadienne où l'aidant principal passe alors le relais à un ou plusieurs baluchonneurs sur un temps plus ou moins long, qui se répartissent 24 heures/24. Néanmoins, ce dispositif est peu développé en France car il coûte cher et le Code du travail impose des aménagements pour respecter la réglementation.

La garde à domicile se fait par un professionnel, appelé garde-malade, qui intervient au domicile du proche de façon régulière ou continue afin de lui apporter une surveillance. Il veille au confort physique du malade, mais aussi à son bien-être moral. Il peut être présent de jour comme de nuit.

La garde itinérante de nuit est un service de garde de nuit composé d'équipes mobiles effectuant des interventions de courte durée à domicile. En dehors des horaires traditionnels des services de soins à domicile, leur passage est occasionnel ou programmé en amont. Ils prennent en charge rapidement un certain nombre d'actes essentiels de la vie,

répondent aux urgences et peuvent assurer une présence.

Si l'aidant est brutalement dans l'impossibilité de s'occuper de son proche, cela peut s'avérer problématique. C'est pourquoi certains réseaux gériatriques comme le REGE2M ont mis en place le plan Garance qui permet d'anticiper ces situations. Il est collecté dans la base de données du réseau pour être consultable par l'équipe de coordination et par le service des Urgences 24h/24. Un exemplaire papier est disponible au domicile du patient.

Une carte d'urgences a aussi été diffusée par les associations d'aidants pour la conserver sur soi et indiquer les coordonnées de la personne à prévenir afin que le proche ne se retrouve pas seul.

Les solutions de répit proposées isolément n'ont pas de véritable bénéfice pour le malade ou l'aidant [84]. Elles doivent plutôt s'intégrer dans une prise en charge multidimensionnelle.

5. Des avantages financiers

Des réductions d'impôt [50] sont prévues pour les aidants.

Quand ils supportent les dépenses occasionnées pour un service d'assistance au domicile d'un ascendant, une réduction d'impôt à hauteur de 50% des dépenses est réalisable dans les conditions vues au titre de l'emploi d'une aide à domicile. Le service doit alors être rendu au domicile de l'ascendant qui doit remplir les conditions d'accès à l'APA.

En cas d'hébergement permanent à son domicile d'une personne âgée d'au moins 75 ans qui n'est pas un ascendant, les avantages en nature pour leur montant réel peuvent être déduits dans une limite annuelle de 3 403 € par personne accueillie. La personne âgée ne doit pas avoir des revenus qui après abattement, dépassent les plafonds de l'ASPA. En cas d'hébergement d'un ascendant sans ressources, l'aidant peut déduire, sans justification, une somme forfaitaire de 3 386 € par ascendant recueilli.

En l'absence d'hébergement, mais en cas de versement d'une pension alimentaire à un ascendant dans le besoin, il peut aussi déduire de ses impôts sur le revenu le montant de la pension en apportant la preuve que la pension a bien été versée et que son montant correspond aux besoins de celui qui la reçoit et aux ressources de celui qui la verse. Le bénéficiaire de la pension doit, quant à lui, déclarer le montant de la pension qu'il a reçu. Par contre, cette mesure n'est pas cumulable avec la déduction d'impôts pour l'emploi d'un salarié au domicile de l'ascendant.

L'aidant peut bénéficier pour sa résidence principale d'un abattement à la taxe d'habitation pour charge de famille, à condition que ses ascendants ou ceux du conjoint remplissent les 3 critères : être âgés de plus de 70 ans ou infirmes (ne pouvant subvenir par leur travail aux nécessités de l'existence), résider avec lui, et avoir perçu l'année précédente un revenu fiscal de référence n'excédant pas un certain montant.

L'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie (AJAP) [50] est destinée à une personne, qui est en congé de solidarité familiale pour accompagner un proche en fin de vie resté à domicile.

Pour percevoir cette indemnisation, il faut remplir les mêmes conditions que pour le congé de solidarité familiale. Plusieurs personnes peuvent la partager s'ils accompagnent le même proche de façon concomitante ou successive.

La demande comprenant un formulaire et une attestation de l'employeur est faite à l'organisme d'assurance maladie dont elle relève, le silence dans les 7 jours suivants vaut pour accord. Elle peut être versée pendant 21 jours avec un montant de 55,15 € par jour en cas de congé de solidarité familiale. Si l'activité professionnelle est réduite à temps partiel dans le cadre de ce congé, elle sera attribuée alors pendant 42 jours et sera de l'ordre de 27,58 € par jour. Le versement est maintenu en cas d'hospitalisation de la personne accompagnée et s'arrête le jour suivant le décès du proche.

Cette allocation à taux plein n'est pas cumulable avec d'autres revenus de remplacement tels que les indemnités journalières. Par contre, un demandeur d'emploi qui doit cesser ses recherches dans le même contexte peut percevoir une allocation versée par Pôle Emploi.

D) Les aides à l'hébergement

Même si le souhait de rester au domicile est formulé par la plupart des personnes en perte d'autonomie, il est parfois nécessaire de recourir à un autre type d'hébergement. Avec le vieillissement, les personnes en situation de handicap se retrouvent à partager les mêmes établissements que les personnes âgées. Les secteurs de gériatrie et du handicap se rejoignent alors et doivent collaborer.

1. Les lieux d'hébergement [50]

D'après la loi du 2 janvier 2002, les ESMS doivent se soumettre à des procédures d'évaluation, par auto-évaluation tous les cinq ans et évaluation externe tous les sept ans. Une réflexion sur leurs pratiques professionnelles est ainsi enclenchée. Avec une même inspiration, les accueillants familiaux devront obligatoirement suivre une formation avant leur agrément et non après [11].

1.1. Pour tous

L'accueil familial peut devenir un hébergement permanent. Les différentes missions de l'accueillant sont définies dans le contrat d'accueil. Une période d'essai valable un mois renouvelable une fois débute après la signature du contrat.

La liste des accueillants familiaux agréés est disponible auprès du CD et des annonces sont aussi publiées sur le site de l'association nationale des accueillants familiaux (Famidac).

La décision d'agrément fixe le nombre de personnes pouvant être accueillies, dans la limite de trois de manière simultanée et de huit contrats d'accueil au total sans excéder le seuil de trois contrats d'accueil permanent [11].

Il y a 10 000 accueillants familiaux en France répartis inégalement sur le territoire. En 2010, 2 400 personnes étaient accueillies par des particuliers à titre onéreux [10]. En Moselle, 85 familles réparties sur le territoire mosellan sont agréées et offrent une capacité d'accueil de 152 personnes [25].

Les résidences services sont des ensembles hôteliers qui offrent des prestations et équipements collectifs de luxe. Les personnes peuvent louer ou acheter leur logement dans ces résidences privées qui ne sont donc pas des ESMS. Néanmoins, elles devraient être mieux encadrées avec notamment une distinction entre les services spécifiques individualisables et ceux qui ne le sont pas [11].

1.2. Pour les personnes âgées

Fin 2011, 693 000 personnes âgées vivaient en institution, soit 5,5 % de plus qu'en 2007. Cela concernait 10 % des 75 ans ou plus, et près de 23 % des 85 ans ou plus [85].

Les EHPA qui existent peuvent être plus ou moins médicalisés, selon le niveau d'autonomie des résidents.

Les maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (MARPA) et les autres petites unités de vie sont des établissements non médicalisés offrant une capacité d'accueil inférieure à 25 places. Elles permettent aux résidents de rester insérés dans le territoire au sein duquel ils ont toujours vécu. Ainsi, les MARPA ont été construites sur l'initiative de la MSA depuis 1986, formant un réseau de 160 maisons en milieu rural.

Elles sont sécurisées par la présence d'un personnel de jour comme de nuit et leur fonctionnement repose sur un mode de vie familial, avec la participation basée sur le volontariat à l'ensemble des activités proposées.

Les logements-foyers, aussi dénommés résidences pour personnes âgées car non médicalisés, leur louent des chambres ou appartements tout en bénéficiant d'équipements et services collectifs qui restent facultatifs comme la restauration, la blanchisserie ou des activités de loisirs.

Actuellement, il existe 2 233 logements foyers dont 45 en Moselle accueillant majoritairement des personnes âgées autonomes (63 % GIR 6, 14 % GIR 5) [11]. Par conséquent, c'est dans ces lieux que la durée moyenne de séjour est la plus longue (5 ans et 3 mois) [85]. Ils proposent 111 554 places pour 15 % des personnes âgées hébergées [29].

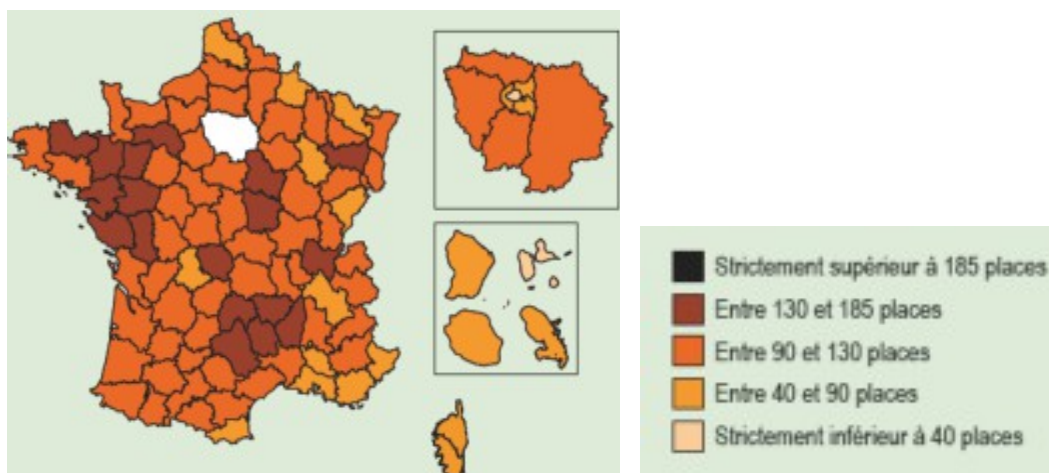
La majorité est gérée par les communes, l'implantation sur le territoire est donc plutôt bonne. Cependant, les constructions sont anciennes car les trois quart ont été érigés entre 1970 et 1989 entraînant inconfort et inadaptation. C'est pourquoi, l'État veut les moderniser en finançant une partie des travaux de réhabilitation. Ils devraient être renommés « *résidences autonomes* » et garantir des prestations minimales fixées par décret, qui seront financées par un « forfait autonomie » pour des actions de prévention ou d'animation [11].

Les maisons de retraite sont elles aussi non médicalisées. Il y en a 458 en France, hébergeant 16 520 personnes âgées en 2014. En Moselle, on en décompte 5 accueillant 344 personnes [29]. Leur nombre est en diminution depuis la signature de convention tripartite avec le CD et l'assurance maladie portant la création des établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) [83].

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont des structures médicalisées qui sont destinées aux personnes dont la perte d'autonomie nécessite une surveillance médicale. En plus du logement et des équipements collectifs, les EHPAD délivrent des soins médicaux.

Après leur domicile, les personnes âgées résident en majorité en EHPAD. Ils étaient 553 273 en 2014 soit 16 % de plus qu'en 2007, avec trois quart de femmes [29][83].

Leur nombre s'est accru depuis 1990, avec la réforme de tarification pour atteindre 7 194 établissements. Ils offrent en moyenne 95 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus mais on constate des disparités régionales (figure 15). Ainsi, en Lorraine, leur répartition est déséquilibrée car il en manque particulièrement dans le nord de la région, là où le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans sera le plus prononcé d'après les prévisions statistiques. En Moselle, 111 EHPAD hébergeaient 7 423 résidents en 2014 avec un taux d'équipement de 83,8 EHPAD pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans [29].



Un dossier de pré-admission unique pour tous les EHPAD depuis 2002, est à retirer puis à renvoyer une fois complété dans les structures envisagées. D'après le projet de loi, le consentement de la personne sur son admission devra être recueilli par le directeur avec la participation du médecin coordonnateur.

Ils accueillent des personnes âgées d'au moins 60 ans, même si des dérogations existent notamment en cas de handicap psychique. L'âge moyen des résidents est de 85 ans. Plus de 80% des résidents étaient âgés de 80 ans ou plus en 2011 [83].

Le coût dépend des 3 types de prestations. Il y a le tarif hébergement identique à tous les résidents d'un même établissement et le tarif soins qui est directement versé par l'assurance maladie sauf pour les consultations médicales réalisées par le médecin traitant ou un autre médecin spécialiste extérieur qui restent à la charge du résident. Enfin, il y a le tarif dépendance qui dépend lui du niveau de GIR. Plus la personne est dépendante et plus le coût sera élevé. Le tarif hébergement journalier moyen en EHPAD s'élève à 51 € pour une place habilitée à l'ASH et à 71 € pour une place non habilitée [83]. D'ailleurs, les taux d'évolution de ces tarifs seront fixés chaque année par le ministère [11].

Les unités de soins de longue durée (USLD) [21] sont des services hospitaliers prenant en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, soit active, au long cours, ou susceptible d'épisodes répétés de décompensation. Ces personnes ont donc besoin d'une surveillance médicale constante du fait d'une perte d'autonomie majeure. En 2014, on en recensait 587 disposant d'un total de 32 546 lits dont 489 pour la Moselle [29].

Les unités de soins spécifiques Alzheimer ou syndrome apparenté sont des services spécialisés qui proposent un hébergement en chambre individuelle dans un lieu adapté en terme d'architecture, de qualification du personnel, de thérapeutique et de participation de la famille.

1.3. Pour les adultes en situation de handicap [29] [49]

La demande pour l'orientation en ESMS est faite à la MDPH, puis la CDAPH prend une décision. Une fois obtenue, c'est à la personne, sa famille ou son représentant légal de prendre contact avec les établissements.

En 2014, on avait plus de 4 400 structures destinées aux adultes handicapés accueillant près de 140 000 personnes. En Moselle, cela représentait 61 établissements avec un total de 1 749 lits soit un taux d'équipements de 8,1 places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans (légèrement en dessous de la moyenne nationale de 9,2).

L'âge moyen des personnes accueillies dans ces structures progresse, avec notamment la classe d'âge des 50 ans et plus qui augmente. Cette accélération se manifeste surtout dans les foyers d'accueil médicalisés et les Maisons d'accueil spécialisées. Cela s'explique du fait d'un recul de l'âge d'entrée dans ces établissements et des séjours plus longs.

Après 60 ans, le lieu de vie peut parfois changer si l'accueil des personnes handicapées âgées n'est pas prévu dans le projet d'établissement. Elles peuvent alors rejoindre une structure d'hébergement pour personne âgée comme les EHPAD, dont certaines ont créé des unités spécialisées voire même des EPAHD totalement dédiées. Néanmoins, la grande majorité des EHPAD reste peu habituée à leur accueil et des améliorations sont nécessaires.

Afin de gérer au mieux l'orientation au sein des ESMS, le logiciel des listes d'attente ATTENTUM a été déployé en 2013 par la MDPH de Moselle à l'ensemble des établissements du département. Une charte des bonnes pratiques d'utilisation du logiciel et la mise à disposition d'un dossier de candidature remanié sur les sites du CD et de la MDPH ont été diffusés. Au 31 décembre 2013, 1 121 démarches actives ont été enregistrées [18].

Les foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés sont des établissements sociaux non médicalisés, chargés de l'hébergement et de l'accompagnement médico-social des travailleurs en situation de handicap quelle que soit leur orientation professionnelle. Leur fonctionnement est variable, consistant soit en un bâtiment autonome soit en des groupes de logements mélangés à l'habitat commun. Une équipe de travailleurs sociaux assure l'encadrement au foyer le soir et le week-end, les résidents conservent ainsi une certaine autonomie sociale. Une réduction de l'ACTP ou de la PCH peut être décidée si l'assistance par une tierce personne ou pour l'exercice d'une activité professionnelle est assurée par du personnel du foyer. Au 1er janvier 2014, 1 278 foyers d'hébergement disposent de 39 569 places et 598 se situaient en Moselle au sein de 23 foyers.

Les foyers de vie et foyers occupationnels sont des établissements médico-sociaux qui peuvent accueillir le jour ou héberger des personnes qui ne peuvent pas travailler mais qui disposent quand même d'une certaine autonomie physique ou psychique pour participer quotidiennement à des activités et animations sociales. Ils leur proposent une assistance pour la vie courante et une surveillance médicale. Les foyers de vie fonctionnent en majorité en internat, tandis que les foyers occupationnels sont en principe des structures d'accueil de jour. 1 609 foyers occupationnels et foyers de vie proposaient 48 061 places en 2014, dont 341

pour la Moselle au sein de 14 foyers.

Les foyers d'accueil médicalisés (FAM) sont destinés aux personnes lourdement handicapées. Elles sont reconnues inaptes à toute activité professionnelle et nécessitent l'assistance d'un tiers pour les actes de la vie quotidienne ainsi qu'une surveillance médicale régulière mais qui cependant, ne justifie pas une prise en charge complète par l'assurance maladie. Une aide éducative est délivrée afin de maintenir ou d'acquérir une plus grande autonomie. 853 foyers permettaient d'accueillir 23 059 adultes handicapés en 2014, avec 318 places pour le département dans 12 structures dédiées.

Les maisons d'accueil spécialisées (MAS) constituent un hébergement permanent pour des adultes dont la gravité du handicap nécessite une surveillance médicale et des soins constants ainsi que le recours à une tierce personne pour tous les actes de la vie courante. Le coût de la journée est à la charge de l'assurance maladie. Une participation financière est demandée au résident, soit 18 € par jour. Elle peut être intégralement prise en charge si la personne bénéficie d'une CMU complémentaire. Ceux qui bénéficiaient de l'AAH avant d'être accueillis dans ces maisons perçoivent une allocation réduite, équivalente à 30% du montant de l'AAH après 60 jours. En 2014, 635 maisons proposaient 25 519 places dont 492 en Moselle qui comptait 12 structures.

Les foyers d'accueil polyvalents sont des foyers d'hébergement qui exercent de façon simultanée différents accueils c'est à dire à la fois de l'hébergement ouvert, de l'accueil foyer de vie et de l'accueil médicalisé. Il y en avait 86 en 2014 offrant 3 410 places.

1.4. En cas de handicap psychique [86]

Il faut noter l'existence de **l'accueil familial dit thérapeutique** en tant qu'alternative à l'hospitalisation. L'accueillant y est alors salarié de l'établissement de santé mentale.

Il existe aussi **des appartements accompagnés** gérés par des associations qui les mettent à disposition de personnes handicapées psychiques suivies par un service d'accompagnement. **Les résidences accueil** sont conçues sur le même principe combinant l'avantage d'un logement privatif complété par un dispositif de soutien social. Ce sont généralement des studios regroupés dans un immeuble accompagnés par deux éducateurs et les autres services à la personne. Elles sont ouvertes à des personnes à faibles ressources, fragilisées et handicapées par des troubles psychiques liés à une pathologie mentale.

Les familles gouvernantes permettent à des patients stabilisés de vivre en appartements avec un accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne par une personne salariée spécialement formée (un salarié pour cinq patients).

Les maison Relais étaient appelées avant les pensions de famille. C'est un habitat communautaire de petite taille associant des logements privatifs à la présence de lieux collectifs. Chaque maison dispose d'un hôte ou d'un couple d'hôtes chargé du fonctionnement de la maison, ainsi que de son animation et de sa convivialité. Ces structures ne sont pas spécialisées dans l'accueil de personnes avec un handicap psychique, pourtant c'est leur public cible. En effet, elles sont « *destinées aux personnes à faible niveau de ressources et dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde du fait d'une situation sociale et/ou psychologique, voire psychiatrique, qui rend impossible, à échéance prévisible, leur accès à un logement ordinaire* » d'après la circulaire N° 2002-595 du 10 décembre 2002.

2. Le financement

Le coût moyen en EHPAD est estimé à 2 200 € mensuels, variant de 1 500 € pour une zone rurale à 2 900 € en ville et dépassant même 5 000 € dans certains établissements d'après l'Inspection générale des Affaires Sociales. En cas d'accueil familial, plusieurs frais sont engagés car il faut compter le salaire et les charges sociales de l'accueillant, le loyer pour la pièce mise à disposition et les frais d'entretien.

Pour diminuer le coût de l'hébergement des personnes en perte d'autonomie, il existe des possibilités en dehors du recours à l'obligation alimentaire.

2.1. L'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH) [16][50]

Elle finance tout ou partie de l'hébergement en ESMS après déduction faite de la participation du bénéficiaire et de ses obligés alimentaires.

Les conditions pour en bénéficier sont :

- Résider en France de manière stable et régulière ou posséder un titre de séjour valide
- Disposer de ressources inférieures au montant des frais d'hébergement
- Être hébergé(e) dans un établissement habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale : maison de retraite, USLD, foyer d'hébergement, occupationnel ou d'accueil médicalisé
- Avoir au minimum 65 ans, ou plus de 60 ans en cas d'incapacité au travail ou en Moselle pour les personnes âgées
- Avoir moins de 60 ans et un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80% ou être dans l'impossibilité de se procurer un emploi du fait de son handicap et être orienté(e) dans une structure adaptée par la CDAPH pour les personnes en situation de handicap

La demande doit être déposée auprès de la mairie de son domicile, du CCAS ou CIAS qui la transmet au CD pour décision. Cette dernière peut être contestée dans les 2 mois suivant la notification avec appel devant la Commission départementale d'aide sociale.

En cas d'accord, elle sera versée par le CD directement à l'établissement sur la base du tarif d'hébergement.

À la fin 2011, 82% des EHPAD sont habilités à recevoir des bénéficiaires de l'ASH [83]. La personne âgée participe à la hauteur de 90% de ses revenus. Une partie est laissée à sa disposition et cette somme ne peut être inférieure à 96 € par mois. En cas de handicap, la contribution sera variable selon la situation familiale, professionnelle et personnelle. Le montant disponible ne peut être inférieur à 30% ou à 50% (en cas de revenus d'une activité professionnelle) du montant mensuel de l'AAH.

Elle se cumule avec l'APA. Ainsi, 77% des bénéficiaires de l'ASH perçoivent aussi l'APA.

L'article L.132-8 du Code de l'action sociale et des familles autorise le département à exercer un recours en récupération des prestations d'aide sociale dans les cas suivants : succession du bénéficiaire, donation, retour à meilleure fortune. C'est le cas pour les personnes âgées. Par contre, pour les personnes en situation de handicap, il n'y a pas de récupération quand les héritiers sont : le conjoint, les enfants, les parents, ou la tierce personne, ni sur le légataire ni sur le donataire (art. L 344-5 du Code de l'Aide Sociale et des Familles)

En 2013, le nombre de bénéficiaires de l'ASH était de 114 960 pour les personnes âgées et 110 670 personnes en situation de handicap. Elle reste la deuxième aide la plus importante accordée aux personnes âgées après l'APA. En effet, elle représente 18% des prestations d'aide aux personnes âgées en établissement ou chez un particulier au titre de l'accueil familial. La plupart des bénéficiaires sont en EHPAD (85% des cas), 10% se trouvent en USLD, 5% en foyer logement et une minorité en accueil familial.

Elle représente les deux tiers des aides attribuées aux personnes handicapées qui ne résident pas à leur domicile (34% en foyers d'hébergement ou accueil polyvalent, 37% en foyer occupationnel, 18% en foyer d'accueil médicalisé et 11% en maison de retraite ou USLD).

2.2. L'Allocation de Placement Familial [25]

C'est l'ASH versée directement à la personne ou à son tuteur, par le département en cas d'accueil familial. Elle correspond à la différence entre les ressources de la personne et les frais de placement restant à sa charge (éléments du contrat non pris en charge par la PCH, l'ACTP ou l'APA).

Les conditions pour en bénéficier sont les mêmes que pour l'ASH pour l'accueilli. L'accueillant doit être agréé par le président du CD, avoir conclu un contrat de gré à gré avec l'accueilli et est obligatoirement rémunéré.

2.3. Les Aides au logement [50]

Il existe 3 types d'aides au logement pour un locataire ou un propriétaire qui rembourse un prêt, pour sa résidence principale et si ses ressources sont modestes. Ces aides ne sont pas cumulables et sont attribuées par la CAF.

Une résidence est considérée comme principale si elle est occupée au moins 8 mois par an par la personne, son conjoint ou une personne à charge (enfants, parents retraités ou handicapés ou reconnus inaptes au travail par la CDAPH). Le logement doit remplir des conditions de décence conformes aux normes de santé et sécurité. Les EHPA ou les foyers pour personnes en situation de handicap sont considérés comme une résidence principale. Cependant, près de 65% des personnes accueillies en EHPAD ne touchent aucune aide au logement.

Le calcul des aides dépend de nombreux critères tels que les ressources, les montants du loyer ou prêt, les personnes à charge, le lieu de résidence. Une simulation peut être faite sur le site de la CAF. Les ressources de la personne et de son foyer ne doivent pas dépasser certains plafonds.

L'aide personnalisée au logement (APL) est versée en raison de la situation du logement qui se trouve conventionnée avec l'État. La moitié des EHPAD déclarent bénéficier de cette convention [83]. Mais, seuls 12% des résidents la perçoivent. Elle est directement adressée au propriétaire ou au prêteur qui déduira le montant restant à la charge du bénéficiaire. Il en sera de même en établissement. Chaque année, les critères d'attribution seront vérifiés. D'ailleurs, un rapport récent remis au Chef de l'État prévoit de rendre encore plus drastiques ces critères pour réduire les APL et faire des économies.

L'allocation de logement à caractère familial (ALF) est réservée aux personnes qui ont à leur charge un enfant ou adulte handicapé avec un taux d'incapacité d'au moins 80%, un ascendant de plus de 60 ans (inapte au travail, ancien combattant ou ancien déporté) ou de plus de 65 ans, qui ont le droit à des prestations familiales ou à l'AEEH.

L'allocation de logement à caractère social (ALS) peut être demandée par une personne âgée ou handicapée si l'établissement n'est pas conventionné pour accueillir des bénéficiaires de l'APL. Les EHPAD sont 38% à déclarer accueillir des bénéficiaires de l'ALS et 23% des résidents en EHPAD en bénéficient [83].

2.4. Les autres aides

Une réduction d'impôts [50] sur les revenus est prévue pour les frais de séjour en établissement. Les dépenses prises en compte sont les prestations d'aide et de surveillance liées à la dépendance ainsi que celles liées à l'hébergement. Les seules dépenses en lien avec l'hébergement ne peuvent donner lieu à la réduction.

Les conditions pour en bénéficier sont :

- être domicilié(e) fiscalement en France
- être accueilli(e) dans un établissement ou service assurant l'hébergement des personnes dépendantes ou handicapées
- ou dans une USLD d'un établissement de santé situé en France ou dans un autre État membre de l'Espace économique européen
- sans limite d'âge

La réduction d'impôt après déduction des aides déjà reçues, est égale à 25% des dépenses retenues dans la limite annuelle de 10 000€ par personne hébergée, soit une réduction maximale de 2 500 €.

En cas d'accueil familial, les dépenses liées à l'emploi d'un salarié à domicile peuvent aussi faire l'objet **d'une réduction d'impôts** après déduction des autres prestations sociales. La personne accueillie peut demander à l'URSSAF d'être exonérée des cotisations sociales patronales à condition de lui envoyer une copie de l'agrément et du contrat d'accueil. Les heures d'aides humaines attribuées au titre de la PCH peuvent être affectée à la rémunération de l'accueillant.

L'APA permet de payer une partie du tarif dépendance dans un EHPA.

Les caisses de retraite participent aux coûts des travaux de rénovation ou de construction ainsi que l'acquisition d'équipements mobiliers dans les structures d'accueil et de vie des personnes âgées ou handicapées. En échange, elles bénéficient d'un carnet d'adresse avec des places réservées à leurs retraités. Elles participent à l'entrée en EHPAD ou USLD sous la forme d'une aide financière à l'hébergement ou le paiement de la caution. C'est le cas par exemple pour le régime des Mines ou avec la prestation spéciale d'accompagnement de la SNCF.

J) Les aides pour la participation à la vie sociale

1. Les aides contre l'isolement [87]

L'isolement des Français s'est installé et accentué : ils sont désormais 5 millions, soit 1 million de plus qu'en 2010, à ne pas avoir de relations sociales. Un Français sur 8 est seul et 1 sur 3 risque de le devenir. Le phénomène s'amplifie dans les zones urbaines et notamment les grandes villes. Cet isolement social s'accroît avec l'avancée en âge, les problèmes de santé et handicaps ainsi qu'un faible niveau socio-économique. C'est un des facteurs de la perte progressive d'autonomie.

Les personnes âgées sont les plus touchées comme a pu le mettre en lumière la canicule de 2003. Les plus de 75 ans représentent le quart des personnes concernées soit environ 1,2 millions de personnes. Cela pourrait même en toucher 4 millions d'ici 25 ans faute de changement. Une personne handicapée a deux fois plus de risques de se trouver dans une situation d'isolement que les autres.

Cette solitude doit être combattue par plusieurs moyens.

1.1. Le dispositif Monalisa [11]

La Mobilisation nationale de lutte contre l'isolement des âgés (Monalisa) est engagée par l'État depuis son lancement national le 27 janvier 2014 à Metz après la création d'une association regroupant bénévoles, collectif d'associations, institutions, et organismes publics.

Ainsi, la mobilisation prévoit de constituer un maillage d'équipes citoyennes composées de bénévoles qui s'organisent ensemble pour lutter contre l'isolement des âgés en recréant du lien social et en évitant des situations extrêmes comme les suicides.

Un plan national de prévention du suicide des âgés a aussi été lancé. En effet, en France, sur près de 10 400 suicides survenus en 2010, un tiers concernait des personnes de 65 ans et plus. Chez les plus de 85 ans la prévalence du suicide est de 40/100 000 habitants, soit deux fois supérieure à celle des 25-44 ans.

De nombreuses associations développent des initiatives afin de soutenir les personnes en perte d'autonomie et de lutter contre leur isolement. La Fondation de France finance et accompagne chaque année 1 000 initiatives pour 15 millions d'euros dans la reconstruction quotidienne du lien social avec la personne au centre des actions.

1.2. Le soutien psychologique

Il repose le plus souvent sur une logique d'entraide et de réciprocité proposée par **des réseaux de proximité** (voisins, bénévoles ou amis).

C'est la cas de l'association les petits frères des pauvres qui a créé une véritable communauté web avec le site internet Voisin-Age dont le principe est de mettre en relation des voisins et des personnes âgées selon leurs affinités. Les échanges peuvent ensuite être très divers : visites, sorties, coups de fil, coups de main. Les personnes âgées peuvent ainsi faire la connaissance de plusieurs voisins et vice-versa.

Résol'handicap, est un exemple de réseau de soutien de voisins aux personnes avec un handicap moteur sans ou avec d'autres troubles associés, qui se sentent isolés ainsi que leur famille en région Rhône Alpes.

Le soutien psychologique peut être **téléphonique**. L'APF a mis en place deux numéros verts anonymes et gratuits (APF Écoute infos) organisés par des psychologues pour le handicap moteur et la sclérose en plaques. Un service gratuit, Age'Ecoute, est possible pour les messins âgés de 60 ans et plus, sous forme de rendez-vous téléphoniques réguliers permettant d'échanger et parler de divers sujets avec des bénévoles formés à l'écoute [68]. Sur le même principe, l'association Au bout du fil organise des conversations téléphoniques.

L'utilisation des nouvelles technologies permet aux personnes de rester connectées à leur réseau familial ou amical et constitue une véritable fenêtre ouverte sur le monde [58]. 62% des aînés utilisent internet pour communiquer avec leurs amis et leurs proches et 12% sont aujourd'hui inscrits sur Facebook d'après une étude TNS-Sofres pour le magazine Notre Temps. Des ateliers et autres cours d'informatique sont ainsi proposés afin de mieux appréhender ces nouveaux outils.

Hakisa.com est un service gratuit et sans engagement destiné aux personnes âgées afin de leur simplifier l'usage d'internet par le biais d'une plate-forme intuitive adaptée à leurs besoins. Utilisable sur tous les supports (ordinateurs, tablettes ou smartphones connectés), ils peuvent ainsi communiquer plus facilement par vidéoconférence, partager leur agenda en ligne, échanger des photos avec leurs proches, maintenir un lien social en partageant avec les autres membres au sein des Clubs, accéder à internet en un clic. La personne peut se faire aider par un proche tuteur même à distance [62].

Néanmoins, les réseaux sociaux virtuels restent peu utilisés : 80% des personnes en situation de solitude objective ne les fréquentent pas.

1.3. La solidarité intergénérationnelle [58]

La transmission entre les générations constitue un fil solide résistant à l'éclatement actuel des cellules familiales. Elle constitue une richesse par l'échange d'expériences, la construction d'une mémoire, la passation de valeurs et savoirs afin de mieux construire notre avenir.

La colocation intergénérationnelle permet à une personne âgée de mettre à disposition d'un jeune le plus souvent étudiant, une partie de son logement en échange d'une contrepartie financière et/ou de services rendus. Elle apprend ainsi le mieux vivre ensemble. Plusieurs associations proposent des annonces, mais le site enkolok.fr propose gratuitement de rapprocher les volontaires [63]. L'instauration d'un label garantissant la qualité de la cohabitation intergénérationnelle est prévue dans la nouvelle loi [11].

Les expériences d'hébergement intergénérationnel sont nombreuses. L'association alsacienne Agir Multigénérationnel met en place ce type de lieux de vie. Les résidences

autonomies pourront accueillir des étudiants ou des jeunes travailleurs, basées sur le même principe [11].

Les échanges intergénérationnels sont favorisés. En EHPAD, ils sont organisés avec des enfants pour la prise de repas ou la participation à des activités communes, qui sont des moyens pour les résidents de les ouvrir au monde extérieur et de retrouver une utilité sociale. Parfois, la construction des structures est faite dans cet idéal de rapprochement avec par exemple, des crèches situées juste à côté de l'EHPAD.

Les plus jeunes peuvent aussi faire partager leurs savoirs aux âgés avec des cours sur l'informatique. Les cafés sociaux sont des lieux d'échanges qui permettent d'organiser diverses animations ouvertes à tous.

Le bénévolat est un autre exemple de coopération intergénérationnelle. La part de bénévoles chez les plus de 60 ans est égale à celle de la population active. Ils y sont cependant plus réguliers et impliqués notamment dans des postes de direction.

1.4. Les loisirs

Les associations et clubs de quartiers proposent diverses activités.

Les caisses de retraite au travers du plan d'action personnalisée, peuvent financer des aides au maintien du lien social comme des cotisations aux clubs des aînés ou autres associations de loisirs [52].

Un pass avant'âges est disponible gratuitement pour les messins âgés d'au moins 65 ans leur offrant des tarifs préférentiels dans le domaine des loisirs, des sports et de la culture. Une aide financière de 25 ou 50 € est prévue pour ceux qui sont non imposables afin qu'ils pratiquent des activités de loisirs dans des associations agréées [68].

Les groupes d'entraide mutuelle sont des lieux d'accueil permanents gérés par des associations pour les personnes handicapées psychiques qui leur proposent de réaliser ou d'organiser des activités de loisirs, des sorties et des rencontres. Leur fréquentation est libre [5].

Les enfants en situation de handicap ne sont pas que des élèves et malgré leur temps libre, peu d'entre eux participent régulièrement à des activités de loisirs avec d'autres enfants. Un réseau mosellan des accueils de loisirs ouverts à ces enfants a été formé afin d'y remédier.

2. L'accès aux sports [88]

Sur le plan de la santé, la pratique des activités physiques et sportives a les mêmes effets bénéfiques que ceux observés dans la population générale, en particulier dans la lutte contre la sédentarité, l'obésité et la morbidité qui en découle.

L'OMS recommande une activité physique pour tous. Les personnes âgées de 65 ans et plus devraient pratiquer au moins 2 heures 30 d'activités physiques d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes à intensité soutenue, en plus d'exercices de renforcement musculaire et ceci au moins 2 fois par semaine. Celles dont la mobilité est réduite doivent travailler leur équilibre pour prévenir les chutes au moins 3 fois par semaine.

Chez les âgés, la lutte contre la sédentarité réduit la multiplication des soins et prévient la perte d'autonomie ou son aggravation. La Moselle s'est engagée à promouvoir et à favoriser la pratique sportive des seniors avec le projet Moselle Sport Seniors [25]. Désormais, les EHPA seront aussi encouragés à développer la pratique d'une activité physique ou sportive adaptée, encadrée par un professionnel du sport spécifiquement formé [11].

La pratique régulière d'un sport participe aussi à l'amélioration des fonctions sensori-motrices et cognitives, à la coordination et la précision des gestes, à la sociabilité et l'estime de soi. L'accès aux personnes en situation de handicap est donc primordial.

Près de 3 millions pratiquent déjà régulièrement et 179 000 sont même licenciés dans une Fédération. Il existe une Fédération Française Handisport comprenant 25 000 licenciés et une Fédération Française du sport adapté dont la devise est « à chacun son défi ».

Le gouvernement mène une politique volontariste depuis 2003 pour promouvoir le sport même en cas de handicap. Le pôle ressource national sport et handicaps a été formé au CREPS de Bourges. Il a pour vocation de centraliser toutes les informations, favoriser le développement d'équipements et de pratiques spécifiques, les tester ainsi que promouvoir la formation et la sensibilisation des acteurs. Un référent national nommé au Ministère des sports désigne des référents régionaux qui définiront des orientations en fonction de l'état des lieux. Elles seront appliquées localement par les référents départementaux. Un kit de matériel sportif adapté est fourni pour encourager le développement des initiatives, le CREPS de Lorraine en bénéficie ainsi.

Les premiers Jeux Paralympiques se sont déroulés en 1960 à Rome. Depuis 1988, ils se déroulent dans les mêmes villes et sur les mêmes installations que les Jeux Olympiques.

Le premier web magazine dédié à l'actualité des sports extrêmes et des sports alternatifs dans le monde du handicap, Pratikable, a récemment été créé.

Le site internet Handiguide des sports permet de rechercher une activité sportive à proximité en recensant les établissements accessibles pour les accueillir dans chaque département. Sur les 5 829 structures, 5% concernent la Lorraine. Par exemple, la piscine olympique de Metz favorise l'autonomie des personnes handicapées après des travaux réalisés et leur propose des activités dédiées encadrées 4 fois par semaine [15].

3. La culture

Source de richesses et d'épanouissement, la culture est un des éléments de l'intégration sociale.

Des progrès ont été faits pour proposer à tous l'accès à des spectacles ou des visites de musées. Par exemple, le Stade de France possède une capacité d'accueil de 600 places pour les personnes en fauteuil et prévoit un accueil personnalisé avec ascenseur et liftier. Le musée du quai Branly à Paris a obtenu le prix Patrimoine pour tous en 2013 pour sa politique globale d'accessibilité. Ouverte depuis 1995, la galerie tactile du Louvre propose 18 moulages représentant différentes sculptures du musée destinés à être touchés par les visiteurs.

Des traductions en langue des signes ou audiodescription, des fiches en braille ou en langage simplifié sont développées. Ainsi, une finale du Top 14 de rugby a été disponible en audiodescription pour la première fois en 2012.

La télévision n'est pas en reste. 190 programmes ont été audiodécrits en 2012 sur France Télévisions, plus de 100% des programmes sous titrés d'après TF1. L'offre télévisée comportant une audiodescription, un sous-titrage ou une interprétation en langue des signes sera développée à travers la télévision connectée. D'ailleurs, la charte de qualité pour l'usage de la Langue des Signes Française dans les programmes télévisés a été signée en janvier 2015 sur proposition par le Conseil Supérieur de l'Audiovisuel.

La commercialisation des livres en braille ou des audio-livres s'accroît. La parution d'un magazine mensuel « Mieux voir » unique au niveau francophone, est destinée au lecteur malvoyant. Des bibliothèques sonores prêtent des livres sonores, ou mettent en ligne leurs ressources le tout gratuitement.

Les universités du temps libre appelées aussi universités du troisième âge, pour tous ou ouvertes ont été créées il y a 40 ans. Elles offrent à tous, des enseignements non diplômants mais permettant de bénéficier du rayonnement de la culture universitaire [11].

4. Les aides aux vacances

Cette parenthèse de détente permet de rompre avec son quotidien et celui de ses proches. Néanmoins, elle nécessite d'être encouragée par plusieurs mesures.

L'Agence nationale pour les chèques vacances (ANCV) grâce au programme « *Seniors en vacances* » permet à 45 000 âgés résidant en France de partir chaque année [11]. Plus de 150 destinations sont possibles. Elle permet aux retraités de participer à des séjours tout compris hors transports dès 60 ans, en accordant une réduction de 50% sur les prix des séjours à ceux non imposables. Les séjours sont sans condition de ressources pour tout accompagnant professionnel ou aidant familial d'une personne en perte d'autonomie. En cas de handicap, ces aides sont possibles dès 55 ans.

Un partenariat s'est noué entre l'ANCV et la SNCF offrant des tarifs préférentiels sur les billets de train pour participer aux séjours programmés.

Les caisses de retraite prévoient des aides aux vacances pour leurs retraités ainsi que des réductions dans des centres de vacances gérés et conventionnés par ces caisses.

Des séjours de répit aidant-aidé sont proposés. La personne en perte d'autonomie est alors accompagnée en vacances par des bénévoles ou professionnels. L'aidant familial quant à lui, peut soit disposer de ce temps libre en tant qu'aide au répit, soit participer au séjour avec des activités spécifiquement dédiées. Une association vacances répit familles a été fondée avec le développement d'un premier village répit Familles en France offrant des séjours de 1 à 3 semaines à près de 500 aidants et leurs proches. C'est la réunion d'une structure médico-sociale et de tourisme [58].

L'action sociale de la Fonction Publique d'État prévoit des aides aux séjours d'enfants en situation de handicap. Dans des centres familiaux de vacances (organismes de tourisme social gérés sans but lucratif), une aide est accordée aux moins de 20 ans. Elle est accordée quelque soit l'âge dans les centres de vacances spécialisés. Dans les deux cas, le taux d'incapacité est au moins égal à 50% et l'aide est limitée à 45 jours par an, sans condition de ressources mais n'est pas cumulative.

Le réseau Passerelles est un dispositif national d'aide aux départs en vacances des familles ayant un enfant avec une situation de handicap créé depuis 2010. Il les accompagne dans toutes les étapes de préparation du séjour et depuis 2012, propose même l'organisation des séjours familiaux au sein de villages vacances proposant au moins 4 hébergements réservés et du personnel dédié sur place.

Certaines CAF accordent à leurs allocataires des aides financières sous forme de bons intitulés « aide aux temps libres » (également appelés parfois « bons Caf », « bons vacances », « bons loisirs » ou « bons Vacaf »). Ils permettent de financer tout ou partie d'un séjour en vacances ou d'accéder à une structure d'animation socioculturelle pendant les vacances. Ils sont attribués à condition de toucher des prestations familiales pour au moins un enfant à charge de moins de 20 ans et selon les ressources [50].

Enfin, certaines entreprises participent aussi grâce au recours aux chèques vacances attribués aux salariés et agents des Fonctions Publiques pour payer des services au cours de séjours de vacances. Les comités d'entreprise peuvent même parfois prendre en charge une partie des frais.

Pour les voyageurs en situation de handicap, l'association Tourisme et handicap a instauré un label du même nom afin de certifier les lieux compétents pour les accueillir. Ainsi, l'office de tourisme de Metz l'a obtenu depuis une dizaine d'années avec du personnel formé et des conditions d'accueil aménagées (rampe d'accès, sonnette pour demander une assistance, comptoir abaissé, amplificateur vocal). Son site internet propose aussi une liste des lieux et infrastructures accessibles ainsi que des visites guidées adaptées à chaque type de handicap [64].

Un nouveau label Destination pour tous a pour objectif de valoriser les territoires proposant une offre touristique globale et cohérente pour les personnes handicapées dans au moins 2 des 4 familles de handicap. Les efforts réalisés sont aussi bien faits en terme d'accessibilité aux sites, d'activités que certains aspects quotidiens comme les déplacements. La ville de Bordeaux a été la première à le recevoir en 2014 [15].

Des guides de voyage, tels que le guide Handi Voyageurs 2014 du Petit Futé, s'avèrent aussi très utiles en apportant des informations pratiques (moyens de déplacement, accessibilité) et culturelles pour les grandes destinations dans le Monde [63]. Handibooking.com est le premier site internet qui permet de préparer son voyage en ligne en réservant des hébergements de vacances accessibles.

Certaines plages en France sont aménagées pour être accessibles à tous (292 au total) et peuvent être recensées via le label Handiplage dont l'adhésion est payante. Depuis 2002, le label Handiplage a été attribué à 58 plages dont 9 avec le niveau maximum d'accessibilité.

En outre, les activités de vacances avec hébergements de plus de 5 jours proposées à des groupes de plus de trois personnes en situation de handicap doivent être agréées par la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale. Cet agrément « vacances adaptées organisées » est valable pendant 3 ans.

K) Les aides animalières

La zoothérapie ou médiation animale compense la plupart des handicaps par le soutien physique et psycho-affectif apporté [89].

Elle est bien connue des personnes avec une déficience visuelle qui ont recours aux chiens guides mis à leur disposition gratuitement par la Fédération Française des associations de chiens guide d'aveugle [90].

200 chiens guides sont remis chaque année. Outre leur grande utilité dans les déplacements, ils sont aussi plébiscités pour les échanges affectifs, les interactions et leur rôle d'intégrateur social. La sévérité de la déficience ainsi que son apparition tardive sont des facteurs qui favorisent son usage. Cependant, ils restent encore moins fréquents que dans d'autres pays européens comme le Royaume-Uni. Le double statut chien guide et animal de compagnie peut être difficile à gérer et sa prise en compte est nécessaire pour améliorer l'utilisation de cette aide [90].

Handi'chiens, l'association nationale d'éducation de chiens d'assistance pour personnes handicapées a pour mission de les éduquer dans le but de les remettre aux personnes qui en ont besoin [89]. 1 600 chiens ont été remis au cours des 25 années suivant sa création. Les chiens d'assistance savent répondre à près de 50 commandes en cas de mobilité réduite. Par ailleurs, l'association propose aussi des chiens d'éveil pour les enfants polyhandicapés ou atteints de troubles autistiques ainsi que des chiens d'accompagnement social pour les institutions [15].

Leur efficacité auprès des personnes âgées en institution a été démontrée. En effet, l'animal apporte plusieurs bénéfices : une distraction, un lien social, un apaisement, une valorisation de la personne, un environnement plus sécurisant, une diversion dans les situations d'opposition par son rôle de médiateur et l'entretien de l'autonomie [89]. C'est donc une approche non médicamenteuse utile dans les troubles du comportement et la dépression.

Un véritable statut a été développé pour les chiens guides ou d'assistance avec la délivrance de certificat national et la labellisation de leurs centres d'éducation [15].

Afin que l'aide animalière apporte une plus grande autonomie à davantage de personnes handicapées, l'ordonnance n°2014-1090 du 26 septembre 2014 a modifié l'article 88 de la loi n°87-588 de 1987. Ainsi, les chiens des titulaires de carte de priorité ou d'invalidité et ceux en formation qui doivent s'habituer aux lieux fréquentés avec leur futur maître peuvent accéder à tous les lieux et services publics de transport. Ce droit ne comporte aucune exception : le fait d'interdire l'accès à un chien guide ou d'assistance est sanctionné par une contravention de 3^{ème} catégorie [15].

De plus, comme nous l'avons vu plus haut, la PCH a un volet aide animalière pour participer à son financement.

Il n'y a pas que les chiens qui peuvent participer à la médiation animale. Les chats, les chevaux, les ânes, les animaux de la ferme, les poissons, les lamas voire les singes capucins apportent eux aussi leur aide.

VII. L'évolution future des aides à l'autonomie

67% des Français jugent que l'État ne s'implique pas suffisamment pour faire reculer les discriminations à l'égard des personnes handicapées [1]. La prise en charge médico-sociale des personnes âgées par les pouvoirs publics est elle aussi estimée encore insuffisante par la population française.

Plusieurs innovations sont donc prévues pour changer cette opinion. Hormis des nouveaux dispositifs, les nouvelles technologies comme la robotique et la domotique, sont aussi des solutions pour améliorer la prise en charge de personnes en perte d'autonomie.

A) Les nouveaux dispositifs

1. Des nouvelles structures

Beaucoup d'entre elles sont prévues dans le projet de loi pour l'adaptation de la société au vieillissement [11].

Les Maisons départementales de l'autonomie (MDA) amorcent un rapprochement des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Elles ont été envisagées lors de 3 initiatives locales (Corrèze, Cantal et Côte-d'Or). Leur création par les départements est encouragée dans le projet de loi et pour celles qui respecteront un cahier des charges défini par décret, elles pourront même être labellisées par la CNSA [11].

Grâce « à la mise en commun des missions d'accueil, d'information, de conseil, d'orientation et, le cas échéant, d'instruction des demandes, d'évaluation des besoins et d'élaboration des plans d'aide au profit des personnes âgées et des personnes handicapées », elles simplifieraient les démarches des usagers.

Cependant, elles soulèvent des inquiétudes pour certaines associations de personnes en situation de handicap. Les MDPH présentent encore des dysfonctionnements notamment un manque de moyens, qui risquent de s'aggraver selon eux avec cette mutualisation de services.

L'Institut pour l'Autonomie [62] est un projet porté par la Moselle dans le cadre de la démarche Habitat Innovant et Solidaire ainsi que par l'ISEETECH (Institut Supérieur Européen de l'Entreprise et de ses Techniques).

Mêlant les ressources de l'enseignement supérieur et des PME, cette plate-forme permettra de développer des nouvelles technologies qui seront ensuite présentées dans un showroom d'exposition. Il placera ainsi la Moselle et donc la Lorraine en tant que territoires pilotes dans le domaine de la recherche et l'innovation en faveur de l'autonomie. Inscrit dans le cadre du Pacte Lorraine 2014-2016 (1^{er} contrat particulier entre l'État et la Lorraine), il devrait s'implanter sur le territoire du Pôle Innovation- Santé de Mercy.

Le Haut Conseil de la famille et des âges de la vie (HCFAV) [11] naîtra de la fusion du Haut Conseil de la famille et de celui de l'âge créé dans par le projet de loi. Institué auprès du Premier Ministre, il sera « chargé d'animer le débat public et d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées aux familles et à l'enfance, à la protection de l'enfance, à l'avancée en âge et à l'adaptation de la société au vieillissement, dans une approche intergénérationnelle ».

Les Conseils Départementaux de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA) [11] devraient remplacer les CODERPA et les CDCPH. Présidés par les Présidents des CD, ils seront composés de deux formations spécialisées respectivement pour les personnes âgées et les personnes handicapées.

Ils permettront « *la participation des personnes âgées et des personnes handicapées à l'élaboration, à la mise en œuvre, au développement et à la mise en cohérence des politiques de l'autonomie, notamment en matière de prévention, d'accessibilité, de logement, de transport, d'accès aux soins et d'accompagnement médico-social, d'accès aux aides humaines ou techniques, d'accès à l'activité physique, aux loisirs, au tourisme et à la culture, de scolarisation et d'intégration sociale et professionnelle* ».

Les Conférences Départementales des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie sont prévues par la nouvelle loi. Ces nouvelles organisations associeront les caisses de retraite, les ARS, l'ANAH et les autres acteurs volontaires comme les mutuelles. Elles seront sous la présidence du CD et la vice-présidence du directeur général de l'ARS ou son représentant.

Elles seront chargées d'établir pour le département, un programme coordonné des financements des actions individuelles et collectives de prévention en complément des prestations légales ou réglementaires. Ce programme devra répondre aux besoins recensés dans le schéma départemental relatif aux personnes en perte d'autonomie.

2. Des nouvelles méthodes

Les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) : [91][92]

Initialement utilisé pour désigner les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer, l'acronyme MAIA signifie désormais d'après la future loi sur le vieillissement « *méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie* » afin de conforter et renforcer les structures existantes [11].

Les ARS identifient les besoins d'intégration des services et lancent un appel à projets auprès de structures existantes ou non. Après sélection du projet par l'ARS en lien avec le CD, un pilote MAIA pour animer cette méthode est choisi.

En décloisonnant les différents secteurs, ce dispositif permet une coopération entre les professionnels et institutions sur un territoire défini et donc de développer un nouveau mode de travail en partenariat.

Au départ, leur objectif était de parvenir à mettre fin aux difficultés de parcours rencontrées par les personnes âgées atteintes d'Alzheimer ou de maladie apparentée et leurs aidants. Elles vont maintenant s'ouvrir à toutes les personnes âgées en perte d'autonomie qui doivent souvent faire face à une multitude de services présents sur les territoires mais qui restent insuffisamment articulés et coordonnés.

Fin 2013, on comptait 202 MAIA en France soit 6 communes sur 10 couvertes par ce nouveau dispositif (figure 16) [18]. 50 nouveaux dispositifs devaient être déployés en 2014. La Lorraine en comporte 9 dont 3 pour la Moselle (Sillon mosellan, territoire du Bassin Houiller et Sarrebourg/Saulnois).

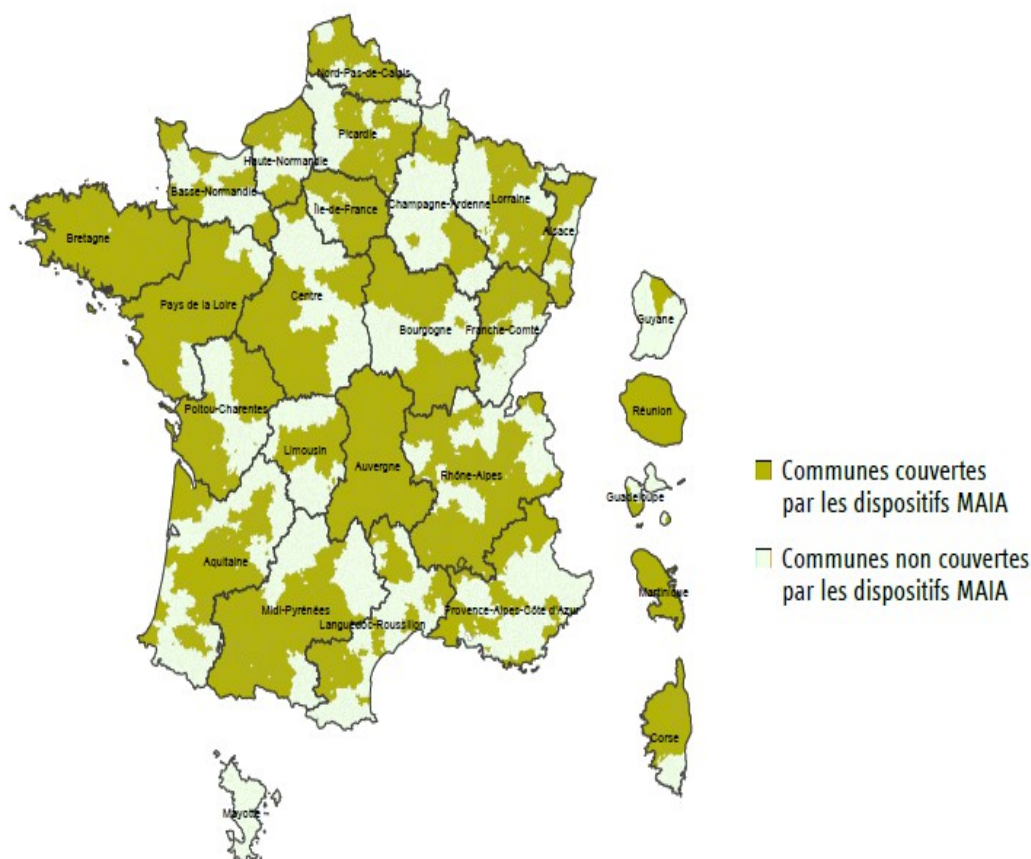


Figure 16. Couverture du territoire national par les dispositifs MAIA – source : ARS

Les parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) [91][93] sont destinés à améliorer la qualité de vie et l'accompagnement des personnes âgées de 75 ans et plus, pouvant être encore autonomes mais dont l'état de santé est susceptible de s'altérer pour des raisons médicales et/ ou sociales. En effet, elle sont plus exposées du fait d'une polypathologie, de la fréquence des affections de longue durée, du risque de iatrogénie médicamenteuse et des hospitalisations.

D'où la nécessité d'une meilleure articulation entre les acteurs de la ville, de l'hôpital et du domaine médico-social pour repérer les situations à risque, limiter le recours à des hospitalisations et améliorer le retour à domicile grâce au PAERPA (figure 17).

9 ARS ont choisi de l'expérimenter au sein de leurs territoires. Ainsi, le Grand Nancy en fait parti. La communauté urbaine du Grand Nancy regroupe 20 communes et totalise environ 20 000 personnes âgées d'au moins 75 ans.

3 niveaux de coordination sont ainsi mis en place. La coordination clinique de proximité pour la prise en charge des PAERPA, la coordination territoriale d'appui pour les missions d'information, d'orientation et de suivi administratif et enfin, la mobilisation de tous les secteurs avec leurs professionnels.

La coordination clinique de proximité est formée d'au moins le médecin traitant et d'un infirmier libéral. Ils communiquent les informations nécessaires aux autres professionnels via un système de messagerie sécurisée. Apicrypt est utilisé dans le territoire nancéen.

La coordination territoriale d'appui est portée par des structures déjà existantes comme le CLIC et le réseau gérontologique Gerard Cuny pour le Grand Nancy. C'est l'interlocuteur direct des professionnels via un numéro de téléphone unique. Elle dispose d'un répertoire opérationnel des ressources qui recense tous les services ou personnes nécessaires au bon déroulement du parcours.

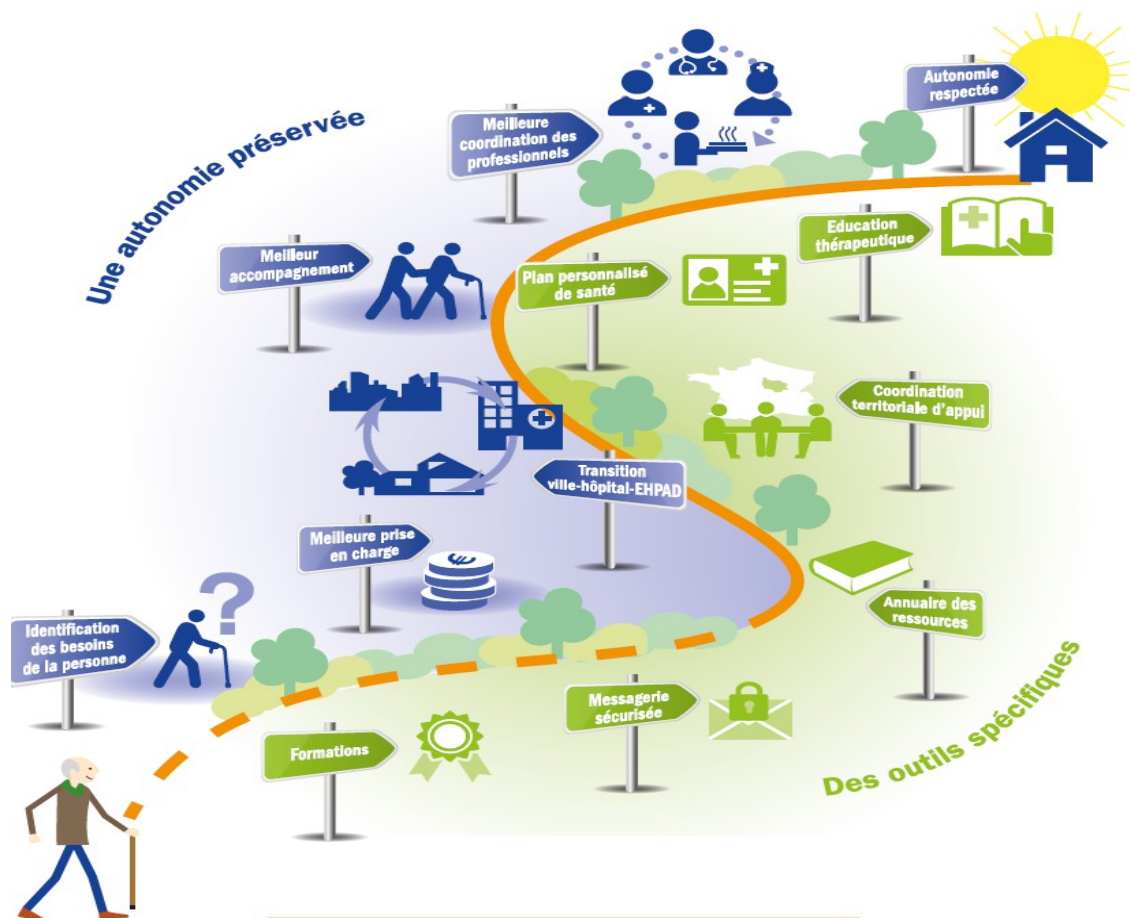


Figure 17. Illustration du PAERPA – source : Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes

Le plan personnalisé de santé (PPS) [93] est utilisé dans le cadre du PAERPA. C'est un plan d'action concernant les personnes âgées en situation de fragilité et/ou atteintes d'une ou plusieurs maladie(s) chronique(s) qui nécessitent un travail entre les acteurs pluriprofessionnels de proximité sous la responsabilité du médecin traitant. Son modèle a été élaboré par la HAS et pourrait à terme être utilisé pour l'ensemble des personnes âgées à risque. Il identifie les situations à problèmes sur la base d'une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne et doit être révisé périodiquement afin d'être ajusté dans un délai maximum de 6 mois par un référent désigné.

Le programme de retour à domicile de l'assurance maladie (PRADO) [91] a pour but de raccourcir la durée de séjour à l'hôpital avec l'intervention de conseillers de l'assurance maladie. Ainsi, depuis 2010, les patients volontaires peuvent avec l'accord des médecins bénéficier d'une coordination administrative et médicale par ces professionnels pour favoriser la sortie d'un service. Ils interviennent dans 3 domaines : la maternité, l'orthopédie et les insuffisants cardiaques. Néanmoins, cela reste encore des expériences inégales sur le territoire.

Avec l'avancée technologique, il est possible d'envisager la vie à domicile autrement pour les personnes fragilisées du fait de l'âge ou d'un handicap.

B) La robotique [45] [58]

Le terme de robotique est apparu pour la première fois dans la nouvelle « Le menteur » de l'écrivain Isaac Asimov. Cet auteur de science-fiction a imaginé les lois de la robotique dès 1940, plaçant le robot au service de l'homme.

Actuellement, la robotique désigne la science travaillant sur les systèmes électromécaniques actionnés et contrôlés par le biais d'un ensemble de logiciels leur conférant une « intelligence artificielle ».

Elle est très développée aux États-Unis où la robotique militaire promet des avancées technologiques et au Japon, pays de référence en la matière, où les robots font partie de la culture manga. Cependant, en France, très peu d'entreprises se consacrent à la conception de robots.

Pourtant, le marché de la robotique à destination des personnes dépendantes devrait s'élever dans le monde de 1 à 2,5 milliards d'euros d'ici 2018. En effet, face au vieillissement de la population, la robotique au service de la personne pourrait être une solution comme l'envisageait déjà le film en 2012 Robot and Frank.

Il y a plusieurs catégories de robots :

- **Les robots ménagers**

Ils nous permettent de gagner du temps et de nous affranchir de certaines tâches simples et répétitives sans communiquer avec les humains. Bien acceptés de tous, ils nous assistent au quotidien. La société iRobot a connu ainsi un succès avec son robot aspirateur Roomba vendu à plus de 6 millions de personnes depuis 2002.

- **Les robots d'assistance physique**

Ce sont des assistants de la vie quotidienne, peu communicants, ils réalisent des actions pour compenser les incapacités gestuelles au cours des actes essentiels de la vie quotidienne comme les repas (Bestic) ou les déplacements (Monimad, déambulateur robotisé en projet par le laboratoire de robotique de Paris).

Dans le cadre du projet européen Accompany, un robot Care-O-Bot est expérimenté dans trois pays européens dont la France [94]. Il est équipé d'un bras mobile et d'une main articulée à 3 doigts ainsi que d'une caméra qui lui permettent de reconnaître et saisir un objet à distance même lourd (jusqu'à 4 kg) et de l'apporter sur son plateau. Il n'a pas vocation à faire à la place des personnes âgées mais à les aider à faire par elles-mêmes.

Les exosquelettes comme Rewalk permettent aux paraplégiques de se tenir debout et de pouvoir remarcher. Ils sont autorisés à la vente aux États-Unis mais ils ne sont pas destinés à tous (seulement pour les fractures vertébrales de T7 à L5) et sont excessivement chers (50 000 euros). Le centre français de rééducation de Kerpape est le seul à l'utiliser dans son unité de blessés médullaires.

Les bras robotisés comme Jaco, peuvent être installés facilement sur le fauteuil d'une personne handicapée. Ainsi, ils rendent possibles la réalisation d'actions complexes qui sont des gestes quotidiens comme ramasser des lunettes, tenir une fourchette ou ouvrir une porte. Jaco est testé par des patients en situation de handicap au Cenrob.

La main bionique de Luke Skywalker dans Star Wars n'est plus de la science-fiction avec la création des neuroprothèses de membres supérieurs. La FDA aux États-Unis a d'ailleurs autorisé la vente de la première prothèse de bras robotique appelée Luke en hommage à l'œuvre de Georges Lucas. Ce sont des dispositifs de stimulation électrique fonctionnelle implantés dans les muscles de personnes privées de motricité volontaire active (I-limb digits, DynamicArm).

Ils utilisent le principe de la réinnervation musculaire ciblée (figure 18), technique inventée par les Docteurs Todd Kuiken et Gregory Dumanian aux États-Unis. Les neurones moteurs restent dans le moignon après amputation et peuvent contrôler les fonctions d'une prothèse. Pour cela, un muscle est dénervé du côté du membre amputé (zone pectorale le plus souvent) appelé muscle ciblé, auquel les nerfs du membre amputé sont alors reliés. Une correspondance est ainsi établie entre le mouvement désiré du membre fantôme et le mouvement du muscle ciblé produisant ensuite un signal perçu par des électrodes à la surface de la peau pour faire actionner la prothèse.

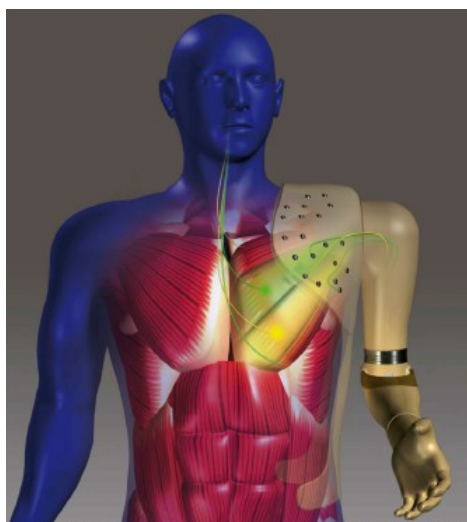


Figure 18. Le principe illustré de la réinnervation musculaire ciblée

- **Les robots compagnons**

Les robots compagnons ont une dimension plus sociale mais aussi thérapeutique avec l'objectif de lutter contre les troubles cognitifs en stimulant les capacités mémorielles et contre la dépression. En effet, près de deux personnes sur dix âgées de 55 à 85 ans (soit 18% des seniors) sont en état de souffrance psychologique. Les femmes sont les plus concernées [95]. L'utilisation de ces robots est donc bénéfique pour le psychisme de la personne âgée, l'aidant à lutter contre le sentiment de solitude et d'isolement.

Par exemple, le robot Paro est un robot thérapeutique utilisé pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Il prend la forme d'un phoque car il inspire confiance et curiosité. Il est reconnu comme une thérapie non médicamenteuse et a été commercialisé en 2005 au Japon puis en 2009 par les États-Unis. En France, la société Inno3MED le commercialise [94]. Il réduit l'anxiété et l'agressivité des patients grâce une amélioration de la communication et des contacts.

PaPeRO (Partner Personal Robot) et Matilda, sont aussi d'autres exemples de compagnons auprès des personnes âgées. Ils s'intéressent à la communication non verbale. Ils détectent ainsi les expressions du visage et peuvent réagir par une plaisanterie ou un câlin en cas de tristesse.

- **Les robots de télé-présence**

Les robots de télé-présence s'assurent de la sécurité des personnes en complément aux services de téléassistance.

Le projet DOME0, dont le coordinateur est un français Vincent Dupourqué de la société Robosoft, a permis de développer un robot appelé KOMPAI qui devrait être commercialisé en 2015 [94]. Il remplit une multitude de fonctions pour aider les personnes âgées dans leur quotidien comme le rappel de tâches mais partage aussi avec elles des jeux dits « sérieux » ou Serious Games, ou de la musique. Il leur permet aussi de donner l'alerte et de se mettre en contact avec leur médecin en cas de besoin.

- **Les robots humanoïdes androïdes**

Ils ont pour but de réaliser des actes de la vie quotidienne à la place ou en coopération des personnes. On entend par « robot humanoïde » (ou anthropomorphe) un robot de forme humaine qui évoque la bipédie et la présence de deux bras et d'une tête. Les « robots androïdes » (ou anthropoïdes) sont des robots humanoïdes dont l'apparence ressemble beaucoup à un être humain.

Ils sont encore en cours de développement comme Asimo fabriqué par Honda, déjà capable d'enregistrer plusieurs commandes, de comprendre le langage des signes, et de discuter en anglais ou japonais. Il tient dans sa main des objets, peut servir à boire, marcher, monter des escaliers et jouer avec un ballon.

Roméo, lui est conçu par une entreprise française Aldebaran Robotics pour devenir l'assistant des personnes âgées. Il peut marcher, voir son environnement en trois dimensions, entendre et parler. À terme, il pourra noter les rendez-vous de son interlocuteur, lui rappeler d'acheter certaines choses avant d'aller faire les courses ou encore l'aider à faire à manger. En cas de doute sur les traitements à prendre, il consultera l'ordonnance enregistrée et pourra rappeler la posologie des médicaments à prendre. Et si le robot s'inquiète de l'état de son patient, il pourra contacter le centre de téléassistance qui prendra le contrôle de l'humanoïde pour évaluer la situation.

Seul, Nao, compagnon bienveillant et interactif, est commercialisé depuis 2008 avec près de 5 000 exemplaires vendus ou loués [94]. Ce petit humanoïde (58 cm) était réservé au départ aux chercheurs en robotique, il s'est ensuite ouvert au monde de l'éducation, pour apprendre aux étudiants la programmation de robots. Il peut se déplacer, vous reconnaître, vous entendre et même vous parler. Son prix a été divisé par deux, pour faciliter un usage à domicile mais reste encore exorbitant (6 000 euros). D'ailleurs, il a été récemment choisi comme co-animateur dans l'émission de Thierry Ardisson Salut les terriens.

D'après une revue de littérature, les résultats des études sont positifs en terme d'utilisabilité et d'acceptabilité de ces robots par les personnes âgées. Ils apportent même un bien être physique et psychologique au quotidien et peuvent être envisager comme aide pour les personnes en perte d'autonomie [94].

Cependant, il existe encore des obstacles à la robotique : son coût qui reste élevé, son intégration dans notre culture et certaines questions éthiques. Seulement 4% des retraités européens ont déjà été en contact ou utilisent un robot à leur domicile. La population se représente un robot principalement comme une machine industrielle (81%) plutôt qu'une machine d'assistance (66%) [94]. Seuls 14% des Français ont déjà utilisé des robots à leur domicile ou au travail.

Globalement, l'opinion envers les robots est positive. Néanmoins, elle soulève des craintes comme la capacité à leur faire confiance, le remplacement des métiers humains avec les robots infirmiers par exemple. Pourtant, comme l'imagine le dessin animé « les Nouveaux héros », ils peuvent être aussi rassurants et leur bienveillance une aide précieuse pour le quotidien.

C) La domotique [45] [58]

Elle représente l'ensemble des techniques d'automatisation du domicile résultant des progrès de la construction du bâtiment, de l'informatique, des télécommunications ou encore de l'électronique. Destinée à apporter sécurité, confort et communication, elle s'utilise via des interfaces adaptées dont l'installation est facilitée par les connections sans fil et en réseau.

Elle prévient notamment le risque d'accidents domestiques, comme les chutes qui surviennent dans 62% des cas au domicile et concernent plus d'une personne sur cinq âgée entre 55-85 ans avec un risque de rechute touchant une personne sur deux parmi celles déjà tombées [93]. Il y a plus de 450 000 chutes chaque année, responsables de 9 000 décès [11].

Les détecteurs de chutes ont ainsi été créés par le biais de capteurs, parfois directement dans le sol, capables d'enregistrer les mouvements voire même certains paramètres de surveillance (température, poids, tension artérielle) et de déclencher une alerte en cas de danger. Il en est de même avec des boîtiers ou box connectés composés de plusieurs détecteurs (SéniorAdom, capteur de chutes système V.A.C). En Moselle, la société Noviatek basée à Florange, expérimente une box d'accompagnement pour les personnes âgées à domicile [62].

Les parcours lumineux sont composés de détecteurs de mouvements qui permettent de guider la personne pendant ses déplacements nocturnes évitant les chutes. Ils se déclenchent de manière automatique dès le passage de la personne et s'éteignent grâce à la mise en place d'une temporisation.

Les détecteurs de fuite d'eau, de gaz ou de fumée sécurisent les domiciles entraînant la fermeture automatique des arrivées correspondantes et la coupure des circuits électriques ainsi qu'un appel d'assistance.

Les visiophones et autres systèmes tels que **les caméras** limitent les intrusions d'inconnus.

Les capteurs au sein de logements dits intelligents permettent de surveiller l'état de santé des personnes à domicile. En cas d'écart à un protocole défini avec l'usager, un signal peut être transmis à des proches, un médecin, une assistance à domicile ou des services d'urgence.

La domotique vise aussi à **redonner une véritable autonomie** en compensant les situations de handicap. Par exemple, dans un contexte de mobilité réduite, une personne peut commander depuis son lit un ensemble de fonctions telles que l'ouverture/la fermeture des volets, d'une porte, de la lumière, des appareils audiovisuels ou électroménagers, du chauffage.

Le contrôle d'environnement ou téléthèse s'appuie sur des interfaces de commandes spécifiques, adaptées aux capacités de l'utilisateur. Elles peuvent être à contact direct (boutons, interrupteurs, contacteurs, portails numériques, claviers, joystick) ou indirect (voix, souffle, pupille comme avec le dispositif eyetech). Le but est de simplifier la gestion du domicile pour tous.

Un appartement intelligent a été construit en 2010 au rez-de-chaussée de l'Institut de recherche en informatique et en automatique de Nancy, constituant une plate-forme expérimentale pour le développement de la domotique.

A l'horizon 2016, la Moselle prévoit la création d'une interface numérique simple et d'accès facile avec plusieurs applications disponibles au sein du logement : communication avec l'entourage et la société, services pour la vie quotidienne, et coordination des services intervenant au domicile. Cette expérience de domotique sera testée dans les « papy-lofts » de Rouhling [62].

Le coût et le caractère intrusif de la domotique lui sont parfois reprochés, dans ce marché pourtant émergent.

D) Les objets et services connectés [58]

Cette partie n'est bien sûr qu'un petit aperçu des évolutions technologiques disponibles ou encore au stade de projets dans un secteur florissant et en perpétuel mouvement. D'après une étude TNS Sofres, 93% des Français plébiscitent les technologies connectées pour la prise en charge des personnes en perte d'autonomie et trouvent qu'elles facilitent le quotidien.

La télésurveillance nouvelle génération repose sur des montres (smartwatch) ou bijoux (Vivago, bracelet Vital, TempoCarePredict) fabriqués pour surveiller les activités et/ou paramètres de leur porteur afin de déclencher une alerte en cas d'anomalie.

La canne Visio [61] est une canne connectée avec un GPS intégré, destinée à avertir les personnes aveugles des obstacles via un petit boîtier accroché sur les lunettes. D'autres informations comme l'arrêt de bus le plus proche ou les horaires d'un magasin pourront aussi être diffusées en temps réel. Cet objet développé par des étudiants de l'EESTIN (école d'ingénieurs de Nancy) devrait être commercialisé au second semestre 2015.

L'aide auditive, Beltone First, est compatible avec l'Iphone 5 d'Apple et permet directement de transmettre le son du téléphone sur l'aide auditive. Une application sur le téléphone offre les possibilités de contrôler le volume des aides auditives, de choisir le programme qui convient le mieux à l'environnement, et de connaître le niveau de charge des batteries. Une fonction anti-larsen supprime les bruits indésirables et les sifflements lorsque l'utilisateur est au téléphone

Les lunettes nouvelle génération [61] dites connectées ont un avenir dans le domaine médical. OrCam, est une paire de lunettes qui a été conçue, pour aider les personnes aveugles et malvoyantes tout en étant simple et discrète.

Dotée d'une caméra sur une des branches et d'écouteurs intégrés, elle procure une vision artificielle. L'utilisateur pointe du doigt ce qu'il veut « voir » et il en obtient une description vocale grâce à la conduction osseuse. Un logiciel permet la reconnaissance des visages et des objets ainsi que la lecture de tout ce qui est écrit. Le problème est que ce système n'est actuellement disponible qu'en anglais et reste onéreux (3 500 dollars). Il est pourtant victime de son succès car le stock actuel est épuisé.

Le finger reader [61] n'est encore qu'un prototype mais il permettrait de lire en temps réel un texte via un scanner contenu dans une bague portée sur l'index qui le restituerait par une voix de synthèse. En cas d'écart de la ligne, un système de vibrations permet de retrouver le chemin.

Le fauteuil roulant connecté [61] est né de la collaboration entre l'astrophysicien Stephen Hawking atteint de sclérose latérale amyotrophique et Intel. Ce projet Connected Wheelchair imagine un fauteuil roulant autonome capable de reconnaître des trajets pour arriver à une destination en évitant les obstacles grâce à internet et une application. Par ailleurs, il pourra collecter des données médicales sur l'utilisateur afin de prévenir les secours en cas de besoins.

Les applications numériques sont nombreuses.

Elles peuvent être dédiées **à l'accessibilité**.

AccesSig, est un service d'information géographique développé par le CEREMH, qui propose un calculateur d'itinéraire personnalisé avec une planification de trajet en fonction des conditions d'accessibilité en cas de handicap. Ce web service est enrichi quotidiennement par une plate-forme d'échange mais reste encore limité à l'Île de France [63].

Vocabus à Angoulême, est une application pour smartphone qui donne les horaires des prochains bus à chaque arrêt soit en flashant un code sur l'abri de bus soit en utilisant la géolocalisation. Elle utilise des formes géométriques assez grosses ainsi que des couleurs distinguables même pour les déficients visuels [63].

Le service Acceo est destiné aux personnes sourdes et malentendantes. Après le téléchargement de l'application sur les sites internet qui l'utilisent, la personne est mise en relation avec un opérateur qui réalise une transcription instantanée de la parole ou une interprétation en Langue des Signes Française par webcam avec son interlocuteur. Metz a choisi ce dispositif pour sa plate-forme « allo mairie » afin de joindre les services de la ville ainsi que pour son office du tourisme. Par ailleurs, d'autres établissements y font appel comme certaines banques (Caisse d'Epargne, La Banque populaire) ou des mutuelles (MGEN, Mutualité Française, MNH) [64].

D'autres sont consacrées **à l'autonomie** comme Alfred, qui est un projet européen voulant s'adresser aux personnes âgées et leur offrir des services pour favoriser leur autonomie. Il s'agit d'une application qui prend la forme d'un assistant personnel interactif pour les appareils mobiles. Il permettra par le biais d'un majordome virtuel contrôlé par la voix, de bénéficier de services numériques liés aux soins (collecte de données médicales

partagées par des capteurs), aux contextes sociaux (propositions de sorties ou visites en fonction des centres d'intérêt) ou encore des jeux de stimulation cognitive (Serious Game) et physique dont l'usage améliorerait les capacités des seniors.

Ces Serious Games comme Neuroracer vu précédemment, luttent contre le déclin cognitif en stimulant la mémoire, l'attention, la concentration, le langage, la logique et le raisonnement. HappyNeuron, est une des applications proposant un entraînement cérébral personnalisé. Une plate-forme web MeMo a été développée par l'association Innovation Alzheimer proposant des Serious Games autour de la mémoire.

Be my eyes est une application **pour les déficients visuels**, gratuite sur l'Apple store. Elle met en relation, à distance, des personnes qui « prêtent leurs yeux » à des malvoyants ou aveugles en leur apportant de l'aide comme lire pour eux ou les diriger dans un lieu via une connexion vidéo.

Celles en faveur de **la communication** se développent. Par exemple, Chatable, Talk Tablet ou Comooty sont des applications de communication par pictogrammes en arborescence pour iPad ou android. Pour ceux dont la capacité d'écrire est préservée, des applications de synthèse vocale transforment les messages tapés par l'utilisateur.

DEUXIÈME PARTIE : Étude auprès des médecins généralistes de Moselle

I. Objectifs

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer les connaissances des médecins généralistes mosellans sur les aides à l'autonomie en faveur de leurs patients.

Les objectifs secondaires sont :

- de déterminer si des facteurs peuvent influencer cet état de connaissances
- de montrer leurs éventuelles difficultés pour accéder à ces connaissances et à leur utilisation pratique
- de trouver des solutions afin d'améliorer la situation

II. Matériel et méthode

A) Type d'étude

Nous avons décidé de réaliser une étude descriptive transversale quantitative auprès des médecins généralistes de Moselle par la méthode du questionnaire, pendant 4 mois d'octobre 2014 à janvier 2015.

B) Population cible

Notre enquête s'intéresse aux médecins généralistes installés en Moselle ayant un exercice libéral.

Nous en avons sélectionné un échantillon parmi ceux inscrits au tableau de l'Ordre des Médecins de Moselle au 1er janvier 2014 en appliquant un tirage au sort d'un médecin sur deux.

Ont été exclus de ce tirage au sort :

- les médecins avec un mode d'exercice particulier prédominant sur la fonction de médecin généraliste. Ainsi, les homéopathes, acupuncteurs, médecins du sport dont le titre de médecin généraliste n'était pas associé dans les pages jaunes ont été éliminés
- les médecins salariés du régime des Mines ou de cure thermique

C) Rédaction du questionnaire [96-98]

La conception du questionnaire s'est faite après avoir réalisé une recherche bibliographique pour connaître au préalable le contexte. Les questions ont pu ensuite être conçues pour dresser un portrait général des connaissances sur les aides à l'autonomie de la part des médecins généralistes (annexe 8).

En outre, nous nous sommes inspirées de difficultés régulièrement mises en évidence dans d'autres études pour mesurer leur prévalence au sein de notre population. Ainsi, l'avis des médecins était demandé concernant la formation, l'information, la communication, la coordination, la complexité du sujet et leur envie.

La majorité des questions était de type fermé à choix unique. Une seule réponse par question était donc attendue et cela était précisé aux participants de notre enquête. Nous avons utilisé quelques questions ouvertes pour vérifier si les connaissances dites acquises l'étaient réellement dans les faits ou pour apporter des précisions et développer leurs réponses.

Les questions ont été réparties au sein de 9 parties :

- La première explorait les caractéristiques générales de la population étudiée pour établir un profil socio-démographique des médecins répondants. Le sexe, l'âge, l'année d'installation, le mode et le lieu d'exercice ainsi qu'une estimation de la part de leur patientèle en perte d'autonomie devaient être renseignés
- la deuxième s'intéressait à la formation initiale et continue des médecins dans le champ de la perte d'autonomie ainsi qu'à l'obtention de diplômes sur le thème de notre enquête. Leur avis sur la formation en général des généralistes à propos de l'aspect médico-social des prises en charge a été recueilli
- la troisième était relative à leur conception de la profession du médecin généraliste et à ses missions notamment les démarches pour les aides à l'autonomie ainsi que ses relations concernant les autres professionnels
- la quatrième évaluait leur niveau de connaissances, d'information et leurs difficultés concernant aussi bien les activités des organismes compétents que les dispositifs d'aide même nouveaux
- les autres parties étaient consacrées plus spécifiquement à certaines aides, comme l'APA pour les personnes âgées, la PCH et l'AAH pour les personnes en situation de handicap ou celles pour les enfants handicapés. A chaque fois, plusieurs questions étaient consacrées aux conditions d'attribution de ces aides en s'assurant par ailleurs de la mise à jour des connaissances. Leur avis sur les outils d'évaluation, comme la grille AGGIR, a été évalué
- enfin, la dernière partie testait des solutions déjà évoquées dans la littérature pour améliorer le niveau de connaissances des médecins et favoriser leur utilisation quotidienne à savoir: le développement de la formation, des informations, de la communication et de la coordination

Une partie commentaires libres était disponible à la fin du questionnaire pour recueillir les opinions de nos participants. Ils pouvaient alors mettre en lumière des éléments que nous aurions négligé ou oublié dans la rédaction de notre questionnaire et exprimer aussi leur ressenti au sujet de notre étude.

Le questionnaire a été ensuite testé auprès de quelques médecins afin de s'assurer de sa facilité de compréhension ainsi que de sa faisabilité dans un délai d'environ 15 minutes pour ne pas décourager les participants.

Quelques modifications destinées à l'alléger et à simplifier certains énoncés ont dû être réalisées avant sa diffusion.

Les questionnaires étaient anonymes.

D) Recueil des données

L'envoi des questionnaires s'est fait par voie postale à l'adresse des cabinets des médecins généralistes recensés dans le tableau de l'Ordre des Médecins de Moselle. En effet, l'accès aux adresses e-mail des confrères nous a été refusé en raison du respect de la loi informatique et libertés de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

L'enquête a débuté en octobre 2014 avec l'envoi de toutes les enveloppes déposées à la Poste. Elle s'est achevée le 31 janvier 2015. Aucun délai pour répondre n'était imposé aux participants.

Les médecins disposaient d'un courrier les informant du sujet de notre étude (annexe 9), du questionnaire ainsi que d'une enveloppe réponse pré-affranchie leur permettant de nous répondre. Les réponses étaient ainsi envoyées directement à mon domicile dont l'adresse figurait sur les enveloppes réponses. Les médecins avaient aussi nos coordonnées téléphoniques et e-mail pour nous joindre en cas de questions complémentaires ou besoin de précisions.

Un numéro a été attribué à chaque questionnaire reçu pour faciliter le traitement des données. Il n'y a pas eu de relances étant donné que les questionnaires étaient anonymisés.

E) Méthode statistique

Le logiciel épidémiologique Epi Info Version 7, grâce à la constitution d'un masque de saisie, a été utilisé pour recueillir les données issues de notre étude. Il a également permis, outre la détermination de la taille de notre échantillon et des marges d'erreur, l'exploitation statistique et donc l'analyse des données.

Une première analyse dite descriptive a été effectuée. Pour les variables quantitatives, nous nous sommes intéressées à l'effectif, la moyenne, l'écart type, la médiane, les premier et troisième quartiles. Pour les variables qualitatives catégorielles, nous avons réalisé l'analyse statistique selon l'effectif et le pourcentage.

Une comparaison entre groupes a aussi été effectuée. Nous avons divisé notre échantillon de participants en deux groupes distincts, selon le niveau de connaissances qu'ils s'attribuaient. La valeur seuil retenue pour les répartir était la note de 5. Le premier groupe désigné comme le groupe n°1, est celui des médecins pour lesquels les notes sont inférieures à cette valeur seuil de 5. Le deuxième groupe ou groupe n°2, regroupe les médecins qui se donnent des notes égales ou supérieures à 5.

Des analyses bivariées ont ensuite été faites. Les tests statistiques du Chi2 ou le test exact de Fischer selon les effectifs, ont été utilisés pour les variables qualitatives. Le but était de déterminer si des différences statistiquement significatives étaient mises en évidence entre les deux groupes.

Nous avons choisi de préciser les résultats de probabilité (p) avec 3 décimales, arrondies à l'entier supérieur. Le seuil de signification retenu était de 0,05. La présentation graphique des résultats a été conçue avec le logiciel Microsoft Office Excel.

III. Résultats

A) La population étudiée [99] [100]

D'après l'atlas de la démographie médicale en France, il y avait 1 288 médecins généralistes en Moselle au 1er janvier 2014 dont 61,8% avec un exercice libéral, soit 796 praticiens.

Un échantillon de 500 médecins généralistes a été sélectionné dans le tableau de l'Ordre des Médecins de Moselle et a reçu notre questionnaire.

Nous avons recueilli 221 questionnaires sur les 500 envoyés, soit un taux de réponse de 44,2%.

5 questionnaires ont été exclus de l'analyse car non complétés par les médecins :

- 2 car les médecins refusaient de participer à tout type d'étude
- 1 car le médecin avait pris sa retraite
- 1 car le médecin était en longue maladie
- 1 car le médecin avait changé d'orientation professionnelle

Au final, 216 questionnaires ont pu être analysés soit 43,2% des questionnaires envoyés.

B) Caractéristiques générales

1. Le sexe

La population étudiée est composée de 216 médecins généralistes. 156 hommes et 60 femmes y ont participé (figure 19).

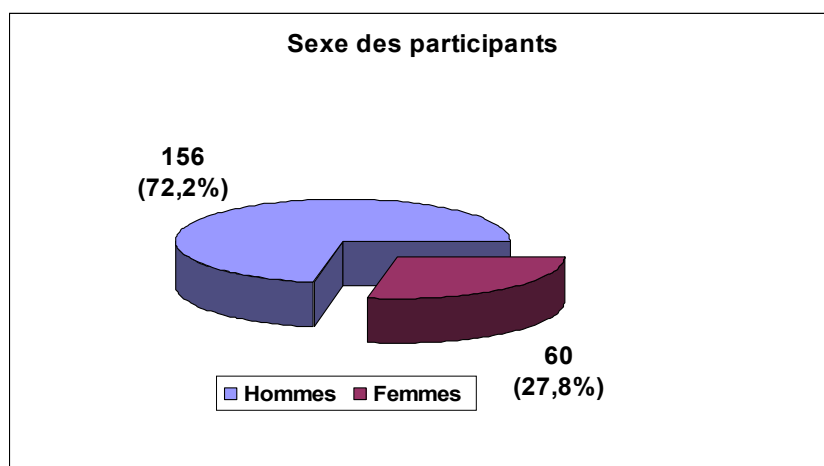


Figure 19. Répartition des participants selon le sexe

2. L'âge

L'âge moyen des participants est de 54,3 ans avec un écart type de 8,7. L'âge minimum est 29 ans, l'âge maximum est 76 ans et la médiane est de 56 ans. 145 médecins (soit 67,1%) sont âgés de 51 à 65 ans.

La part des 60 ans et plus est de 33,3% (Tableau VIII).

Le premier quartile est 49 ans, tandis que le troisième est de 61 ans.

Tableau VIII. Répartition des participants selon les classes d'âge et le sexe

Classes d'âge en années	Nombre de participants selon le sexe		
	Hommes	Femmes	Total
25-30	0	2	2
31-35	3	1	4
36-40	8	3	11
41-45	9	11	20
46-50	16	8	24
51-55	29	17	46
56-60	36	15	51
61-65	45	3	48
66-70	9	0	9
71-75	0	0	0
76-80	1	0	1
Total classes d'âge	156	60	216

3. L' année d'installation

L'année moyenne d'installation est 1991 avec un écart-type de 10,3. L'année d'installation la plus ancienne remonte à 1975 tandis que la plus récente date de 2014 avec une médiane à 1989.

Le premier quartile est 1982, le troisième quartile est 1999.

De 1975 à 1990, il y a eu 120 nouvelles installations (55,6%). 52 installations (24,1%) ont été réalisées entre 1991-2000, 36 (16,7%) entre 2001-2010 et 8 (3,7%) après 2010 (figure 20).

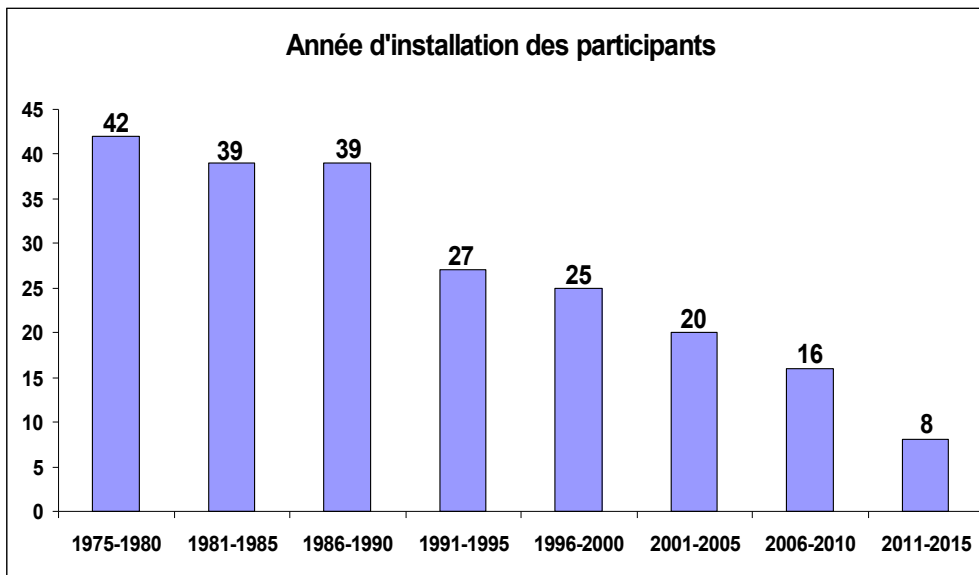


Figure 20. Répartition de l'année d'installation des participants

4. L'âge à l'installation

L'âge moyen à l'installation pour notre population est 31,2 ans avec un écart-type de 4,2. Le minimum est l'âge de 23 ans tandis que le maximum est de 51 ans. La médiane est de 30 ans. Le premier quartile est 29 ans et le troisième quartile est de 33 ans.

5. Les conditions d'exercice des participants

5.1. Le mode d'exercice

Sur l'ensemble des répondants, 112 (51,8%) exercent en association, 6 (2,8%) en maison de santé et 98 (45,4%) ont un exercice isolé (figure 21).

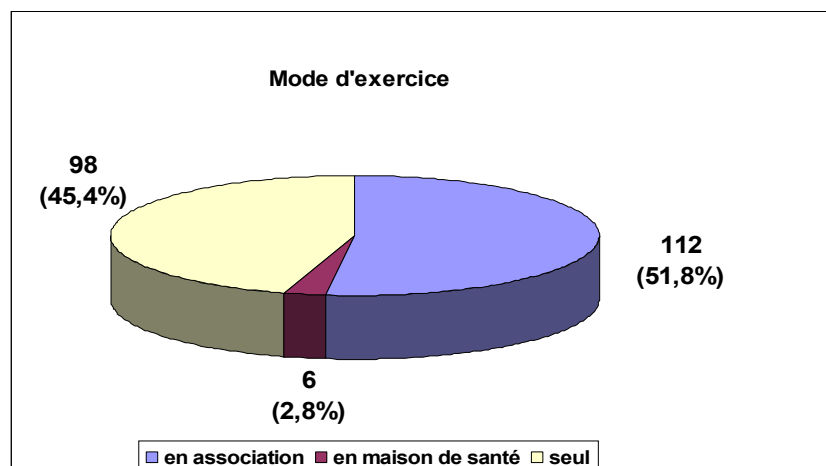


Figure 21. Répartition du mode d'exercice des participants

5.2. Le lieu d'exercice

Sur l'ensemble des participants, la majorité exerce en zone urbaine (106 médecins, soit 49,1%). Il y a 77 médecins (35,6%) installés en zone semi-rurale et 33 (15,3%) en zone rurale (figure 22).

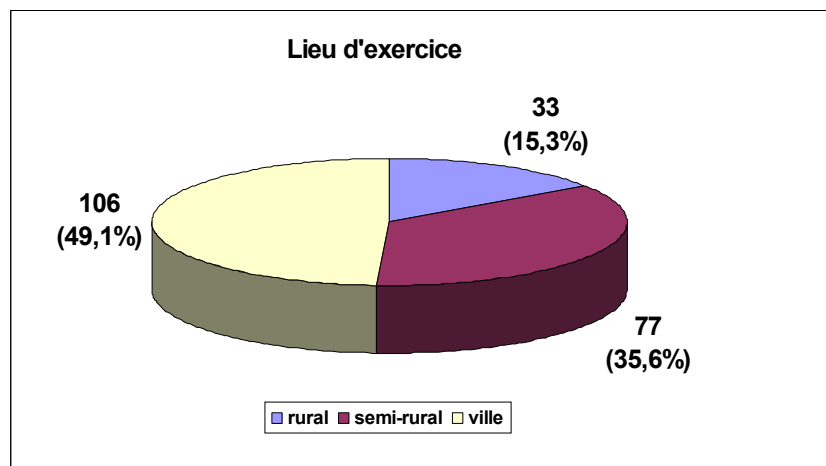


Figure 22. Répartition du lieu d'exercice des participants

6. La part de la patientèle en perte d'autonomie

La plupart des médecins de l'étude (190, soit 88% des cas) ont un nombre de patients en perte d'autonomie inférieur à 25% sur l'ensemble de leur patientèle. 21 en comptent entre 25 et 50% parmi leurs patients. Seuls, 5 (2,3%) en ont plus de 50%.

C) Connaissances relatives aux aides à l'autonomie

1. Les connaissances générales

Les médecins de notre étude se sont auto-évalués par une note comprise entre 0 et 10 concernant leur niveau de connaissances en la matière (figure 23). La note 0 correspond à un niveau de connaissances considéré comme le plus faible, tandis que celle de 10 est le reflet d'un niveau parfait.

Ainsi, la note moyenne obtenue est de 4,3 avec un écart-type de 2,1. La valeur minimale attribuée est 0 (par 15 médecins, soit 6,9%), la valeur maximale est 10 (2 médecins). La médiane est de 4. Le premier quartile est de 3,5 tandis que le troisième quartile est de 6.

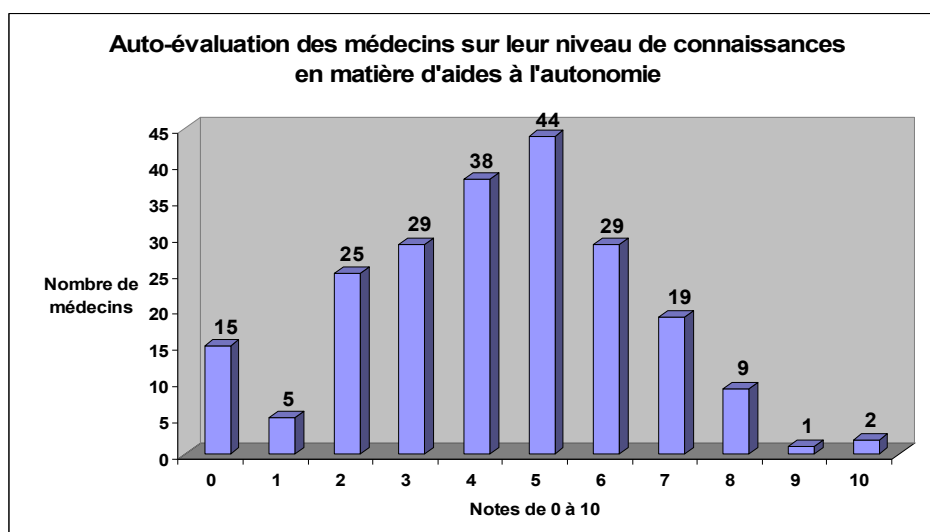


Figure 23. Auto-évaluation du niveau de connaissances sur les aides à l'autonomie par les participants

187 médecins (86,6%) n'ont pas eu connaissance du schéma départemental à l'autonomie déterminé par le CG de Moselle pour 2010-2015. 16 médecins le connaissent (7,4%) et 13 médecins (6%) ne se prononcent pas.

Le rôle de l'ANAH est connu par 35 médecins (16,2%) alors que 181 (83,8%) n'en ont aucune idée. Parmi ceux qui se disent connaisseurs, 26 (12%) savent effectivement quelle est la fonction de cette structure (figure 24).

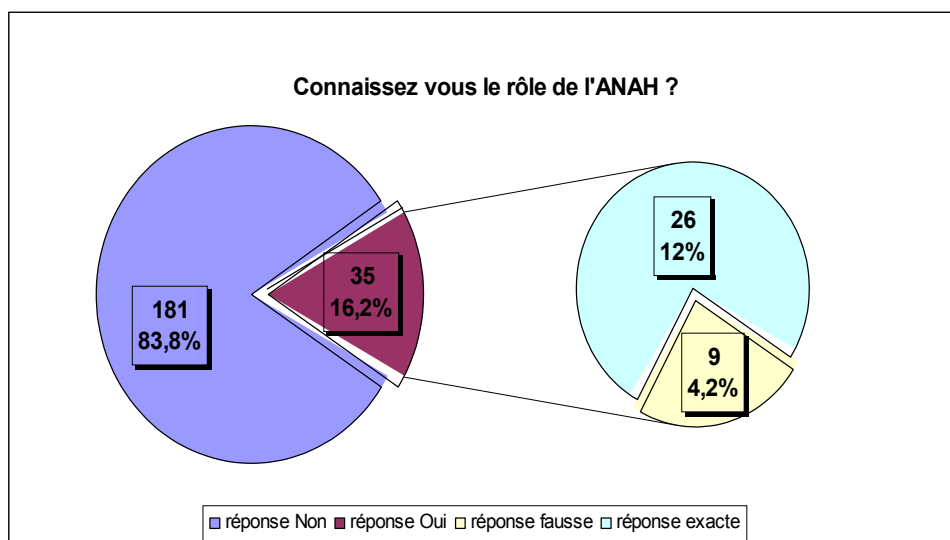


Figure 24. Part des médecins ayant connaissance du rôle de l'ANAH

Des nouveaux dispositifs d'aides à l'autonomie ont été mis en place.

49 médecins (22,7%) connaissent le service de transport accompagné Sortir Plus contre 167 médecins (77,3%) qui l'ignorent. 79 médecins (36,6%) ont déjà entendu parler des vacances répit pour le binôme aidant-aidé, à la différence des 137 autres médecins (63,4%) (figure 25).

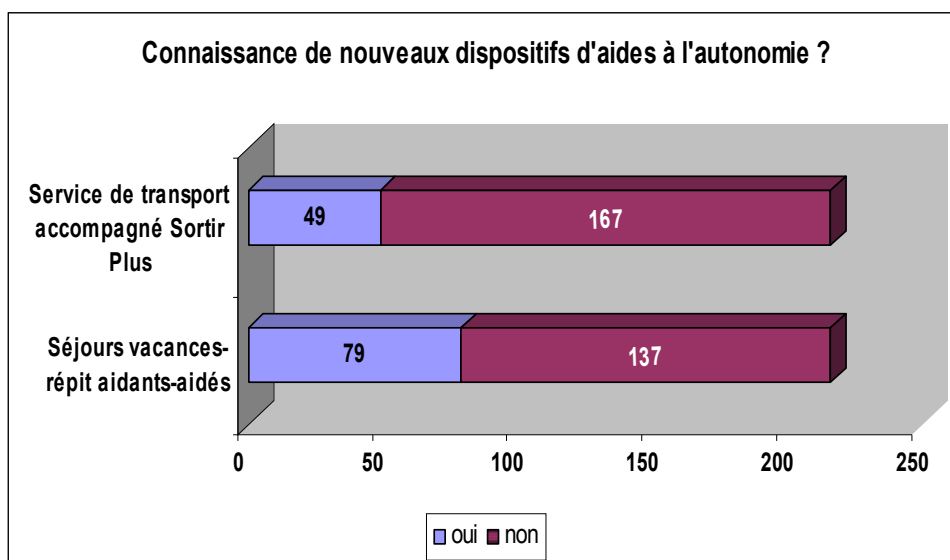


Figure 25. Part des médecins ayant connaissance de certains nouveaux dispositifs d'aides à l'autonomie

2. Les connaissances en faveur des personnes âgées

L'action sociale des caisses de retraites est connue par 37 médecins, soit 17,1%. Parmi les connaisseurs, 23 médecins fournissent réellement une bonne réponse (10,6%). Les non connaisseurs sont 82,9%, soit 179 médecins (figure 26).

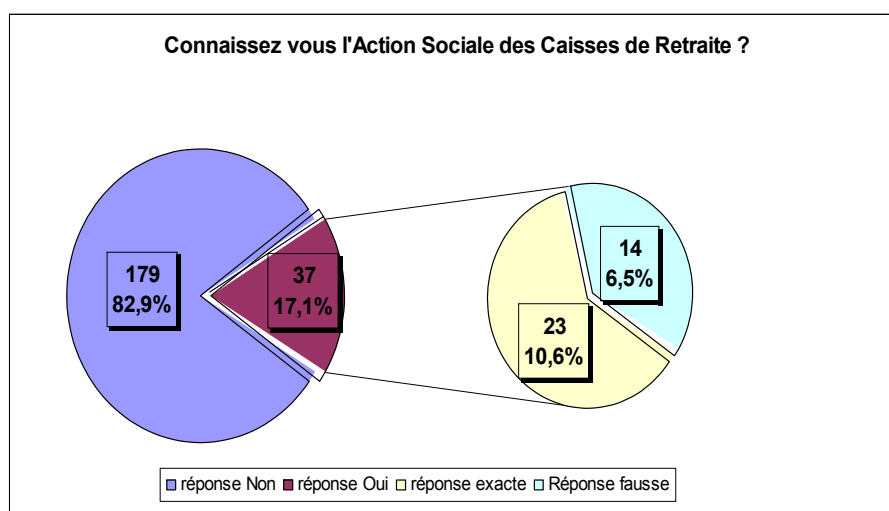


Figure 26. Part des médecins ayant connaissance de l'action sociale des caisses de retraite

18 médecins (8,3%) pensent que l'action sociale des caisses de retraite s'adresse à toutes les personnes âgées, quand le même nombre pense le contraire. 180 médecins (83,4%) n'en savent rien (figure 27).

27 médecins (12,5%) déclarent qu'elle s'intéresse aux personnes les moins autonomes, 11 médecins (5,1%) pensent que cela est faux tandis que 178 (82,4%) n'en savent rien (figure 27).

Enfin, 22 médecins (10,2%) disent qu'elle est attribuée aux plus démunis contre 13 médecins (6%). Nous avons 181 médecins qui ne savent pas (83,8%) (figure 27).

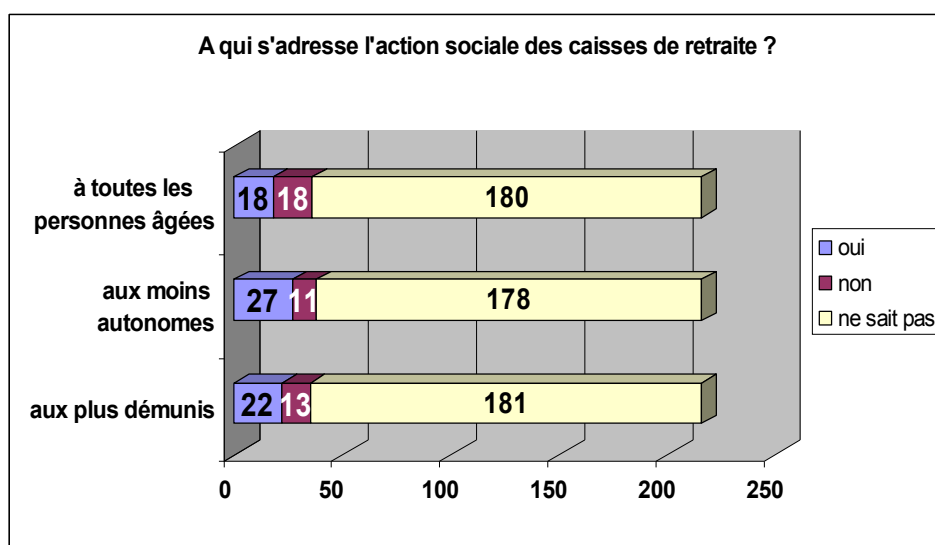


Figure 27. Connaissance des critères d'attribution de l'action sociale des caisses de retraite par les répondants

A propos de l'APA, plusieurs questions sur les conditions d'attribution ont été posées aux médecins de notre étude (figure 28). 176 médecins (81,5%) ne savent pas s'il existe un délai légal d'attribution de l'APA par le CG. 19 (8,8%) ne le pensent pas. Au contraire, 21 médecins (9,7%) sont certains que ce délai est fixé. 7 médecins ont donné la bonne réponse, 5 ne peuvent préciser exactement ce délai tandis que 9 médecins fournissent une mauvaise réponse.

60 médecins (27,8%) déclarent que l'APA est récupérable sur succession tandis que 34 médecins (15,7%) disent le contraire. Quant aux 122 autres (56,5%), ils ne se prononcent pas.

Elle est cumulable avec d'autres aides pour 78 médecins (36,1%), elle ne l'est pas pour 10 (4,6%). 128 médecins ne peuvent donner une réponse (59,3%).

Pour 134 répondants (62%), l'APA est délivrée selon une condition de ressources. Ce n'est pas le cas pour 24 médecins (11,1%). Les autres (26,9%) ne savent pas.

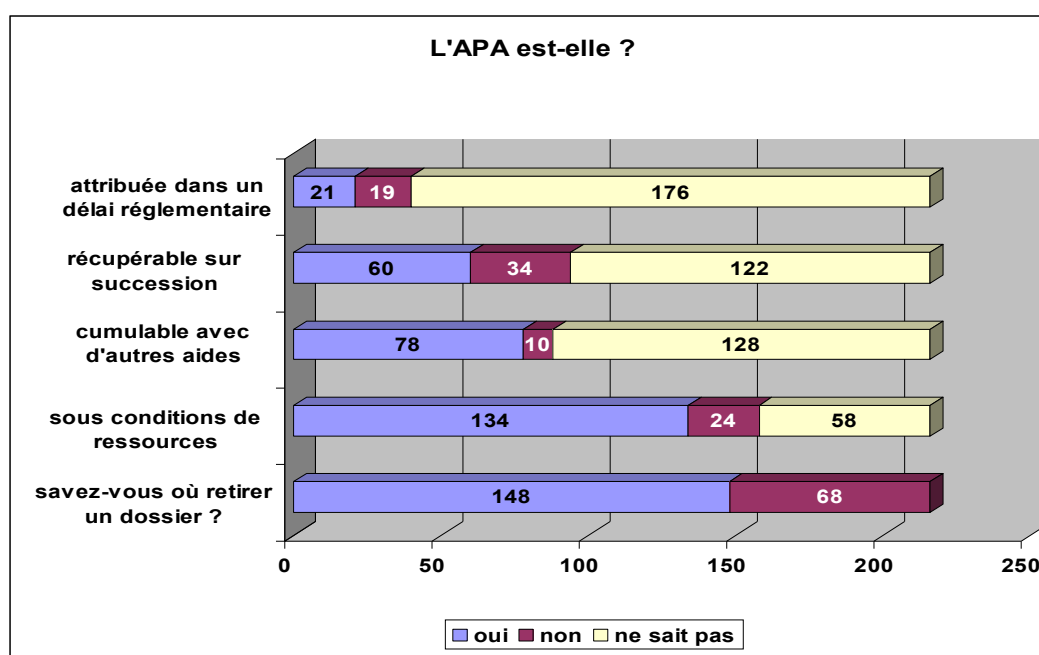


Figure 28. Connaissance des critères d'attribution de l'APA par les répondants

148 médecins (68,5%) connaissent les différents lieux pour retirer un dossier d'APA.

Les médecins connaisseurs ont plus souvent cités le CG (57), les mairies (47), les ESMS (26) et les CLIC (19) pour aller chercher un dossier (figure 29).

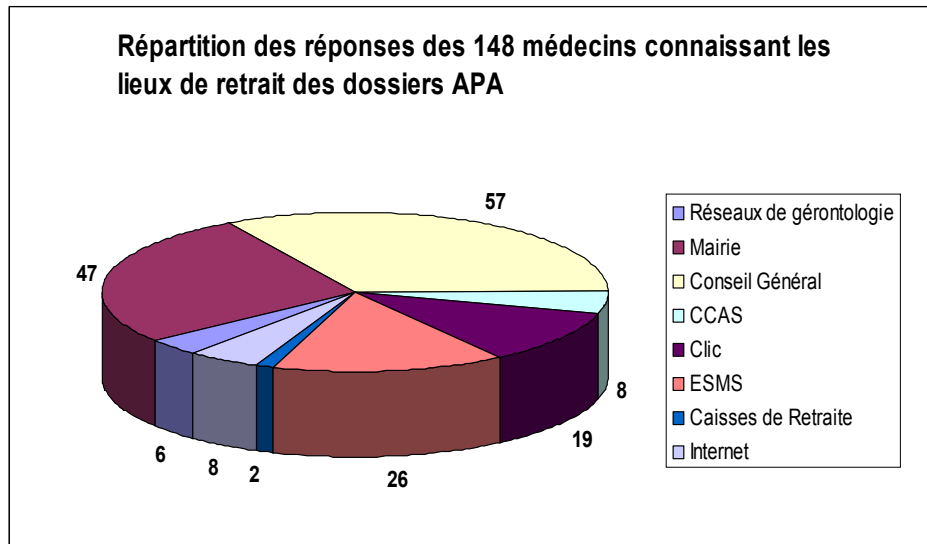


Figure 29. Connaissance des lieux de retrait des dossiers APA par les répondants

L'APA permet de financer des aides techniques d'après 64,8% (140), des aides humaines pour 79,6% (172), des articles d'hygiène pour 51,4% (111), la télé-assistance pour 50,5% (109), le portage des repas pour 49,5% (107) et les frais d'hébergement pour 39,8% (86) (figure 30).

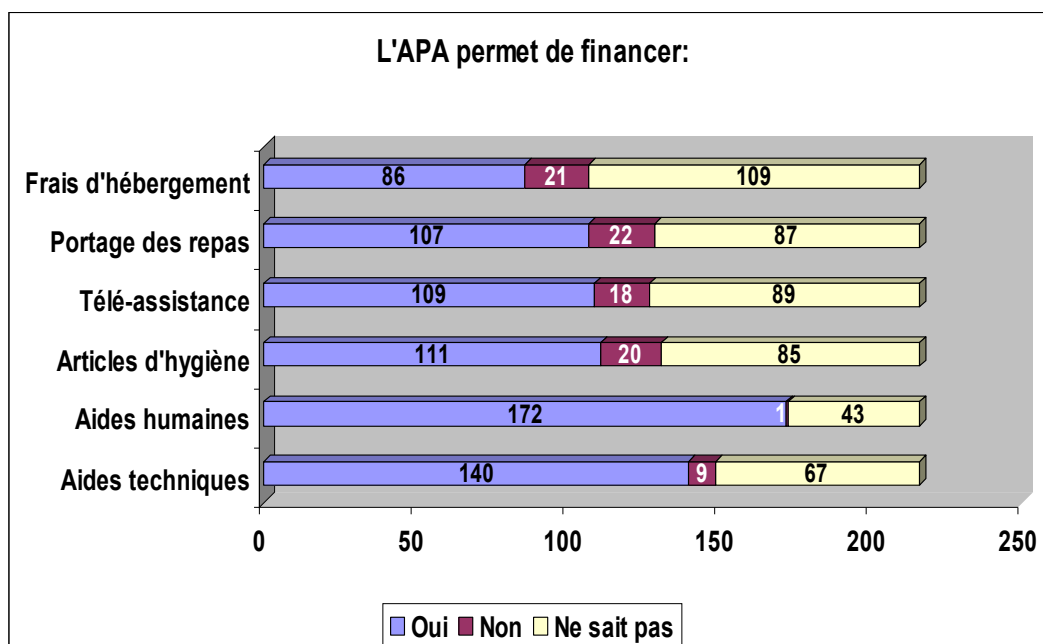


Figure 30. Connaissance des aides financées par le plan d'aide APA d'après les répondants

3. Les connaissances en faveur des personnes en situation de handicap

Plusieurs questions testaient les critères d'attribution de la PCH (figure 31).

Concernant son cumul avec d'autres prestations, 165 médecins (76,4%) ne sont pas au courant, 45 (20,8%) émettent une réponse positive et 6 (2,8%) ne le pensent pas.

Pour la condition de ressources, 148 médecins (68,5%) ne se prononcent pas. 49 (22,7%) sont affirmatifs et 19 médecins (8,8%) pensent l'inverse.

21 répondants (9,7%) déclarent que la PCH peut être obtenue après 60 ans, au contraire de 29 autres médecins (13,4%). Les 166 restant (76,9%) ne sont pas au courant.

Elle est uniquement réservée aux adultes pour 21 médecins (9,7%), elle ne l'est pas pour 51 (23,6%) quand les 144 autres (66,7%) ne savent pas.

Le remplacement de l'ACTP par la PCH est connu de 24 participants (11,1%). 14 médecins (6,5%) ne sont pas d'accord et 178 (82,4%) n'ont pas d'avis.

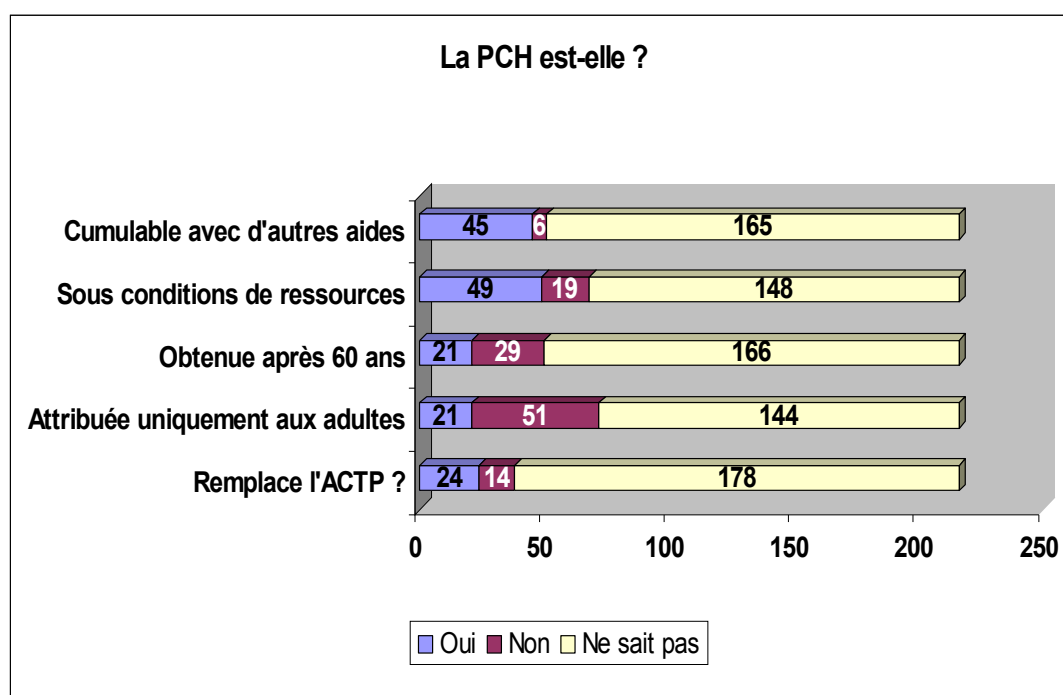


Figure 31. Connaissance des critères d'attribution de la PCH par les répondants

La PCH compense les besoins en aides humaines pour 78 médecins (36,1%), en aides techniques pour 76 médecins (35,2%), en aides animalières pour 36 médecins (16,7%), en aménagement du logement pour 66 médecins (30,6%), en aménagement du véhicule pour 67 médecins (31%), en aides spécifiques et exceptionnelles pour 39 médecins (18%) (figure 32).

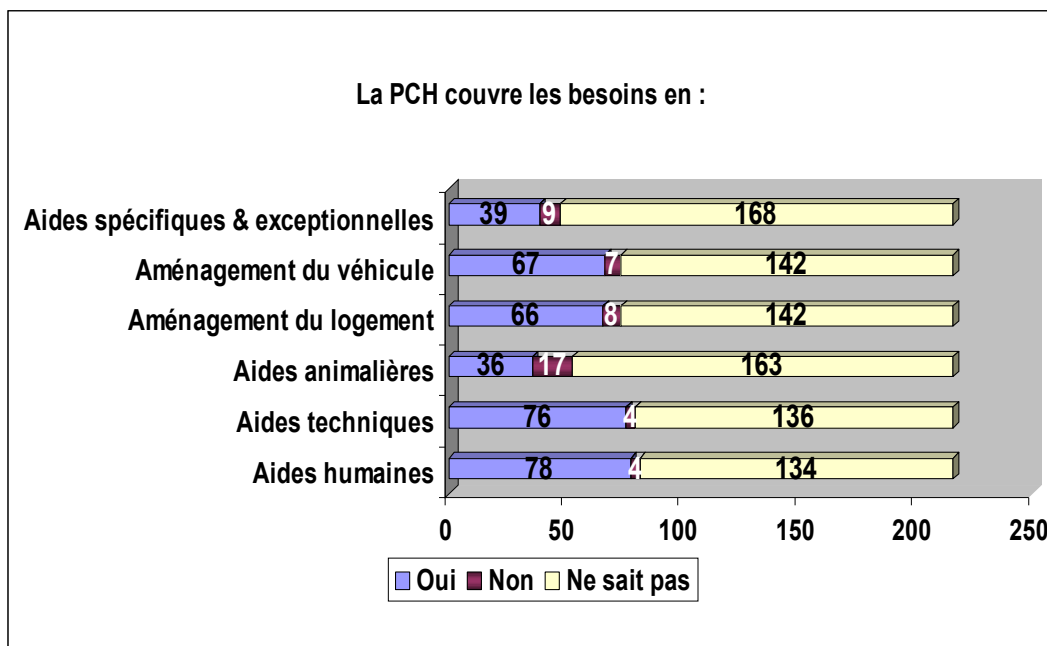


Figure 32. Connaissance des aides compensées par la PCH d'après les répondants

Concernant l'AAH, 162 médecins (75%) ont déclaré qu'elle est attribuée selon le taux d'incapacité, 3 pensent que non (1,4%) et 51 médecins (23,6%) ne savent pas.

104 médecins sur 162 disent que l'AAH est attribuée si le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 80%, 93 médecins sur 162 déclarent que l'AAH n'est pas attribuée si le taux d'incapacité est inférieur à 50%. Entre les 2 taux, les réponses sont plus partagées avec 54 médecins sur 162 qui ne savent pas, 59 qui ne pensent pas, 30 qui évoquent l'avis de la CDAPH et 19 qui sont d'accord (figure 33).

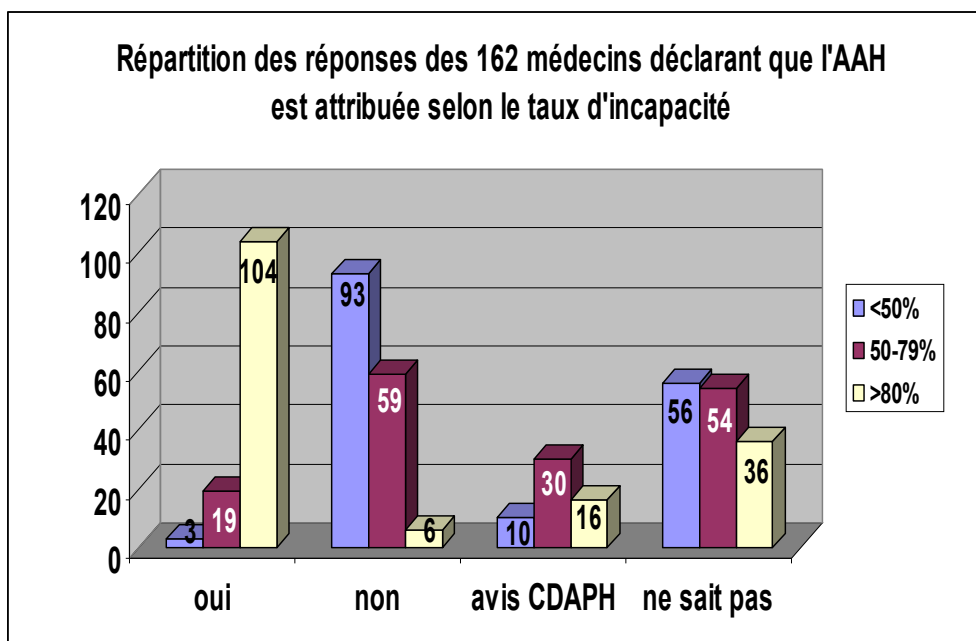


Figure 33. Selon quel(s) taux d'incapacité, l'AAH est-elle accordée d'après les répondants ?

Des majorations financières à l'AAH existent pour 176 participants (81,5%). Elles n'existent pas pour 10 médecins (4,6%) tandis que les 30 autres (13,9%) ne savent pas.

Les aides versées pour un enfant en situation de handicap telles que l'AEEH et l'AJPP sont connues respectivement par 85 médecins sur 216 (39,3%) et 52 médecins sur 216 (24,1%).

D) Avis sur les obstacles à l'accès aux connaissances et à leur utilisation mis en évidence [96-98]

1. Le niveau de formation

Concernant le thème des aides à l'autonomie, 21 médecins (9,7%) ont bénéficié de cours pendant leur formation initiale et un peu plus d'un tiers (83 médecins, soit 38,4%) pendant la formation médicale continue (FMC) (figure 34).

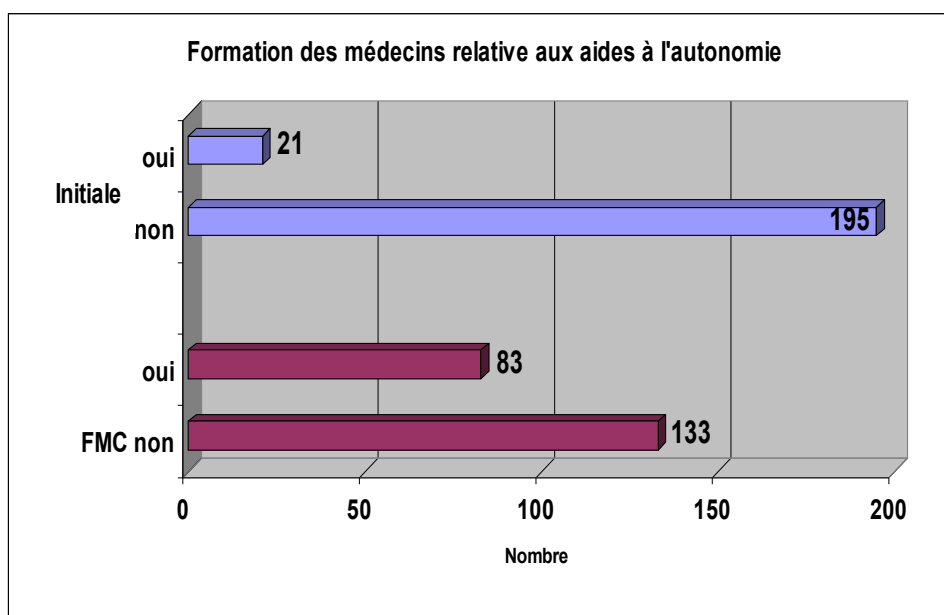


Figure 34. Répartition des médecins ayant participé à des cours relatifs aux aides à l'autonomie pendant leur formation initiale et continue

159 médecins âgés de 46 à 65 ans (73,6%) n'ont pas bénéficié de cours relatifs aux aides à l'autonomie pendant leur formation initiale et 105 (48,6%) durant la formation continue. Parmi les 46-65 ans, ils sont 10 (4,6%) à en avoir eu pendant la formation initiale et 64 (11,1%) pendant leur formation continue (tableau IX-X).

Les plus jeunes, âgés jusqu'à 45 ans, sont 12,5% (27 médecins) à ne pas avoir eu de cours pendant la formation initiale et 11,6% (25 médecins) pendant la formation continue. 10 ont participé à des cours pendant la formation initiale (4,6%) et 12 pendant la formation continue (5,6%) (tableau IX-X).

Tableau IX. Répartition des médecins ayant participé ou non à des cours relatifs aux aides à l'autonomie pendant leur formation initiale selon les classes d'âge

Classes d'âge en années	Nombre de médecins ayant eu ou pas des cours sur les aides à l'autonomie pendant la formation initiale		
	Oui	Non	Total
25-30	2	0	2
31-35	1	3	4
36-40	0	11	11
41-45	7	13	20
46-50	2	22	24
51-55	4	42	46
56-60	4	47	51
61-65	0	48	48
66-70	1	8	9
71-75	0	0	0
76-80	0	1	1
Total classes d'âge	21	195	216

Tableau X. Répartition des médecins ayant participé ou non à des cours relatifs aux aides à l'autonomie pendant leur formation continue selon les classes d'âge

Classes d'âge en années	Nombre de médecins ayant eu ou pas des cours sur les aides à l'autonomie pendant la formation continue		
	Oui	Non	Total
25-30	0	2	2
31-35	0	4	4
36-40	4	7	11
41-45	8	12	20
46-50	4	20	24
51-55	14	32	46
56-60	22	29	51
61-65	24	24	48
66-70	6	3	9
71-75	0	0	0
76-80	1	0	1
Total classes d'âge	83	133	216

19 médecins sur 216 (8,8%) ont un diplôme en lien avec la gériatrie et 2 sur 216 (0,9%) avec le handicap. Ce sont la capacité de gériatrie (9 participants) et les diplômes universitaires de gériatrie (3 participants) ou de médecin coordonnateur (3 participants) qui sont le plus cités.

75% (162 participants) trouvent que les médecins généralistes ne sont pas assez formés à la prise en charge médico-sociale des patients en perte d'autonomie. 7,4% (16 médecins) pensent le contraire, quant aux 17,6% restants (38 médecins) ils ne se prononcent pas.

Les médecins aimeraient bénéficier de formation médicale continue sur les aides à l'autonomie pour 142 soit 65,7% d'entre eux. 44 (20,4%) y sont opposés tandis que 30 (13,9%) ne savent pas.

2. Le niveau d'information

4,2% (9 participants) se déclarent être correctement informés sur les aides en faveur des personnes en situation de handicap. Ils se disent moyennement informés pour 22,7% (49 médecins), pas assez informés pour 57,8% (125 médecins) voire pas du tout chez 15,3% (33).

Pour les personnes âgées, le niveau d'information sur les aides est considéré comme correct pour 18 médecins (8,3%), moyen pour 73 médecins (33,8%) et insuffisant pour 103 médecins (47,7%). 22 répondants estiment ne pas être du tout informé (10,2%).

199 médecins (92,1%) souhaiteraient disposer d'un guide d'information. 11 médecins (5,1%) n'en veulent pas, 6 (2,8%) ne savent pas.

Parmi ceux qui pensent que le guide d'information est nécessaire (199 médecins), il pourrait alors prendre la forme d'un site internet pour 158 d'entre eux (79,4%), d'un livret de poche pour 141 (70,8%), de fiches pratiques pour 105 (52,8%) et d'une application smartphone pour 76 (38,2%) (figure 35).

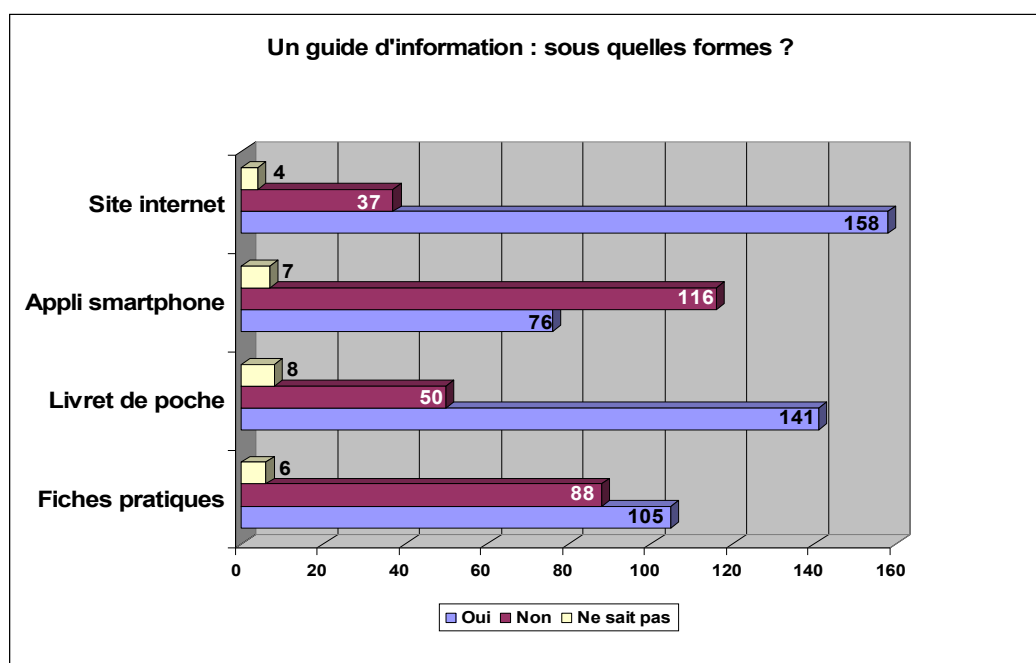


Figure 35. Formats du guide d'information imaginés par les participants

3. La complexité

Les démarches pour accéder aux aides à l'autonomie apparaissent trop complexes aux yeux de 73,6% (159 médecins), trop éparpillées pour 80,1% (173 médecins) et trop longues pour 73,1% d'entre eux (158 médecins) (figure 36).

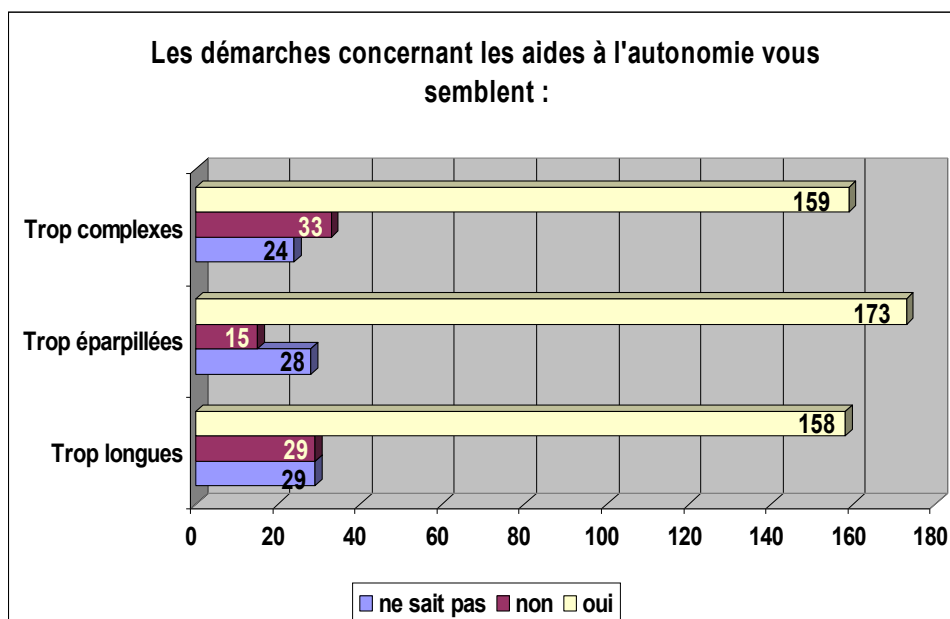


Figure 36. Avis des médecins de l'étude sur les reproches souvent faits concernant les démarches pour les aides à l'autonomie

Les médecins rencontrent alors des difficultés pour répondre aux questions du patient et/ou de sa famille dans 96,3% des cas (208 médecins). Pour ces médecins, les questions qui leur semblent complexes sont celles à propos des catégories d'aides pour 72,1% d'entre eux (150), sur les montants des aides pour 79,8% (166), sur les conditions d'attribution des aides pour 75% (156) ou les structures compétentes pour 50,5% (105) (figure 37).

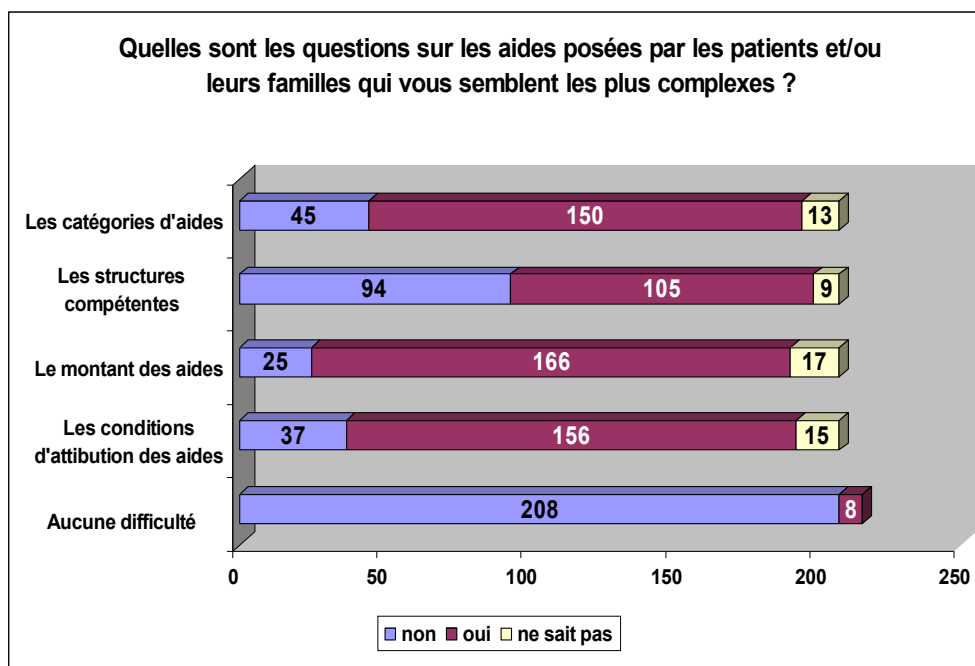


Figure 37. Nature des questions en consultation qui posent des difficultés aux médecins concernant les aides à l'autonomie

La grille AGGIR est un outil de mesure de l'autonomie permettant ensuite d'accéder aux différentes aides. 182 médecins de notre étude ont répondu qu'ils en remplissaient en moyenne 5,2 par trimestre avec un écart-type de 5. Le plus petit nombre rempli est 0 grille (10 médecins) mais peut atteindre 30 grilles (2 médecins). La médiane est de 4 par trimestre. Le premier quartile est 2 grilles, le troisième quartile est 7,5.

La grille AGGIR, est jugée comme très facile d'utilisation par 17 médecins (7,9%), facile par 103 médecins (47,7%), moyennement facile par 83 médecins (38,4%) et difficile pour 13 médecins (6%).

Nos participants jugent l'outil AGGIR en tant qu'outil de mesure de l'autonomie comme : mauvais (9 soit 4,2%), comme moyen (112 soit 51,8%), comme bon (86 soit 39,8%) et comme très bon (9 soit 4,2%).

4. Le niveau de communication et de coordination

Un partenariat se développe ponctuellement avec les assistantes sociales chez 62,5%, soit 135 médecins. Cela est fait de manière automatique (toujours) ou régulière (souvent) dans 24,1% des cas. Aucun partenariat n'est construit pour 29 médecins, soit 13,4%.

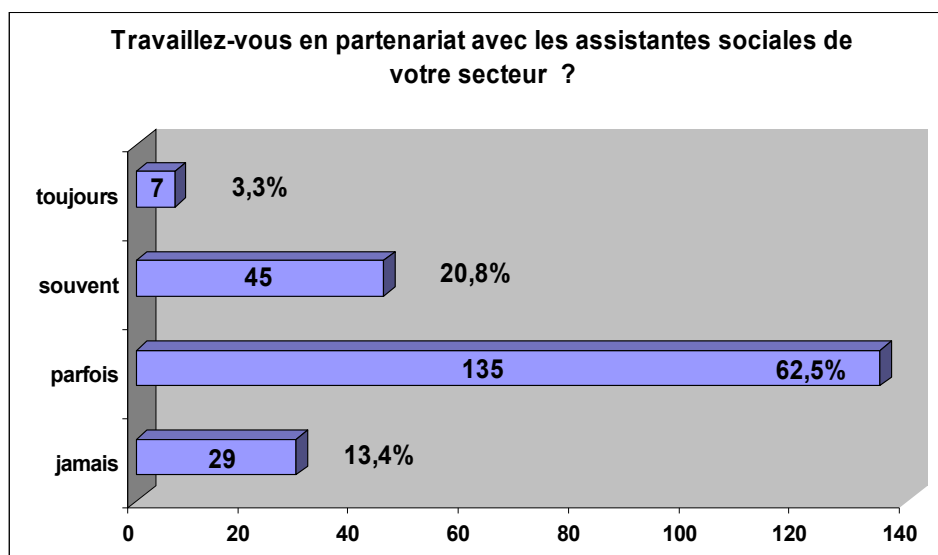


Figure 38. Part des médecins ayant construit un partenariat avec les assistantes sociales du secteur

182 médecins (84,2%) voudraient avoir un interlocuteur référent dans les organismes sociaux afin de communiquer directement en cas de besoin. 12 médecins (5,6%) n'en veulent pas et 22 médecins (10,2%) ne savent pas.

146 médecins (67,6%) pensent que la création d'une structure unique de coordination de type Maison Départementale pour l'autonomie est nécessaire en Moselle. 18 médecins (8,3%) pensent au contraire que ce n'est pas nécessaire. 52 médecins (24,1%) n'ont pas d'avis tranché.

5. Le niveau de motivation

80,6% des médecins interrogés (174) déclarent que le médecin généraliste a un rôle social à remplir auprès de ses patients. 14,3% (31) ne sont pas de cet avis tandis que 5,1% (11) ne se prononcent pas.

144 répondants (66,7%) estiment que s'occuper des aides à l'autonomie pour leurs patients, est une des missions du médecin généraliste. 57 médecins (26,4%) pensent que non. Les 15 médecins restants (6,9%) n'ont pas fait de choix. Pour ceux qui pensent que ce n'est pas une mission des médecins généralistes, cette fonction devrait plutôt appartenir aux services sociaux et notamment aux assistantes sociales (évoquées 53 fois). La famille (6 fois) ou les autres guichets déjà existants comme les CLIC (5 fois) sont plus rarement cités.

Concernant leur pratique, les médecins généralistes n'informent jamais leurs patients sur les aides à l'autonomie existantes dans 3,7% des cas. Ils le font parfois pour 42,6% des interrogés, souvent pour 41,2% et toujours chez 12,5% (figure 39).

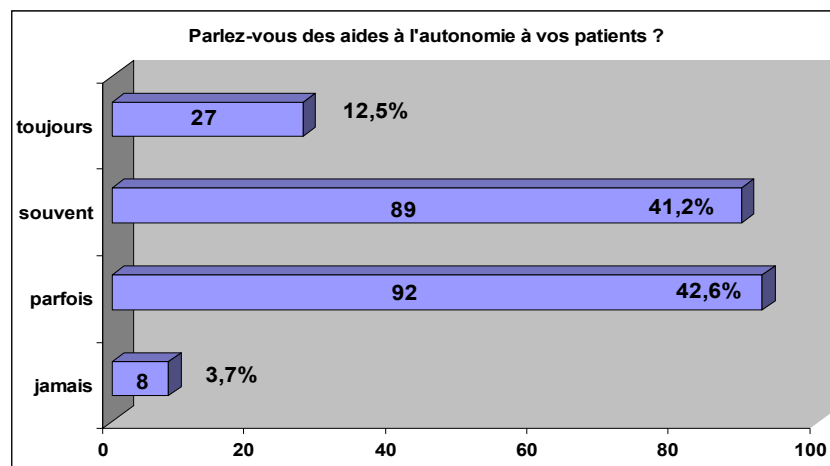


Figure 39. Pratique des médecins de l'étude concernant l'information des patients sur les aides à l'autonomie

3,7% des médecins ne sont jamais à l'initiative des demandes d'aides. Ils le sont parfois pour 49,6% des répondants, souvent dans 42,1% des cas et toujours dans 4,6% (figure 40).

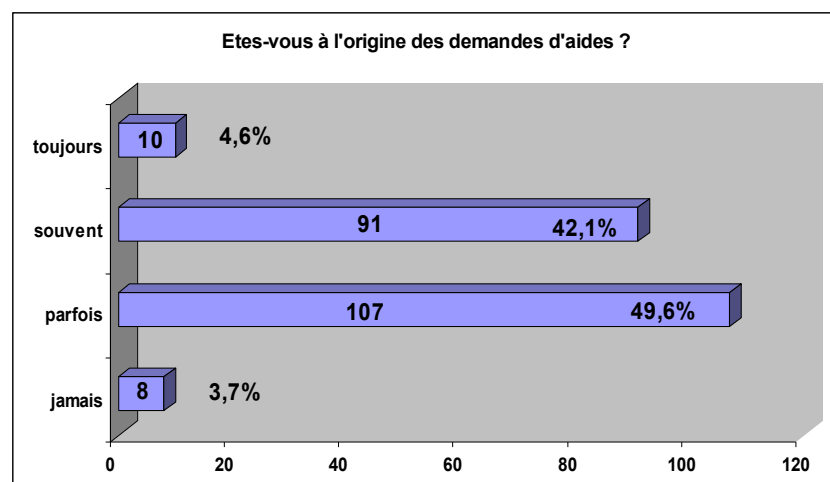


Figure 40. Pratique des médecins de l'étude concernant l'origine des demandes d'aides à l'autonomie

E) L'analyse statistique : Des facteurs influençant le niveau de connaissances

Deux groupes ont donc été composés selon la note de connaissance donnée par les participants.

La valeur seuil de 5 a été retenue pour les séparer.

Le groupe n°1 comporte 112 médecins généralistes, soit 51,9% de l'échantillon. Il correspond aux médecins s'accordant une note de 0 à 4.

Le groupe n°2, quant à lui, rassemble 104 médecins généralistes, soit 48,1% de l'échantillon et rassemble les médecins avec une note de 5 à 10. En termes d'effectifs, ils sont déjà comparables.

Les caractéristiques socio-démographiques au sein des deux groupes sont résumées dans le tableau XI.

Les médecins du groupe 1 ont moins de patients en perte d'autonomie que ceux du groupe 2 ($p=0,005$).

Les médecins ayant bénéficié de cours sur les aides à l'autonomie pendant la formation initiale sont plus nombreux dans le groupe 2 ($p=0,007$).

Les médecins ayant bénéficié de cours sur les aides à l'autonomie pendant la formation médicale continue sont plus nombreux dans le groupe 2 ($p=0,000$).

Les diplômés en gériatrie sont plus nombreux dans le groupe 2 ($p=0,007$).

Les médecins du groupe 1 sont plus nombreux à trouver que les généralistes sont mal formés sur la prise en charge médico-sociale des patients ($p=0,003$).

Tableau XI. Caractéristiques socio-démographiques des médecins participants selon leur niveau de connaissances

	Niveau de connaissances sur les aides à l'autonomie d'après l'auto-évaluation des participants				
	Groupe 1 : médecins avec une note de 0 à 4		Groupe 2 : médecins avec une note de 5 à 10		p
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	
	112	51,9	104	48,1	
Sexe					
Hommes	80	71,43	76	73,08	0,787
Femmes	32	28,57	28	26,92	
Âge					
25-40	6	5,36	11	10,58	0,146
41-61	85	75,89	67	64,42	
62-80	21	18,75	26	25	
Année d'installation					
1975-1982	24	21,43	31	29,81	0,189
1983-1990	35	31,25	30	28,85	
1991-1998	20	17,86	17	16,34	
1999-2006	26	23,21	14	13,46	
2007-2014	7	6,25	12	11,54	
Mode d'exercice					
En groupe	57	50,89	61	58,65	0,252
Solitaire	55	49,11	43	41,35	
Lieux d'exercice					
Ville	58	51,79	48	46,15	0,627
Semi-Rural	39	34,82	38	36,54	
Rural	15	13,39	18	17,31	
Patientèle en perte d'autonomie					
Inférieure à 25%	106	94,64	84	80,77	0,005
Entre 25-50%	5	4,46	16	15,38	
Supérieure à 50%	1	0,9	4	3,85	
Formation initiale					
Oui	5	4,46	16	15,38	0,007
Non	107	95,54	88	84,62	
Formation continue					
Oui	30	26,79	53	50,96	0,000
Non	82	73,21	51	49,04	

Diplômes de gériatrie					
Oui	4	3,57	15	14,42	0,007
Non	108	96,43	89	85,58	
Diplômes sur le handicap					
Oui	0	0	2	1,92	0,231
Non	112	100	102	98,08	
Formation suffisante sur la prise en charge médico-sociale ?					
Oui	3	2,68	13	12,5	0,003
Non	94	83,93	68	65,38	
Ne sait pas	15	13,39	23	22,12	

La conception du rôle de médecin généraliste, les pratiques et les difficultés rencontrées par nos participants sont variables entre les 2 groupes comme nous le précise le tableau XII.

Les médecins du groupe 2 sont plus nombreux à penser que le médecin a un rôle social à remplir auprès de ses patients ($p=0,024$). Ils le sont aussi concernant le fait de s'occuper des aides à l'autonomie ($p=0,003$).

Les médecins du groupe 1 parlent moins souvent des aides à l'autonomie à leurs patients et ils sont moins souvent à l'origine des demandes d'aides que ceux du groupe 2 ($p < 0,000$).

Les médecins du groupe 2 travaillent plus souvent en partenariat avec les assistantes sociales de leur secteur ($p=0,014$).

Les médecins du groupe 1 sont plus nombreux à estimer que les démarches pour les aides sont trop complexes ($p=0,001$).

Ceux du groupe 1 ont plus de difficultés à répondre aux questions des patients et de leurs familles ($p=0,003$).

Les questions sur les conditions d'attribution des aides ($p=0,004$), sur les structures ($p=0,000$) et les différentes catégories d'aide ($p=0,001$) leur posent le plus de problèmes.

Les médecins du groupe 2 ont un meilleur niveau d'information sur les personnes âgées dépendantes et celles en situation de handicap ($p < 0,000$).

Tableau XII. Conception du rôle du médecin généraliste, pratiques et difficultés des participants en fonction du niveau de connaissances

	Niveau de connaissances sur les aides à l'autonomie d'après l'auto-évaluation des participants				
	Groupe 1 : médecins avec une note de 0 à 4		Groupe 2 : médecins avec une note de 5 à 10		p
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	
	112	51,9	104	48,1	
Rôle social					
Oui	83	74,11	91	87,5	0,024
Non	23	20,53	8	7,69	
Ne sait pas	6	5,36	5	4,81	
Aides à l'autonomie : mission du médecin généraliste					
Oui	63	56,25	81	77,88	0,003
Non	40	35,71	17	16,35	
Ne sait pas	9	8,04	6	5,77	
Parler des aides à l'autonomie					
Jamais	6	5,36	2	1,92	< 0,000
Parfois	65	58,04	27	25,97	
Souvent	36	32,14	53	50,96	
Toujours	5	4,46	22	21,15	
Origine des demandes					
Jamais	8	7,14	0	0	< 0,000
Parfois	70	62,5	37	35,58	
Souvent	31	27,68	60	57,69	
Toujours	3	2,68	7	6,73	
Partenariat avec les assistantes sociales					
Jamais	20	17,86	9	8,65	0,014
Parfois	74	66,07	61	58,65	
Souvent	15	13,39	30	28,85	
Toujours	3	2,68	4	3,85	
Démarches trop complexes					
Oui	91	81,25	68	65,38	0,001
Non	7	6,25	26	25	
Ne sait pas	14	12,5	10	9,62	
Démarches trop longues					
Oui	81	72,32	77	74,04	0,177
Non	12	10,71	17	16,34	
Ne sait pas	19	16,97	10	9,62	

Démarches trop éparpillées					
Oui	95	84,82	78	75	0,091
Non	4	3,57	11	10,58	
Ne sait pas	13	11,61	15	14,42	
Mis en difficultés par les questions des patients et familles ?					
Oui	112	100	96	92,31	0,003
Non	0	0	8	7,69	
Niveau d'information concernant les personnes en situation de handicap					
Absent	24	21,43	9	8,65	< 0,000
Insuffisant	79	70,54	46	44,23	
Moyen	8	7,14	41	39,43	
Correct	1	0,89	8	7,69	
Niveau d'information concernant les personnes âgées dépendantes					
Absent	18	16,07	4	3,85	< 0,000
Insuffisant	76	67,86	27	25,96	
Moyen	18	16,07	55	52,88	
Correct	0	0	18	17,31	

Le critère de jugement principal est basé sur une auto-évaluation des participants. Nous avons voulu voir si les médecins interrogés estimaient le plus justement possible leur niveau de connaissances. Pour cela, nous avons comparé les réponses données par les deux groupes sur les questions relatives aux dispositifs d'aides à l'autonomie, elles sont regroupées dans le tableau XIII.

Le groupe 2 a une meilleure connaissance du schéma départemental à l'autonomie pris par le CG que le groupe 1 ($p=0,002$).

C'est la même chose concernant le rôle de l'ANAH ($p=0,008$), de l'action sociale des caisses de retraite ($p < 0,000$) ainsi que de ses conditions d'attribution. En effet, les médecins du groupe 2 sont plus nombreux à savoir qu'elle ne s'adresse pas à toutes les personnes âgées ($p=0,001$) mais bien aux plus démunis ($p=0,006$).

Par contre, les deux groupes se sont tous trompés sur le principe d'autonomie. Elle s'adresse aux plus autonomes et non l'inverse. Cependant, parmi ceux qui donné la bonne réponse, il s'agit plus des médecins du groupe 2 ($p=0,019$).

Les médecins du groupe 2 connaissent mieux les nouveaux dispositifs comme les séjours vacances-répît ($p=0,005$) et les services de transport accompagné tel que Sortir Plus ($p=0,000$) par rapport à ceux du groupe 1.

Concernant l'APA, les médecins du groupe 2 savent plus ce qu'elle permet de financer : les aides techniques ($p=0,001$), les aides humaines ($p=0,001$), les articles d'hygiène ($p=0,000$), la télé-assistance ($p < 0,000$), le portage des repas ($p=0,005$) et les frais d'hébergement ($p=0,000$).

Ils sont aussi plus au courant des lieux où retirer un dossier d'APA ($p < 0,000$).

Pour ses conditions d'attribution, cela semble plus compliqué. La majorité des participants se sont trompés sur la condition de ressources qui en réalité n'en n'est pas une. Néanmoins, parmi ceux qui ont donné une bonne réponse, ils sont plus à se situer dans le groupe 2 ($p=0,004$). Il s'agit de la même chose avec la question de récupération sur succession, où la plupart des médecins font erreur en pensant qu'elle l'est. Parmi ceux qui savent que c'est faux, les médecins du groupe 2 sont plus importants ($p=0,005$). Idem avec le délai réglementaire d'attribution ($p=0,005$) qui en majorité n'est pas connu mais l'est plus parmi ceux du groupe 2.

Le cumul de l'APA avec d'autres aides est mieux appréhendé par les médecins du groupe 2 ($p=0,000$).

A propos de la PCH, les médecins du groupe 2 sont plus au courant du fait que cette aide couvre les besoins en aides humaines, en aides techniques, en aides animalières, en aménagement du logement et véhicule ($p < 0,000$) mais aussi pour des aides spécifiques ou exceptionnelles ($p=0,004$). Ils savent plus qu'elle remplace l'allocation compensatrice pour tierce personne ($p=0,001$), qu'elle est cumulable avec d'autres aides ($p < 0,000$).

Les conditions d'attribution de la PCH engendrent des difficultés dans les 2 groupes. Ils pensent de manière erronée qu'elle dépend des conditions de ressources pour en bénéficier. Parmi les quelques bonnes réponses fournies, elles proviennent surtout du groupe 2 ($p=0,023$). C'est la même chose sur la question de l'obtention après 60 ans ($p < 0,000$).

Par contre, ils sont plus nombreux que ceux du groupe 1 à savoir qu'elle n'est pas réservée aux adultes ($p=0,000$).

Il n'y a pas de différence statistiquement significative ($p=0,151$) sur la question relative à l'attribution de l'AAH selon le taux d'incapacité. Mais les médecins du groupe 2 sont plus nombreux à savoir par contre qu'il existe des majorations financières à l'AAH.

Pour les aides destinées aux enfants, l'AEEH et l'AJPP sont mieux connues par les médecins du groupe 2 ($p=0,011$).

Finalement, en comparant les réponses du groupe 1 par rapport à celles du groupe 2, ceux du premier groupe sont beaucoup plus nombreux à ne pas connaître ou ne pas savoir par rapport à leurs confrères.

Tableau XIII. Réponses aux questions sur les dispositifs d'aides à l'autonomie selon l'auto-évaluation des participants

	Niveau de connaissances sur les aides à l'autonomie d'après l'auto-évaluation des participants				
	Groupe 1 : médecins avec une note de 0 à 4		Groupe 2 : médecins avec une note de 5 à 10		p
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	
	112	51,9	104	48,1	
Schéma départemental à l'autonomie du CG					
Oui	2	1,79	14	13,46	0,002
Non	104	92,86	83	79,81	
Ne sait pas	6	5,36	7	6,73	
Rôle de l'ANAH					
Oui	11	9,82	24	23,08	0,008
Non	101	90,18	80	76,92	
Rôle de l'action sociale des caisses de retraite (ASCR)					
Oui	6	5,36	31	29,81	< 0,000
Non	106	94,64	73	70,19	
ASCR : pour toutes les personnes âgées ?					
Oui	6	5,36	12	11,54	0,001
Non	3	2,68	15	14,42	
Ne sait pas	103	91,96	77	74,04	
ASCR : pour les moins autonomes ?					
Oui	8	7,14	19	18,27	0,019
Non	4	3,57	7	6,73	
Ne sait pas	100	89,29	78	75	
ASCR: pour les plus démunis ?					
Oui	5	4,46	17	16,35	0,006
Non	5	4,46	8	7,69	
Ne sait pas	102	91,08	79	75,96	
Connaissance des séjours vacances répit aidant-aidé					
Oui	31	27,68	48	46,15	0,005
Non	81	72,32	56	53,85	
Connaissance des services de transport accompagnés comme Sortir Plus					
Oui	14	12,5	35	33,65	0,000
Non	98	87,5	69	66,35	
APA : sous condition de ressources ?					
Oui	64	57,15	70	67,31	0,004
Non	8	7,14	16	15,38	

Ne sait pas	40	35,71	18	17,31	
APA : où retirer un dossier ?					
Oui	60	53,57	88	84,62	< 0,000
Non	52	46,43	16	15,38	
APA : récupérable sur succession ?					
Oui	24	21,43	36	34,62	0,005
Non	13	11,61	21	20,19	
Ne sait pas	75	66,96	47	45,19	
APA : délai réglementaire ?					
Oui	8	7,14	13	12,5	0,005
Non	4	3,57	15	14,42	
Ne sait pas	100	89,29	76	73,08	
APA : cumulable avec d'autres aides ?					
Oui	27	24,11	51	48,54	< 0,000
Non	3	2,68	7	6,8	
Ne sait pas	82	73,21	46	44,66	
PCH : remplace l'allocation compensatrice pour tierce personne ?					
Oui	6	5,36	18	17,31	0,001
Non	3	2,68	11	10,58	
Ne sait pas	103	91,96	75	72,11	
PCH : cumulable avec d'autres aides ?					
Oui	12	10,81	33	31,73	0,000
Non	2	1,8	4	3,85	
Ne sait pas	98	87,39	67	64,42	
PCH : sous conditions de ressources ?					
Oui	18	16,51	31	29,81	0,023
Non	8	7,34	11	10,58	
Ne sait pas	86	76,15	62	59,61	
PCH : obtenue après 60 ans ?					
Oui	3	2,68	18	17,31	< 0,000
Non	9	8,03	20	19,23	
Ne sait pas	100	89,29	66	63,46	
PCH: destinée uniquement aux adultes ?					
Oui	7	6,25	13	12,5	0,000
Non	16	14,29	35	33,65	
Ne sait pas	89	79,46	56	53,85	
AAH : attribuée selon le taux d'incapacité ?					
Oui	79	70,54	83	79,81	0,151

Non	1	0,89	2	1,92	
Ne sait pas	32	28,57	19	18,27	
AAH : majorations financières ?					
Oui	9	8,03	21	20,19	0,019
Non	4	3,57	6	5,77	
Ne sait pas	99	88,4	77	74,04	
AEEH					
Oui	35	31,25	50	48,08	0,011
Non	77	68,75	54	51,92	
AJPP					
Oui	19	16,96	33	31,73	0,011
Non	93	83,04	71	68,27	

IV. DISCUSSION

A) Concernant la partie matériel et méthode

1. Choix du sujet [96-98]

Il y a relativement peu de données qui existent sur le médecin généraliste et sa gestion des patients en perte d'autonomie.

La plupart des études font la distinction entre les personnes âgées ou en situation de handicap comme le faisait jusqu'alors les politiques publiques. Elles ne se sont jamais consacrées aux deux catégories de façon simultanée. Pourtant, cette séparation arbitraire est de plus en plus décriée depuis 2004.

L'implication et les perceptions des praticiens sur la prise en charge des patients en perte d'autonomie restent peu décrites en France. Seules, une enquête en 2002 réalisée en Provence Alpes Côte d'Azur sur la prise en charge des patients handicapés, ou plus récemment sur les personnes pagées dépendantes par la DREES ont pu mettre en évidence les difficultés ressenties par les médecins généralistes.

Les difficultés apparaissent accrues quand les questions se portent sur le versant social des prises en charge. Néanmoins, peu d'études ont évalué quelles étaient précisément les connaissances des médecins sur un thème médico-social comme les aides à l'autonomie.

Par ailleurs, nous avons aussi été amenées à nous interroger en étant confrontées personnellement à des situations délicates auprès de patients en perte d'autonomie dont les questions sur les aides à l'autonomie ont pu nous déstabiliser. Nous voulions savoir si nos confrères étaient dans la même position que nous ou possédaient de meilleures connaissances.

Ainsi, notre étude devait révéler outre leur niveau global de connaissances sur le sujet, les questions pour lesquelles ils ne disposaient pas de connaissances ou alors de réponses erronées. Nous saurions alors sur quels axes travailler pour les améliorer.

2. Choix de la population

Nous avons choisi de nous intéresser aux médecins généralistes avec un exercice libéral pour plusieurs raisons [99-101] :

- Les médecins généralistes ont une patientèle assez diversifiée et élargie à tous les âges de la vie. La part des plus de 60 ans représente une part importante de leurs activités (près de 18% en 2007) d'après l'Observatoire de la médecine générale
- Ce sont les médecins de premiers recours dans le parcours coordonné de soins
- Ils ont une meilleure connaissance de leurs patients et de leur situation personnelle grâce à une relation singulière de confiance établie dans le temps
- La spécificité de la médecine générale est d'intégrer une dimension sociale d'accompagnement et de prise en charge dans sa pratique
- Le mode d'exercice libéral reste prédominant en France. Les médecins avec un exercice salarié ou mixte sont en contact plus facilement avec d'autres professionnels (spécialistes, paramédicaux et secteur médico-social) qui peuvent les aider face à ce genre de questions. Par ailleurs, le contact avec les patients en perte d'autonomie peut être plus ou moins fréquent selon leur fonction et l'endroit où ils sont salariés. Pour cette raison, les médecins salariés tels que ceux du régime des Mines ou de cure thermale ont été exclus.

Par contre, nous avons inclus à notre échantillon les médecins généralistes avec un mode d'exercice particulier comme l'homéopathie, l'acupuncture, ou la médecine du sport à la seule condition que leur fonction de médecin généraliste apparaisse dans les pages jaunes. En effet, ils sont aussi concernés par les patients en perte d'autonomie même si les réponses qu'ils leur apportent peuvent être différentes notamment en terme de thérapeutique.

Le département de la Moselle a été privilégié car il dispose du plus grand nombre de médecins généralistes de Lorraine et pour des raisons logistiques, vu que nous sommes aussi installées dans ce département. Le nombre de médecins généralistes avec un exercice libéral en Moselle au 1er janvier 2014 était de 796 praticiens.

Pour des raisons pratiques, nous avons dû choisir un échantillon de cette population. La taille de l'échantillon a été déterminée pour permettre de généraliser les résultats obtenus à l'ensemble des médecins généralistes de Moselle. L'échantillon retenu a été de 500 médecins généralistes.

3. Choix de la méthode

La méthode du questionnaire est un outil d'observation qui permet de quantifier et comparer une information. Elle permet aussi d'explorer un plus grand nombre de réponses. Nous avons donc choisi cette méthode pour notre enquête étant donné que nous voulions dresser un panorama sur les connaissances des médecins généralistes dans notre département.

L'usage principal de questions fermées à choix unique a simplifié l'exploitation des données et leur analyse.

Les réponses en libre écriture sont elles de nature qualitative. Il aurait fallu une méthode statistique plus adaptée telle que les entretiens semi-dirigés ou les focus group pour mieux les analyser.

Plusieurs médecins ont trouvé également que le questionnaire avait aussi l'avantage d'être formateur si l'on considère les commentaires libres.

Mais comme tout questionnaire, il a ses limites. La généralisation des résultats de ce type d'enquête à l'ensemble de la population source n'est possible qu'en acceptant une certaine marge d'erreur et un certain degré de fiabilité.

4. Critères de jugement

Notre intérêt s'est porté sur les personnes en perte d'autonomie et leurs aides dans leur ensemble, la problématique est donc assez vaste. Par conséquent, le questionnaire est un peu long comme 2 médecins ont pu nous le souligner dans les commentaires libres.

Pourtant, il peut manquer de précisions car nous n'avons pas pu évaluer de façon exhaustive toutes les aides à l'autonomie existantes.

Certains médecins ont trouvé qu'il était trop technique et des questions ont pu être mal comprises par notre échantillon. C'est le cas avec les questions relatives à la condition de ressources des aides pour leur obtention qui a pu être une source d'erreur. En effet, concernant l'APA et la PCH, les ressources permettent uniquement de moduler la part du plan d'aide restant à charge du particulier ou le taux de prise en charge de la PCH. Ce sont des prestations universelles et les ressources ne sont donc pas une condition d'accès. Cependant, il y a pu avoir une confusion des participants.

Les questions ouvertes et les commentaires libres ont été utilisés pour préciser certains résultats mais seule une partie des participants a tenu à s'exprimer. L'analyse qualitative est donc parcellaire.

Pour conduire l'analyse statistique, nous avons utilisé comme critère de jugement principal l'auto-évaluation des médecins participants. En effet, ils se sont attribués une note de 0 à 10 pour refléter leur niveau général de connaissances sur le sujet des aides à l'autonomie. Un chiffre sans décimale a été donné par chacun des participants. Le seuil de 5 a été choisi pour construire les deux groupes de façon équilibrée car la médiane était de 4. De plus, la note de 5 sur 10 est retenue dans la vie courante quand on parle d'un niveau dit « moyen ». Ainsi, les groupes obtenus sont comparables en terme d'effectifs.

Le groupe n°1 comprend l'ensemble des médecins estimant leur niveau « insuffisant » avec une note entre 0 et 4. Le groupe n°2, lui, regroupe les médecins jugeant leur niveau « correct » avec une note de 5 à 10.

La subjectivité du critère de jugement peut lui être reprochée car certains répondants ont pu être tentés de surestimer, ou au contraire minimiser leur niveau. C'est pourquoi nous avons comparé cette auto-évaluation aux connaissances réellement acquises par ces professionnels.

5. Biais

Biais de recrutement :

Les médecins ont été sélectionnés parmi ceux inscrits à l'Ordre des médecins de Moselle qui permet un premier recensement. Nous avons exclu ceux pour laquelle la fonction principale de médecin généraliste était non retrouvée dans les pages jaunes mais supplantée par des modes d'exercice particuliers. Néanmoins, il est possible que les informations contenues ne soient pas actualisées ou erronées.

Par ailleurs, on ne peut écarter le fait que les médecins ayant accepté de participer à cette étude soient plus sensibilisés à la problématique et possèdent donc de meilleures connaissances que leurs confrères qui ont pu se sentir découragés et ne pas répondre.

Biais de non-réponse :

Nous ne pouvons pas exclure le fait que les médecins n'ayant pas renvoyé le questionnaire aient un profil de réponses différent des participants.

Biais de déclaration :

Vu la méthode du questionnaire choisie, il existe un biais de déclaration car seules les réponses des médecins répondants ont été prises en compte. Or, nous ne pouvons pas savoir si leurs réponses ont été faites en toute franchise comme nous leur avons demandé au préalable et sans avoir cherché les réponses avant d'y répondre.

B) Concernant les résultats

1. Caractéristiques générales de la population étudiée

Globalement, notre population étudiée est représentative des autres médecins généralistes installés en Moselle et plus globalement en France [99-100]. En effet, quand on la compare aux données démographiques nationales et départementales, elle retrouve :

- **Une féminisation de la profession**

Bien que les hommes restent plus nombreux, la part des femmes n'est pas négligeable et progresse. En France, les hommes représentent 57% des médecins généralistes et les femmes 43%.

En 2014, la répartition des médecins généralistes en Moselle était de 64,75% d'hommes et 35,25% de femmes. Il y a eu une progression de 16,2% du nombre de femmes depuis 2007.

Dans notre population, les hommes sont aussi majoritaires avec un chiffre un peu plus marqué car ils représentent 72,2% des participants et 27,8% de femmes.

- **Un vieillissement de la profession**

D'après l'ordre des médecins, l'âge moyen des médecins généralistes est de 52 ans en France et de 53 ans dans le département. Il est de 54,3 ans dans notre étude. Les moins de 50 ans représentent seulement un quart de notre population. Un tiers de nos participants sont âgés de 60 ans et plus. En France, ils sont 26,7%. A l'échelle du département, ils représentent 29,1%.

- **Des médecins expérimentés**

L'année moyenne d'installation des participants est 1991. Les médecins interrogés ont donc un recul et une expérience sur le terrain car 25% d'entre eux se sont installés avant ou jusqu'à 1982 soit il y a 32 ans avant le début de notre étude. Seulement, un quart des médecins se sont installés après 1999.

- **Un âge d'installation qui recule**

Les études médicales pour obtenir le DES de médecine générale ont une durée de 9 ans. En cas de scolarité normale, le diplôme est obtenu vers l'âge de 27 ans. L'installation ne se fait pas alors immédiatement mais le plus souvent après 30 ans. Dans notre étude, les médecins avaient en moyenne 31,2 ans au moment de l'installation. Un quart de la population avait seulement 29 ans ou moins et 75% s'est installée avant ou à l'âge de 33 ans.

L'âge moyen de l'inscription au tableau de l'Ordre des Médecins, permettant l'exercice de la médecine, est de 35 ans en région Lorraine voire 38 ans pour la Moselle.

- **Un exercice en groupe de plus en plus favorisé**

L'exercice solitaire du médecin généraliste a régressé depuis plusieurs années. La part des médecins généralistes libéraux déclarant travailler en groupe est passée de 43% en 1998 à 54% en 2009 [102]. Cette part est de 51,8% chez nos médecins répondants. L'exercice au sein de maisons de santé pluridisciplinaires, nouveau mode d'exercice, reste encore à son balbutiement (2,8%).

- **Une zone d'exercice plutôt urbaine**

Les installations en Lorraine se font de préférence en zone urbaine comme pour le reste de la France. En 2006, 46% des généralistes exerçaient dans un pôle urbain avec CHU, 30% dans un pôle urbain sans CHU, 11% dans une commune monopolarisée ou multipolarisée, et 13% dans un espace à dominante rurale. Notre région concentre plus de la moitié des effectifs de médecins en pôle urbain avec centre hospitalo-universitaire [103]. Dans notre enquête, ils sont 49,1% installés en zone urbaine.

- **Une patientèle en perte d'autonomie peu nombreuse**

Les médecins généralistes prennent relativement peu en charge des personnes en perte d'autonomie car ils considèrent en avoir moins de 25% dans leur patientèle. Dans une étude, près de 40% déclarent suivre au moins 20 personnes âgées dites dépendantes vivant à domicile. Les hommes auraient d'ailleurs une patientèle relativement plus âgée que leurs consœurs (16% de patients de plus de 70 ans contre 11% pour les femmes) [96].

Par conséquent, nos résultats peuvent être étendus à l'ensemble des médecins généralistes libéraux de Moselle.

Néanmoins, il faut quand même garder à l'esprit qu'une marge d'erreur sur les réponses obtenues existe pour ce type d'étude. Dans notre enquête, elle s'élève à environ 5% par rapport aux réponses des médecins généralistes du département. Cette marge d'erreur atteint 6,6% si on veut généraliser les résultats à l'échelle nationale.

2. Intérêt pour le sujet

Le taux satisfaisant de réponses de 43,2% suppose que les médecins interrogés semblent plutôt intéressés par ce sujet. Les commentaires libres le confirment car plusieurs participants ont demandé à être tenu informés des conclusions de notre étude en s'affranchissant de l'anonymat.

Ils sont conscients du rôle social qu'ils exercent, en plus de toutes les autres missions qui leur sont allouées pour plus de 80% des interrogés. D'après l'article L. 4130-1 du code de la santé publique, « *l'orientation du patient, selon ses besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social* » entre dans son champ de compétences. C'est pourquoi, deux tiers s'en occupent notamment avec les aides à l'autonomie.

3. Connaissances sur les aides à l'autonomie

Le niveau de notre population en matière de connaissances sur les aides à l'autonomie est plutôt considéré comme insuffisant. En effet, la note moyenne attribuée par auto-évaluation est de 4,3/10 avec des notes relativement peu dispersées. Un quart de la population a une note inférieure ou égale à 3,5. Les trois quarts des médecins ont une note située entre 0 et 6.

La méconnaissance touche aussi bien les institutions compétentes et leur missions, que les aides à l'autonomie proprement dites. Ainsi, les compétences du département comme le développement d'un schéma à l'autonomie par le CG sont inconnues pour plus de 80% des interrogés. De même, 83,8% des participants ne sont pas au courant du financement de l'amélioration du logement par l'ANAH via des subventions. Seuls, 35 médecins disent connaître cette agence et sa mission. Néanmoins, parmi eux, 9 médecins nous ont donné une fausse réponse.

Quelle que soit la population concernée (personnes âgées, enfants ou adultes en situation de handicap), les aides à l'autonomie ne sont pas maîtrisées par les médecins généralistes.

Certes, ils ont des connaissances dites générales sur les dispositifs existants et leurs grands principes de fonctionnement. Par exemple, ils sont plus des deux tiers à savoir où trouver les dossiers d'APA. En outre, plus d'un médecin sur deux est informé sur le type d'aides prises en charge par l'APA en dehors des frais d'hébergement (39,8%, les moins bien connus) ou des aides humaines connues par les trois quarts des participants.

Mais ces connaissances dites générales sont variables selon la catégorie des aides. Ainsi, les aides pour les personnes en situation de handicap sont moins bien appréhendées que pour les autres patients. Même s'ils sont au moins trois quarts à connaître les principes de l'AAH, de 60 à plus de 80% des médecins ne connaissent pas les aides couvertes par la PCH ou celles destinées aux enfants. Plus de 75% des médecins ne savent pas que la PCH comprend un volet pour les aides animalières et les aides spécifiques et exceptionnelles.

Par ailleurs, les médecins n'ont pas acquis les précisions concernant les aides telles que leurs critères d'attribution. Ils ont une absence de certitude et font des erreurs dans 80 à 90% des cas sur toutes les questions à propos des conditions pour en bénéficier. Par conséquent, ils ne peuvent les proposer à leurs patients dans la pratique.

Ainsi, pour l'action sociale des caisses de retraite en plus d'être fortement méconnue (82,9%), seuls un peu plus de 8% des médecins sont au courant qu'elle n'est pas valable pour toutes les personnes âgées.

Certains croient même dans 12,5% des cas qu'elle est délivrée aux personnes les moins autonomes alors que nous avons vu auparavant qu'il s'agit du contraire (GIR 5-6). Elle est liée aux conditions de revenus mais près de 90% l'ignorent avec 6% qui affirment même qu'elle n'est pas réservée aux plus pauvres.

Pour l'APA, seuls 21 médecins connaissent son délai réglementaire d'attribution de 2 mois et parmi eux, nous avons eu seulement 7 bonnes réponses chiffrées. Les idées reçues sont fortes car 27,8% des répondants pensent encore de manière erronée que l'APA est récupérable sur succession comme avait pu l'être auparavant la PSD. Plus de 60% sont aussi convaincus que l'APA est attribuée selon les conditions de ressources alors que ce n'est pas un critère pour en bénéficier.

Pour la PCH, seuls 23,6% savent qu'elle n'est pas réservée aux adultes. Ils sont encore 13,43% à penser qu'elle ne peut être obtenue après 60 ans.

Pour l'obtention de l'AAH, l'avis de la CDAPH pour un taux d'incapacité entre 50 et 79% n'est relevé que par 30 médecins, tandis que le critère d'un taux supérieur ou égal à 80% est connu par 104 participants.

Les aides à l'autonomie sont en constante évolution et des nouveaux dispositifs sont fréquemment instaurés. La mise à jour des connaissances n'est pas non plus évidente. Ainsi, seuls environ un tiers des participants ont eu vent de la création de séjours de vacances répit et 22,7% des services de transports accompagné comme Sortir Plus. De même, ils ne sont que 11,1% à savoir que la PCH remplace de nos jours l'ACTP.

Le manque de connaissances dans le domaine des aides à l'autonomie est accentué par d'autres obstacles.

4. Obstacles à l'obtention des connaissances et à leur utilisation

En premier, nous avons constaté un défaut de formation des médecins.

4.1. Un défaut de formation

Le manque de formation sur les aides à l'autonomie est flagrant car la majorité des médecins de notre étude n'y ont jamais participé. C'est le cas pour plus de 90% des médecins pendant la formation initiale. Seuls, un peu plus d'un tiers en ont profité pendant la formation continue et il s'agit principalement des médecins âgés de plus de 45 ans.

Pourtant, une formation théorique en gériatrie est dispensée dans le 2^{ème} cycle des études médicales, depuis 2001. Un module d'enseignement *Handicap, Incapacité, Dépendance* fait aussi partie de la formation initiale depuis la réforme des études médicales de 2004. Ce programme est inscrit pour l'Examen Classant National qui remplace l'Internat et que tous les internes doivent passer avant de choisir la spécialité de médecine générale. Il propose une approche pluridisciplinaire en cinq parties : évaluation et compensation du handicap, complications de l'immobilité, enfant handicapé, handicap mental, techniques de rééducation et réadaptation [5].

Dans notre étude, même les participants les plus jeunes ne semblent pas avoir reçu de cours relatifs aux aides à l'autonomie (environ 5% en ont eu parmi les moins de 45 ans).

De toute façon, la formation initiale sur le handicap ne couvrirait que 1 à 2 % du cursus universitaire des médecins [42].

Par ailleurs, plus de 90% de nos participants ne disposent d'aucun diplôme complémentaire en lien avec la perte d'autonomie (gériatrie et/ou handicap). Seuls un peu plus d'un quart des médecins généralistes disposent en France d'une formation complémentaire toute spécialité confondue. En Lorraine, ce sont 26,9% des médecins généralistes qui sont concernés [99].

Cependant, dans leur ensemble, les médecins généralistes déplorent ce niveau de formation qu'ils jugent insuffisant dans 75% des cas et sont demandeurs de formations pour accroître leurs connaissances. Ils sont près des deux tiers à souhaiter y participer sur notre sujet.

4.2. Un défaut d'information

L'information concernant les aides aux personnes en perte d'autonomie est jugée insuffisante par environ un médecin sur deux. Plus de 15% estiment même qu'ils ne sont pas informés du tout en cas de situation de handicap. Les informations pour les personnes âgées sont un peu meilleures car considérées comme moyennes par un tiers des médecins.

Dans tous les cas, un guide d'information est fortement demandé par l'ensemble de notre population étudiée (92%). Le site internet et le livret de poche sont plébiscités par plus de 70% des médecins.

Les formats plus modernes tels qu'une application pour smartphone sont plutôt peu souhaités par nos participants car 116 médecins (58,3%) s'y opposent.

Le but de ce guide serait de faciliter l'exploitation des informations qui peuvent être considérées comme compliquées et peu pratiques.

4.3. Une certaine complexité dans la pratique [104-106]

Beaucoup de médecins de l'étude reprochent la complexité des aides à l'autonomie et leur caractère chronophage (plus de 70%).

Pour eux, elles sont inadaptées à leur pratique et posent des problèmes en consultation. Ainsi, ils sont plus de 96% à éprouver des difficultés pour répondre aux diverses questions des patients et familles sur ces aides. Ce sont celles sur les catégories d'aides, les conditions d'attribution ou les montants qui posent des soucis à plus de 70% des participants. Celles sur les structures sont plus faciles pour un médecin sur deux.

De même, les outils d'évaluation pour accéder aux aides tels que la grille AGGIR ne sont quasiment jamais utilisés en consultation alors qu'ils sont plutôt considérés comme faciles d'utilisation par plus de 47% des médecins. Là encore, ils semblent inadaptés à la pratique.

Par exemple, la grille AGGIR est jugée comme un outil moyen de mesure de l'autonomie par plus d'un médecin sur deux. Parmi nos répondants, 182 ont estimé qu'ils en remplissaient en moyenne 5,2 par trimestre. Un quart de ces médecins en remplissent 2 ou moins.

4.4. Un défaut de communication et de coordination entre professionnels

Les médecins reprochent aux autorités compétentes et autres professionnels une organisation trop cloisonnée et donc un manque de communication avec eux. Ils sont plus de 13% à reconnaître n'avoir aucun lien du tout avec les assistantes sociales de leur secteur. La communication et l'élaboration de partenariats avec les autres professionnels notamment du secteur médico-social ne peuvent donc que s'améliorer.

La dispersion des structures et donc des démarches pour les aides à l'autonomie est notée chez un peu plus de 80% des médecins. Pourtant, « *coordonner, c'est déjà soigner* ». Bien que des structures de coordination existent déjà (les réseaux intégration handicap [45], de santé gériatriques, les MAIA, les PAERPA), les dispositifs actuels sont très hétérogènes. Leur redondance, leur sectorisation, leur dispersion voire leur inadaptation aux besoins de la population sont autant d'obstacles à leur pleine efficacité [91].

C'est pourquoi, plus de 80% de notre population réclame la mise en place d'un interlocuteur référent dans les structures compétentes. Une structure unique de coordination telles que la Maison Départementale pour l'Autonomie déjà expérimentée par d'autres départements, est aussi envisagée par plus des deux tiers des participants. Plus de 8% n'en veulent pas considérant que des structures existent déjà et qu'il suffirait d'améliorer tout simplement leur fonctionnement.

4.5. Un manque de motivation

Bien qu'ils reconnaissent en grande majorité (plus de 80%) un rôle social à jouer notamment pour s'occuper des aides à l'autonomie pour les deux tiers des participants, certains décrivent un manque d'envie. 26,4% estiment que cette mission appartient bien au contraire à d'autres personnes, principalement les services sociaux existants.

Les assistantes sociales sont payées pour réaliser cette fonction contrairement à eux, qui comme ils le signalent dans les commentaires libres sont « *insuffisamment rémunérés pour tout ce qui leur est demandé* ».

Par ailleurs, ils sont découragés par le nombre de missions et demandes formulées par les patients, toujours en augmentation. Pour l'année 2010, ils ont réalisé en moyenne 5100 actes [96].

C'est pourquoi, environ un médecin sur deux n'informe pas régulièrement voire pas du tout les patients sur les aides existantes et n'est pas ou seulement parfois à l'origine des demandes d'aides.

C) Concernant l'analyse statistique

Deux groupes ont été formés à partir du niveau de connaissances des participants selon leur auto-évaluation par une note de 0 à 10. Le niveau est considéré comme insuffisant pour les médecins appartenant au groupe 1. Il est apprécié comme correct pour les médecins du groupe 2.

Le critère de jugement principal de notre étude reposait sur cette auto-évaluation, raison pour laquelle on pouvait lui reprocher sa subjectivité. Néanmoins, en comparant les réponses données aux questions selon le niveau de connaissances, on voit que les médecins ont globalement une juste appréciation de leur connaissances. En effet, les médecins du premier groupe sont objectifs car ce sont eux qui savent le moins ou se trompent le plus. Bien que les questions relatives aux conditions d'attribution entraînent des difficultés au sein des deux groupes, les médecins qui estiment avoir un niveau plutôt correct ont quand même donné le plus de meilleures réponses. L'auto-évaluation reflète vraiment les connaissances de nos participants.

La comparaison menée entre les deux groupes met en évidence certaines caractéristiques prédominantes de manière statistiquement significative au sein du groupe 2 :

- une patientèle en perte d'autonomie plus nombreuse ($p=0,005$)
- plus de médecins qui ont bénéficié de cours pendant leur formation initiale ($p=0,007$)
- plus de médecins qui ont bénéficié de cours pendant leur formation médicale continue ($p=0,000$)
- plus de diplômés en gériatrie ($p=0,007$)
- des médecins qui travaillent plus souvent avec les assistantes sociales de leur secteur ($p=0,014$)
- une conception du rôle social du médecin généraliste plus affirmée ($p=0,024$)
- la mission concernant les aides à l'autonomie plus acceptée ($p=0,003$)
- plus de médecins qui parlent des aides à l'autonomie à leurs patients et sont à l'origine des démarches ($p<0,000$)
- un meilleur niveau d'information sur les personnes en perte d'autonomie ($p<0,000$)
- moins de médecins qui trouvent les démarches trop complexes ($p=0,001$)
- moins de difficultés pour répondre aux questions des patients et de leurs familles ($p=0,003$)
- un avis plus favorable sur la formation à la prise en charge médico-sociale des patients reçue par les généralistes ($p=0,003$)

L'analyse statistique révèle donc des liens pouvant expliquer la différence du niveau de connaissances. Mais, leur interprétation doit être mesurée du fait de possibles biais et du sens donné à ces liens dans des domaines souvent très proches.

Avoir beaucoup de patients en perte d'autonomie oblige les médecins à s'intéresser à ce sujet et donc à avoir plus de connaissances. Néanmoins, les autres médecins n'arrivent peut-être pas à identifier correctement les patients en perte d'autonomie.

Le fait de participer à une formation initiale et continue, même si elles sont théoriques, augmente le niveau de connaissances car les médecins du groupe 2 y ont plus fréquemment participé. Il en est de même sur le fait de posséder des diplômes de gériatrie. Par contre, il n'y a pas de différence statistiquement significative pour les diplômés en relation avec le handicap mais les effectifs sont très faibles ($p=0,231$). Par conséquent, les médecins ayant un bon niveau de connaissances sont plus nombreux à trouver que la formation des médecins sur la prise en charge médico-sociale des patients est suffisante.

Les médecins qui communiquent avec les autres professionnels notamment médico-sociaux voire qui collaborent avec eux, apprennent des choses nouvelles et mettent à jour leurs connaissances. Leur niveau n'en sera que supérieur comme le montre notre enquête.

Les médecins qui considèrent avoir un rôle social auprès de leurs patients auront aussi de meilleures connaissances, tout comme ceux pour qui s'occuper des aides à l'autonomie fait partie de leurs missions. En effet, ces médecins sont tentés de remplir leur fonction avec efficacité et du coup, leur niveau de connaissance est meilleur. Les médecins qui ont un meilleur niveau d'information sur la perte d'autonomie, auront bien entendu de meilleures connaissances.

Les médecins avec un meilleur niveau de connaissances parleront plus facilement de ces aides à leurs patients et seront à l'origine des démarches d'aides. Ils les trouveront moins complexes que leurs confrères et auront moins de difficultés pour répondre aux questions posées.

Les jeunes générations ont normalement bénéficié d'une formation initiale plus adaptée, on pourrait donc imaginer qu'ils ont un meilleur niveau de connaissances. Il en est de même pour l'expérience acquise avec les années passées depuis l'installation. Cependant, on ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes selon le critère d'âge ($p=0,146$), ni selon l'année d'installation ($p=0,188$). Les effectifs des âges extrêmes restent faibles dans notre population, ce qui peut expliquer aussi l'obtention de ce résultat.

Le sexe des médecins généralistes ne semblent pas influencer le niveau de connaissances.

On pourrait penser qu'en travaillant au sein d'un groupe (association ou maison de santé), les médecins peuvent échanger leurs expériences et s'entraider sur des cas complexes pour en retirer des enseignements. Aucune différence statistiquement significative entre les groupes n'est mise en évidence selon le mode d'exercice ($p=0,252$) ou bien, le lieu d'exercice ($p=0,627$)

D) Concernant les commentaires libres

Seule une partie des participants ont tenu à s'exprimer et leurs avis ne peuvent donc être considérés comme la pensée commune. Néanmoins, les témoignages recueillis reflètent assez bien la situation décrite par notre étude.

Beaucoup de médecins nous confient leurs « *trop nombreuses lacunes* » et le fait qu'ils se sentent « *nuls à ce niveau* ». Ils avouent que leur niveau de connaissances est donc très « *minimaliste* », car ils disent « *ne rien connaître ou presque* ».

Pourtant, ils remarquent que c'est un sujet « *d'actualité* » qui suscite chez eux un certain « *intérêt* ». Ça ne leur « *déplairait pas quand même d'en savoir plus pour mieux répondre à des questions quotidiennes* » de la part des patients et de leurs familles, qui sont eux de plus en plus informés. Ces situations ont tendance à bouleverser la place des médecins généralistes, qui n'est déjà pas facile à trouver au quotidien. Ils se sentent acculés par « *une multitude de missions* » et « *submergés de tâches administratives* », qui leur font perdre « *leur efficacité purement médicale* ».

Être médecin aujourd'hui, « *c'est difficile et complexe* ».

Les généralistes ne peuvent pas tout faire. Une partie d'entre eux considèrent « *qu'ils n'ont pas le temps d'intégrer le social à leur activité* » et ils se limitent à « *remplir la partie médicale des dossiers de façon passive* ». Pour d'autres, le médecin généraliste a au contraire « *un rôle essentiel dans le repérage des personnes en perte d'autonomie car celles-ci n'ont pas toujours conscience de la nécessité d'être aidées* ».

Il faut pouvoir dire à son patient que des aides existent et l'orienter. Mais, il doit pouvoir ensuite « *déléguer pour les démarches* » qui ne sont pas de son ressort.

Nos participants formulent des regrets comme autant d'obstacles à une meilleure connaissance. « *L'absence de formation voire d'outils de communication sur le sujet* », le caractère « *bien complexe à démêler* » et « *chronophage* » sont décriés.

Les informations semblent manquer aux praticiens qui disent « *disposer de peu de documents* » et doivent « *aller à la pêche aux informations* ».

La communication défaillante avec les autres professionnels est souvent notée. « *Cela doit faire plus de 15 ans que je n'ai pas vu l'assistante sociale de mon secteur, je ne connais même pas son nom* ». Ils déplorent l'absence de réponses fournies par les organismes qui « *oublie toujours le médecin* » suite aux demandes effectuées. En outre, l'accès aux structures n'est pas le même en zone rurale d'après certains médecins.

Par ailleurs, « *les prestations évoluent plus vite que la mise à jour des connaissances du médecin généraliste* ». Plusieurs témoignages évoquent encore la « *cotorep* ». Ils se sentent alors dépassés : « *encore un nouveau sigle pour en remplacer un autre, ras le bol* ».

Finalement, leur avis est qu'il « *faut simplifier* ». Ce n'est pas « *utile de créer une énième structure* » mais la MDPH « *pourrait regrouper toutes ces missions et devenir un guichet unique* ». L'interlocuteur privilégié au sein des organismes « *devrait être là depuis longtemps* ».

Il faut « *orienter les professionnels de santé efficacement* ». Pour cela, ils comptent sur « *une brochure d'information claire et pratique* », « *un petit livret du CG* » ou « *une application pratique* ».

L'interprétation de ces commentaires doit être tout de même prudente. Il se peut que les médecins qui ont un avis plus positif sur le sujet et leurs conditions d'exercice n'aient pas pris la peine de nous écrire. A l'inverse, ceux plus amers ont trouvé une opportunité pour s'épancher.

V. Solutions envisageables pour améliorer la situation dans l'avenir

Avec notre étude, nous nous sommes aperçues qu'il s'agit surtout des questions relatives aux conditions d'attribution des aides à l'autonomie ainsi que des compétences des organismes publics qui posent le plus de difficultés aux médecins généralistes.

Les aides destinées aux personnes en situation de handicap sont elles aussi moins bien appréhendées.

Des pistes d'amélioration peuvent être envisagées pour tenter d'y remédier :

- **Développer la formation tant initiale que continue**

Des idées pour la formation initiale ont été proposées [44]. Il s'agit d'organiser pour les étudiants de première année commune des études de santé, un enseignement de sensibilisation sur le handicap obligatoire et validant dans le cursus. Un stage d'au moins 2 semaines auprès des personnes en situation de handicap dans une association, un service médico-social ou un établissement pourrait lui aussi être rendu obligatoire.

Au cours des études médicales, notamment pendant l'internat, des stages sont obligatoires dans certains secteurs comme la pédiatrie, la gynécologie ou les urgences. Ne faudrait-il pas rendre obligatoire aussi un stage auprès de personnes en situation de handicap ? Certes, il est possible à Nancy en tant qu'externe d'effectuer un stage sur les différents sites de l'Institut Régional de Médecin Physique et Réadaptation. Mais pour les internes, un approfondissement serait nécessaire et pourrait se dérouler dans des ESMS pour les personnes en situation de handicap comme les foyers d'hébergement ou les centres de reclassement professionnel.

Même si le caractère pratique de la formation initiale se développe, on pourrait imaginer aussi la proposition de stages pour les internes de médecine générale dans certains organismes comme cela peut déjà se faire au service médical de l'Assurance Maladie ou en Protection Maternelle et Infantile. En effet, un stage réalisé auprès de médecins référents de la MDPH ou de l'équipe médico-sociale du CD serait souhaitable car formateur.

La formation continue peut prendre différentes formes : stages en alternance, conférences de sensibilisation par le CD ou la MDPH, échange de bonnes pratiques entre pairs. Il faut l'encourager même si les médecins sont souvent trop occupés pour y participer [42][97]. Dans l'avenir, il faudrait réfléchir à la conception d'une formation continue plus ludique qui serait peut être plus motivante.

- **Améliorer l'information**

Les médecins manquent d'informations et doivent aussi mettre à jour leurs connaissances. Pourtant, ils constituent souvent la seule source d'informations des patients et de leurs familles. Cependant, l'usage d'internet a tendance à rééquilibrer cette relation singulière.

En effet, des sites et portails Internet à destination des professionnels de santé ou des patients sont déjà conçus pour leur proposer des informations de type conseils, recommandations, articles, forums, bulletins d'information [45]. Néanmoins, il y en a beaucoup et la qualité des informations n'est pas toujours certifiée.

C'est pourquoi un portail internet va être conçu par la CNSA afin de présenter les services, les aides et les établissements de façon claire et accessible aux âgés et à leurs familles. Il fera partie du futur service public d'information sur la santé [11]. Ainsi, un site internet gouvernemental, Pourlespersonnesagees.gouv.fr, sera lancé début mai proposant un comparateur des offres de prix des EHPAD dans un but de transparence destiné à réduire la tarification de hébergements [58].

Qu'en est-il pour les personnes en situation de handicap ? Un site internet ne pourrait-il pas être conçu sur le même principe pour eux ?

De plus, les médecins n'ont pas beaucoup de documentations à leur disposition que ce soit par les organismes tels que la MDPH et le CG ou même les revues spécialisées. Ils sont nombreux à vouloir bénéficier d'un petit guide pratique de poche pour le quotidien.

Néanmoins, une mise à jour des informations serait plus facile avec le développement d'un site internet pour les professionnels de santé consacré aux aides à l'autonomie. Une interface personnalisée pourrait être imaginée pour savoir de quelles aides peuvent bénéficier chacun des patients selon les critères remplis.

Dans cet esprit, le site mes-aides.gouv.fr a été mis en ligne le 30 octobre 2014 à titre expérimental afin de pouvoir estimer ses droits à des prestations sociales grâce à un simulateur en ligne à partir des revenus et de la situation du foyer [107].

En étant mieux informés, les médecins pourraient refuser ainsi des demandes non justifiées ou celles qui ne peuvent aboutir. Cela leur permettrait de gagner du temps. Ils pourraient aussi anticiper les demandes d'aides et éviter les situations d'urgence plus difficiles à gérer.

- **Simplifier et faciliter l'accès aux droits** [56][107]

Le système français est considéré comme nébuleux aussi bien par les patients que par les médecins généralistes.

Une simplification est donc attendue. Elle permettrait par ailleurs, de réaliser des économies non négligeables en diminuant les frais de fonctionnement actuels.

D'ici fin 2015, les avis et décisions prises par la MDPH et la CAF seront rédigés en « *Français facile à lire et à comprendre* ».

Une dématérialisation des échanges est prévue entre MDPH et CAF pour le traitement des demandes d'AAH et de PCH afin d'accélérer les délais de réponse.

La durée de validité du certificat médical sera portée à 6 mois pour les demandes d'AAH sauf en cas de pathologies évolutives spécifiques.

L'AAH pourra être accordée pendant 5 ans sur décision motivée même quand le taux d'invalidité est compris entre 50-79%.

Le site internet du Gouvernement, l'administration se simplifie pour vous, propose des mesures telles que permettre à l'usager de la MDPH de suivre en ligne l'avancement de sa demande. Des expériences pour les cartes de stationnement ou le projet Impact avec des nouveaux formulaires ou certificats médicaux sont actuellement testées.

Par ailleurs, la suppression de la barrière de l'âge pour l'obtention de la PCH est en cours de discussion.

- **Coordonner de manière efficace** [91]

Même si des structures de coordination existent déjà, on peut se demander si inventer une nouvelle structure de type guichet unique comme la MDA n'est pas nécessaire. Elle permettrait de fournir, à tout endroit du territoire, une réponse harmonisée et adaptée aux besoins des usagers, en les orientant vers les ressources adéquates. Ce principe de guichet intégré est un des mécanismes utilisés par la MAIA. Néanmoins, il est réservé aux personnes âgées d'au moins 60 ans. Il faudrait donc une structure unique sans distinction d'âge ou de pathologies [92].

Un système de répertoire centralisant les structures de coordination existantes devrait être distribué à l'ensemble des professionnels de santé.

Les partenariats entre les médecins et le secteur médico-social [45] avec les institutions publiques comme la MDPH [104] devraient être développés pour rapprocher deux mondes qui s'ignorent encore trop. Un retour des décisions prises par les organismes suite aux demandes effectuées pour leurs patients ne serait que bénéfique pour renforcer la communication et permettre aux médecins de mieux connaître l'ensemble de leurs compétences.

La création d'un statut d'interlocuteur unique, référent, capable de conseiller les professionnels de santé sur les dispositifs existants et l'évolution des prestations au sein des organismes paraît souhaitable. Un parcours moins chaotique grâce à un accès direct avec des réponses personnalisées aux cas de nos patients améliorerait le travail des médecins. Cela a été testé par quelques régions telles que la Franche-Comté.

Enfin, les métiers dits de coordination, comme les gestionnaires de cas (*case manager*) chargés de mieux articuler la ville et l'hôpital, devraient être plus développés. Apparus avec les expérimentations MAIA, les gestionnaires de cas exercent un rôle essentiel. Ils se rendent à l'hôpital pour prendre contact avec le patient, identifier ses besoins en fonction du lieu de vie, puis ils prennent les rendez-vous avec le médecin traitant, l'infirmière et gèrent les aspects sociaux du retour à domicile. Cependant, à l'heure actuelle, cela semble difficile à mettre en place pour tous les patients et ils restent réservés aux cas complexes étant donné le manque de financement [45][92].

- **Renforcer la motivation des médecins**

D'après une étude, les médecins généralistes disent être des défenseurs des droits des personnes en situation de handicap dans près de 75% des cas et agir dans les démarches administratives [98]. Une rémunération mieux adaptée serait souhaitable afin de les encourager.

- **Proposer une synthèse des dispositifs existants aux médecins**

Une présentation synthétique des dispositifs d'aides à l'autonomie nous paraissait importante. Elle pourrait être transmise ultérieurement aux médecins généralistes désireux d'en bénéficier. Nous avons donc imaginé des tableaux permettant de guider rapidement les médecins vers les aides les plus appropriées selon les situations des patients.

Le premier tableau recense les principales aides financières obtenues en fonction de l'âge (tableau XIV).

Tableau XIV. Tableau récapitulatif des principales aides financières à l'autonomie et leurs conditions d'obtention

Âge	Dispositifs	Critères de handicap ou GIR	Niveau de ressources	Autres critères	Organisme compétent	Montant de l'aide	Objectifs de la mesure
Moins de 20 ans	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)	Taux d'incapacité égal ou > à 80% ou Taux d'incapacité de 50 à 79% et accès à ESMS ou recours à des soins spécifiques	Aucune condition de ressources	Résidence stable en France	Financée par l'État à travers la Caisse Nationale des Allocations Familiales Décision CDAPH de la MDPH Versement CAF ou MSA	129,99 € par mois ou en cas de périodes de retour dans le foyer si internat	Compenser les besoins en soins et frais d'éducation de l'enfant
	Complément de l'AEEH	Après ouverture du droit à l'AEEH, si une des conditions est remplie 1^{ère} catégorie : Dépenses mensuelles entre 227,48 € et 394,02 € 2^{ème} catégorie : - Dépenses mensuelles entre 394,02 € et 503,70 € - Embauche d'un tiers 8 H/semaine - Temps de travail du parent réduit à 80% 3^{ème} catégorie : - Dépenses mensuelles entre 503,70 € et 709,12 € - Embauche d'un tiers 8 H/semaine ou Temps de travail du parent réduit à 80% + dépenses égales ou > à 239,66 €/mois - Embauche d'un tiers 20H/semaine - Temps de travail réduit à mi-temps du parent 4^{ème} catégorie : - Dépenses mensuelles égales ou > à 709,12 € - Embauche d'un tiers 8 H/semaine ou Temps de			Financée par l'État à travers la Caisse Nationale des Allocations Familiales Décision CDAPH de la MDPH Versement CAF ou MSA	1 ^{ère} catégorie 97,49 € par mois 2 ^{ème} catégorie 264,03 € par mois 3 ^{ème} catégorie 373,71 € par mois 4 ^{ème} catégorie 579,13 € par mois 5 ^{ème} catégorie 740,16 € par mois 6 ^{ème} catégorie 1 103,08 € par mois	Compenser les dépenses onéreuses liées à la nature ou gravité du handicap de l'enfant, le recours à une tierce personne, la réduction ou l'arrêt du travail d'un des parents

	travail du parent réduit à 80% + dépenses égales ou > à 445,08 €/mois - Embauche d'un tiers 20H/semaine ou Temps de travail réduit à mi-temps du parent + dépenses égales ou > à 335,41 €/mois - Embauche d'un tiers à temps plein - Arrêt total du travail du parent 5^{ème} catégorie : Embauche d'un tiers à temps plein ou Arrêt total du travail du parent + dépenses égales ou > à 291,01 €/mois 6^{ème} catégorie : Embauche d'un tiers à temps plein ou Arrêt total du travail du parent + contraintes permanentes de surveillance et de soins à la charge de la famille				
Majoration parent isolé	Ouverture du droit à l'AEEH et à son complément	Un parent assume seul la charge de son enfant	Financée par l'État à travers la Caisse Nationale des Allocations Familiales	Pas de majoration pour la 1 ^{ère} catégorie	Compenser le recours à une tierce personne ou une réduction du temps de travail du parent lui-même isolé
			Décision CDAPH de la MDPH	+ 52,81 €/mois pour 2 ^{ème} catégorie	
			Versement CAF ou MSA	+ 73,12 €/mois pour 3 ^{ème} catégorie	
				+ 231,54 €/mois pour 4 ^{ème} catégorie	
				+ 296,53 €/mois pour 5 ^{ème} catégorie	
				+ 434,64 €/mois pour 6 ^{ème} catégorie	
Allocation journalière de présence parentale (AJPP) et son complément	Handicap, maladie ou accident grave de l'enfant	Aucune condition de ressources pour l'allocation	Résidence stable en France	42,97 €/jour pour un couple	Compenser l'arrêt ponctuel du travail des parents pour s'occuper de l'enfant
	Nécessité d'une présence soutenue des parents et de soins reconnus dans un certificat médical	Plafond de ressources selon la situation familiale et les revenus pour le complément	Cessation ou réduction du travail ou des recherches d'emploi pour les parents	51,05 €/jour pour un parent isolé	Droit aux prestations en nature de l'Assurance Maladie
			Congés de présence parentale accordés ou Chômage indemnisé	Dans la limite de 22 jours/mois	Affiliation Assurance Vieillesse pour les aidants sous conditions de ressources
				Crédit de 310 jours sur une période maximale de 3 ans	
			Demande puis versement CAF ou MSA	+ 109,9 €/mois si frais mensuels > à 110,45 € pour l'enfant non remboursés par la Sécurité Sociale ou les Mutuelles et selon le niveau de ressources	
			Droit ouvert selon durée prévisible de traitement d'après certificat médical maximum 3 ans		

					Réexamen de la situation tous les 6 mois		
	Prestation de compensation du handicap (PCH) Enfant	Remplir les critères d'obtention du complément à l'AEEH L'enfant doit avoir une difficulté absolue pour exécuter une activité ou une difficulté grave pour la réalisation d'au moins 2 activités sur la liste du GEVA			Financée par le CD Décision CDAPH de la MDPH Versement par CD mensuel ou ponctuel	Montant attribué selon évaluation des besoins notamment du temps d'aides humaines et dans la limite d'un plafond national Taux de prise en charge de 100% si ressources annuelles < à 26 473,96 € Si plafond dépassé, taux de prise en charge à 80%	Financer les frais liés au handicap : - les aides humaines - les aides techniques - les aides animalières - logement et véhicule à aménager et frais de transports - Dépenses spécifiques ou d'exception
20 à 60 ans	Prestation de compensation du handicap (PCH) Remplace l'allocation compensatrice pour Tierce Personne depuis 2006	Avoir une difficulté absolue pour exécuter une activité ou une difficulté grave pour la réalisation d'au moins 2 activités sur la liste du GEVA Durée prévisible > à 1 an ou définitive	Aucune condition de ressources	Résidence stable et régulière en France	Financée par le CD Décision CDAPH de la MDPH Versement par CD mensuel ou ponctuel	Montant attribué selon évaluation des besoins notamment du temps d'aides humaines et dans la limite d'un plafond national Taux de prise en charge de 100% si ressources annuelles < à 26 473,96 € Si plafond dépassé, taux de prise en charge à 80%	Financer les frais liés au handicap : - les aides humaines - les aides techniques - les aides animalières - logement et véhicule à aménager et frais de transports - Dépenses spécifiques ou d'exception
	Allocation aux adultes handicapés (AAH)	Taux d'incapacité égal ou > à 80% ou Taux d'incapacité de 50 à 79% et restriction substantielle et durable (au moins 1 an) d'accès à l'emploi	Ressources annuelles < à : 9 605,4 € pour une personne seule 19 210,8 € pour un couple Majorées de 4 802,7 € par enfant à charge	Résidence stable et régulière en France Ne pas avoir atteint l'âge légal de départ à la retraite Ne pas percevoir de pension d'un montant égal à celui du montant mensuel	Financée par l'État Décision CDAPH de la MDPH Versement CAF ou MSA	Montant calculé selon ressources maximum 800,45 €/mois Réduction si séjour à l'hôpital, prison > à 60 jours	Garantir aux personnes en situation de handicap un niveau de ressources minimum Affiliation gratuite à l'Assurance maladie et maternité Obtention CMU-c ou ACS sous

			maximal de l'AAH			conditions Exonération de taxes selon revenu fiscal Réduction sociale téléphonique
Complément à l'AAH : Le complément de ressources	Taux d'incapacité égal ou > à 80% Percevoir AAH à taux plein ou en complément d'une pension, rente ou ASI Capacité de travail < à 5%	Ne pas avoir obtenu de revenus liés à un travail depuis au moins 1 an	Ne pas avoir atteint l'âge légal de départ à la retraite Disposer d'un logement indépendant	Décision CDAPH de la MDPH Versement CAF ou MSA	Montant de 179,31 €/mois Réduction si séjour à l'hôpital, ESMS, prison > à 60 jours Arrêt à la retraite ou en cas de reprise de travail	Garantir un niveau de ressources minimum en cas d'incapacité à travailler
Complément à l'AAH : La majoration pour la vie autonome	Taux d'incapacité égal ou > à 80% Percevoir AAH à taux plein ou en complément d'une pension, rente ou ASI	Ne pas avoir obtenu de revenus liés à un travail depuis au moins 1 an	Disposer d'un logement indépendant et bénéficier d'une aide au logement	Attribution automatique par CAF ou MSA	Montant de 104,77 €/mois Réduction si séjour à l'hôpital, ESMS, prison > à 60 jours	Compenser les dépenses liées au logement pour les personnes en situation de handicap
Rente ou Capital d'accident de travail ou de maladie professionnelle	Être atteint d'une incapacité permanente (IPP) définitive Capital si IPP < à 10% Rente si IPP égal ou > 10%			Financée par l'État Décision et versement par Organisme de Sécurité Sociale	Capital de 410,3 € à 4 101,86 € en une seule fois Rente sur la base du salaire annuel et du taux d'IPP	Compenser les séquelles physiques et/ou psychiques dues à un accident de travail ou une maladie professionnelle
Prestation Complémentaire pour recours à tierce personne	En cas de Rente pour accident de travail ou de maladie professionnelle avec un taux d'IPP égal ou > à 80% Ne pas être capable de réaliser seul(e) 3 actes ordinaires de la vie sur la liste des 10 actes de l'Assurance Maladie mais nécessiter l'assistance d'une tierce personne			Financée par l'État Décision et versement par Organisme de Sécurité Sociale	Montant variable selon le nombre d'actes atteints 551,55 € pour 3 à 4 1 103,8 € pour 5 à 6 1 654,63 € pour 7 ou plus, ou en cas de troubles neuropsychiques mettant en danger le bénéficiaire ou autrui	Majorer la rente en cas de recours à une tierce personne
Pension d'invalidité	Avoir sa capacité de travail ou de gains réduites d'au moins 2/3 par un accident	Avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2030 fois le Smic horaire	Ne pas avoir atteint l'âge légal de départ à la retraite	Financée par l'État Décision et versement par	Montant dépendant du salaire moyen de base et du pourcentage	Compenser la perte de salaire liée à un accident ou une maladie

	ou une maladie d'origine non professionnelle 1 ^{ère} catégorie : capacité à exercer un travail conservée 2 ^{ème} catégorie : ne peut plus travailler 3 ^{ème} catégorie : idem que la 2 ^{ème} + recours à tierce personne dans la vie courante	ou travaillé 600 H au cours des 12 derniers mois	Être immatriculé(e) à la Sécurité Sociale au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail ou la constatation médicale de l'invalidité	Organisme de Sécurité Sociale	appliqué selon la catégorie d'invalidité En cas de reprise d'un travail, cumulable avec revenus d'activité si montant < aux revenus perçus dans les 3 mois précédant l'arrêt pour invalidité Suspension si dépassement pendant 6 mois ou salaire > à 50 % de la rémunération normale	
Majoration pour Tierce Personne	Titulaire d'une pension d'invalidité de 3 ^{ème} catégorie Titulaire d'une rente d'accident de travail ou de maladie professionnelle s'il n'opte pas pour la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne			Attribution automatique par les organismes de Sécurité Sociale si 3 ^{ème} catégorie	1103,08 €/mois	Majoration de pension d'invalidité ou de rente en cas d'assistance pour les actes ordinaires de la vie
Aide sociale à l'hébergement (ASH)	Taux d'incapacité égal ou > à 80% reconnu par la CDAPH ou être dans l'impossibilité de se procurer un emploi compte tenu du handicap + hébergement dans un établissement adapté aux personnes en situation de handicap ou chez un accueillant familial	Ressources < aux frais d'hébergement	Résidence stable et régulière en France Établissements habilités comme maison de retraite, USLD, foyer d'hébergement, foyer de vie occupationnel ou d'accueil médicalisé ou Accueil familial agréé avec contrat de gré à gré	Financée par le CD Décision par le CD Versement par le CD	Montant variable selon situation familiale et ressources Participation restante à la charge du bénéficiaire	Finance tout ou partie des frais liés à l'hébergement en établissement ou chez un accueillant familial
Aide sociale départementale : aide aux repas	Taux d'incapacité égal ou > à 80% reconnu par la CDAPH ou être dans l'impossibilité de se procurer un emploi compte tenu du handicap	Ressources annuelles < à 9 600 € pour une personne seule ou 14 904 € pour un couple	Résidence stable et régulière en France	Financée par le CD Décision par le CD Versement par le CD	Prestation versée directement au prestataire habilité selon montants fixés chaque année	Financer les frais de repas et goûters en foyers-restaurants ou par un service de portage des repas
Aide sociale départementale : aide ménagère à domicile	Avoir besoin de services ménagers en raison de son état de santé Remplir les mêmes conditions que pour l'aide aux repas			Financée par le CD Décision par le CD	Prestation versée directement au prestataire habilité sur la	Apporter un soutien matériel et moral pour que les personnes

		Ne pas pouvoir prétendre à l'APA			Versement par le CD	base d'un tarif ou aide en nature si service organisé par la commune 30 H/mois pour une personne seule ou 48 H/mois pour un couple	restent à domicile
Après 60 ans	Prestation de compensation du handicap (PCH)	Si poursuite d'une activité professionnelle et handicap correspondant aux critères d'attribution vu précédemment ou demande faite avant 75 ans et handicap répondant aux critères d'éligibilité à la PCH avant l'âge de 60 ans					
	Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	Difficultés pour assumer seul(e) les actes essentiels de la vie quotidienne ou être dans un état nécessitant une surveillance régulière GIR 1 à 4	Aucune condition de ressources	Résidence stable et régulière en France Être Français(e), membre d'un Pays Européen ou disposer d'un titre de séjour valide	Financée par le CD Décision par le CD Versement par le CD	Montant variable selon le GIR et plan d'aide personnel Montant mensuel maximum 1 312,67 € pour GIR 1 1 125,14 € pour GIR 2 843,86 € pour GIR 3 562,57 € pour GIR 4 Participation du bénéficiaire selon ressources maximum 90% si revenus > à 2 945,23 €/mois Suspension en cas de séjour à l'hôpital > à 30 jours	APA à domicile si logement personnel, accueil familial, foyer logement ou ESMS avec capacité < à 25 places Financer : - des aides à domicile - des services comme télé-assistance, portage des repas ou transports - des aides matérielles - des travaux - des frais de séjour temporaire Réduction d'impôts pour emploi d'une aide à domicile si dépenses non couvertes par plan d'aide APA en établissement finance une partie du tarif dépendance
	Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)	Invalidité réduisant la capacité de travail ou de gains des 2/3	Ressources annuelles < à 8 424,05 € pour une personne	Résidence stable et régulière en France Ne pas avoir	Financée par les caisses de retraite	Montant variable selon situation familiale et ressources	Garantir un minimum de ressources aux personnes avec de faibles revenus mais

	Percevoir une pension d'invalidité, de retraite anticipée pour handicap ou carrière longue, pour pénibilité, de vieillesse de veuf/veuve invalide ou de réversion	seule ou 14 755,32 € pour un couple	atteint l'âge légal de départ à la retraite		Maximum de 403,76 €/mois pour une personne seule ou 666,27 €/mois pour un couple	qui n'ont pas atteint l'âge pour bénéficier de l'ASPA
Allocation simple	En cas d'incapacité au travail Besoin d'une aide à domicile	Ressources annuelles < à 9 600 € pour une personne seule ou 14 904 € pour un couple	Résidence stable et régulière en France Ne pas pouvoir prétendre à l'ASPA	Financée par l'État Demande au CCAS ou la mairie Décision par le Préfet de département	En espèces à taux plein ou réduit selon les ressources avec un maximum : de 800 €/mois pour une personne seule 1242 €/mois pour un couple ou en nature sous forme de services ménagers	Apporter des ressources aux personnes privées de pension de retraite pour solliciter une aide à domicile
Action sociale des caisses de retraite : le plan d'action personnalisé	GIR 5 et 6	Plafond de ressources	Être retraité du Régime général Ne pas bénéficier de l'APA	Financée par les caisses de retraite du Régime général	Montant annuel maximal du plan d'aide 3 000 € Participation restante à la charge du bénéficiaire selon ressources	Financer : - des aides à domicile - des services comme télé-assistance, portage des repas ou transports - des aides matérielles - des travaux - des frais de séjour temporaire - des aides aux vacances ou au lien social
Majoration pour Tierce Personne	Si la pension de vieillesse se substitue à une pension d'invalidité ou si la pension est révisée ou attribuée pour incapacité au travail					
Aide sociale à l'hébergement (ASH)	En cas d'incapacité au travail ou d'après le règlement départemental de Moselle pour les personnes âgées les autres critères sont les mêmes que vu précédemment					
Aide sociale départementale : aide ménagère à domicile	En cas d'incapacité au travail ou d'après le règlement départemental de Moselle les autres critères sont les mêmes que vu précédemment					
Aide sociale départementale	En cas d'incapacité au travail ou d'après le règlement départemental de Moselle les autres critères sont les mêmes que vu précédemment					

	: aide aux repas						
Après 65 ans	Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées (ASPA) Remplace le Minimum vieillesse depuis 2006	Avoir au moins 65 ans ou Avoir atteint l'âge légal de départ à la retraite + inaptitude au travail, retraite anticipée pour handicap, incapacité égale ou > à 50%, anciens déportés-internés-combattants-prisonniers de guerre, titulaire de l'AAH/ASI/carte d'invalidité ou mère de famille nombreuse sous conditions	Ressources annuelles < à 9 600 € pour une personne seule ou 14 904 € pour un couple	Résidence stable et régulière en France	Financée par les caisses de retraite	Montant variable selon situation familiale et ressources Maximum de 800 €/mois pour une personne seule 1242 €/mois pour un couple	Garantir un minimum de ressources aux personnes âgées avec de faibles revenus
	Allocation simple	Pour toutes les personnes âgées d'au moins 65 ans les autres critères sont les mêmes que vu précédemment					
	Aide sociale départementale : aide aux repas	Pour toutes les personnes âgées d'au moins 65 ans les autres critères sont les mêmes que vu précédemment					
	Aide sociale départementale : aide ménagère à domicile	Pour toutes les personnes âgées d'au moins 65 ans les autres critères sont les mêmes que vu précédemment					
	Aide sociale à l'hébergement (ASH)	Pour toutes les personnes âgées d'au moins 65 ans les autres critères sont les mêmes que vu précédemment					

Le deuxième tableau montre les dispositifs financiers qui peuvent se cumuler ou non (tableau XV).

Tableau XV. Cumul ou non des principaux dispositifs financiers

Dispositif perçu	Cumulable avec...	Non cumulable avec...
AEEH	AJPP Complément de l'AEEH ou PCH ou complément de l'AEEH + aménagement du logement , du véhicule et des surcoûts liés au transport de la PCH	
Complément de l'AEEH	AEEH Majoration pour parent isolé	PCH sauf pour aménagement du logement , du véhicule et des surcoûts liés au transport
AJPP	AEEH	Complément de l'AEEH Majoration pour parent isolé

		Indemnités journalières d'assurance maladie, maternité ou chômage AAH Pension de retraite ou d'invalidité Complément libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant
PCH enfant	AEEH	Complément de l'AEEH sauf pour aménagement du logement , du véhicule et des surcoûts liés au transport
PCH	AAH et un de ses compléments	APA ACTP Allocation compensatrice pour frais professionnels
AAH	Intégralité des revenus d'activité professionnelle pendant les 6 premiers mois de reprise du travail puis cumul partiel Rémunération garantie en ESAT sans dépasser un pourcentage du Smic brut Compléments à l'AAH : complément de ressources ou majoration pour la vie autonome	Pension d'invalidité, rente d'accident de travail ou vieillesse qui sont versées en priorité sauf si différence de montant avec l'AAH, alors AAH différentielle perçue
Allocation Simple	Ressources personnelles dans les limites d'un plafond identique à celui de l'ASPA	Avantage vieillesse telle que pension de retraite
APA	ASH Action sociale facultative de la Sécurité sociale ou des communes	ACTP PSD Majoration pour aide constante d'une tierce personne PCH Aide ménagère départementale
Action sociale des caisses de retraite : Plan d'action personnalisé		APA PCH ACTP Majoration pour tierce personne
Pension d'invalidité	Rente d'accident de travail Pension d'invalidité militaire, agricole ou d'un régime spécial si aggravation non indemnisée par le régime général Allocations chômage Contrat de prévoyance AAH sans dépasser son montant maximal	
Majoration pour Tierce	PCH mais réduction des aides humaines	APA

personne		ACTP Aide sociale départementale : aide ménagère Action sociale des caisses de retraite
ASH	APA	

Enfin, le dernier tableau recense la plupart des autres catégories d'aides auxquelles il faut penser en cas de perte d'autonomie et qui peuvent être utiles à nos patients (tableau XVI).

Tableau XVI. Synthèse des catégories d'aides à l'autonomie

Catégories de patients	Catégories d'aides	Mesures	Critères d'attribution	Où s'adresser ?
Enfants	<i>Aides humaines</i>	Auxiliaire de vie scolaire individuelle ou mutualisée	Selon accord du plan personnalisé de scolarisation	MDPH
		SESSAD	Selon âge et pathologie Avec accord CDAPH	MDPH
	<i>Aménagements</i>	Pédagogiques, matériels et d'examen ou concours	Selon accord du plan personnalisé de scolarisation	MDPH
	<i>Scolarisation</i>	Orientation scolaire	Selon accord du plan personnalisé de scolarisation : Milieu ordinaire avec une scolarisation individuelle ou collective (CLIS, ULIS) ou Milieu adapté SEGPA, EREA, Établissements médico-sociaux ou à caractère sanitaire ou à distance	MDPH
	<i>Aides à la mobilité</i>	Transport scolaire remboursé selon distance trajet-établissement	Être scolarisé(e) dans un établissement d'enseignement général, agricole ou professionnel, supérieur public ou privé et sous la tutelle du Ministère de l'Éducation Nationale ou de l'Agriculture Taux d'incapacité égal ou > à 80% ou entre 50 et 79% + mesure d'éducation spéciale reconnue par CDAPH	CD de Moselle
		Transport scolaire	Établissements spécialisés	Organismes de Sécurité Sociale
		Transport vers centres de soins	CAMPS et CMPP	Assurance Maladie
	<i>Aides financières</i>	Bourse d'enseignement d'adaptation	Établissements spécialisés ou enseignement complémentaire pour s'adapter au milieu scolaire	Directeur Académique des services de l'Éducation

			Ne pas bénéficier de l'AEEH Avoir 6 à 16 ans	Nationale Sous conditions de ressources Montant annuel de 58,14 € à 174,42 €
	<i>Aides aux aidants</i>	Congés	Congé de présence parentale ou Dons de jours de repos au parent d'un enfant gravement malade si handicap, maladie ou accident grave de l'enfant	Employeur
Adultes	<i>Aides à l'emploi</i>	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)	Avoir plus de 16 ans Percevoir l'AEEH ou la PCH + convention de stage ou « possibilité d'obtenir ou de conserver un emploi effectivement réduites par l'altération d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales ou psychiques »	MDPH Ce n'est pas une prestation financière mais cela permet de bénéficier d'aides à l'insertion professionnelle
		Orientation professionnelle	Selon décision CDAPH Milieu ordinaire y compris entreprises adaptées et centres de distribution de travail à domicile ou Milieu protégé avec ESAT ou formation professionnelle	MDPH
		Obligation légale d'emploi d'au moins 6% dans les entreprises et la Fonction Publique	Bénéficiaires de la RQTH, Titulaires AAH, carte d'invalidité, pension d'invalidité, IPP égal ou > à 10%, pension militaire d'invalidité, femmes/veuves/orphelins de guerre	AGEFIPH FIPHFP
		Aides à l'insertion professionnelle et au maintien dans l'emploi	Informations, conseils, accompagnement, mobilisation des aides notamment financières, adaptation du poste de travail, pour les personnes en situation de handicap et leurs employeurs même dans la Fonction Publique	AGEFIPH FIPHFP avec les partenaires Cap Emploi, Sameth et Alther (spécifique des entreprises)
	<i>Aides humaines</i>	<u>Aides professionnelles</u> : les services d'accompagnement pour adultes handicapés	Décision par la CDAPH SAVS (accompagnement social) financés par les Départements SAMSAH (accompagnement médico-social) financés par les Départements et l'Assurance Maladie	MDPH

Pour tous	Aides humaines	Aidants familiaux	Conjoint(e)s, parents, fratrie, amis ou voisins	
		<u>Aides professionnelles</u> : les services à la personne Financées par l'APA, de la PCH ou de l'aide sociale départementale d'aide ménagère Pour les autres, financement individuel et adhésion au système CESU, crédit ou réduction d'impôts		Organismes autorisés ou agréés d'aide à domicile soit des entreprises, soit des associations
		<u>Aides professionnelles</u> : les professionnels de santé Libéraux SSIAD : - GIR 1 à 3, parfois 4 avec besoins de soins 7 jours/7, une ou plusieurs fois par jour - personne en situation de handicap reconnue par MDPH - pathologies chroniques SPASAD pour aides et soins ESAD pour accompagnement et réhabilitation du patient atteint de la maladie d'Alzheimer MAIA avec les gestionnaires de cas pour les situations complexes des personnes âgées en perte d'autonomie		Sur prescription médicale, remboursement par l'Assurance Maladie
		<u>Aides professionnelles</u> : services sociaux et la Justice Mesure d'accompagnement social personnalisé Mesure d'accompagnement judiciaire et de protection juridique		Assistant(e)s social(e)s Contrat avec le Président du CD Décision du Procureur de la République et du Juge des Tutelles
	Aides techniques	Aides techniques médicales	Inscrites sur la LPPR	Sur prescription médicale Remboursées par l'Assurance Maladie
		Toutes les aides	Financées par la PCH ou l'APA Autres financements	MDPH et FDC CD Action sociale CCAS
	Aménagements	Du logement	Subventions si travaux > à 1 500 € et selon plafond de ressources + décision MDPH ou GIR Équipements de sécurité, d'accessibilité et sanitaires fixés sur listes ouvrant droit à un crédit d'impôts de 25% Financement par PCH ou APA Conseils et	ANAH État Plafond de 5000 € pour personne seule ou de 10 000 € pour un couple MDPH ou CD CALM, PACT,

			accompagnements	SMDH
		Du véhicule	Financement par PCH ou APA Travailleurs handicapés ou à la recherche d'emploi	MDPH/FDC 5 000 € pour 5 ans AGEFIPH FIPHFP avec maximum de 9 000 à 10 000 €
	<i>Aides à la mobilité</i>	Carte européenne de stationnement	Avoir un périmètre de marche limité < à 200 mètres ou avoir recours à l'oxygénothérapie ou à une aide pendant ses déplacements extérieurs ou avoir une altération de la fonction cognitive, psychique ou sensorielle empêchant tout déplacement seul sous peine de danger	MDPH ou Office National des anciens combattants et victimes de guerre pour les invalides de guerre Délivrée par le Préfet
		Carte d'invalidité	Taux d'incapacité égal ou > à 80% ou bénéficiaire de la pension d'invalidité de 3 ^{ème} catégorie Pour la mention « besoin d'accompagnement » : APA, aide humaine dans le cadre de la PCH, ACTP, majoration ou prestation complémentaire pour tierce personne ou complément d'AEEH de la 3 ^{ème} à la 6 ^{ème} catégorie Pour la mention « besoin d'accompagnement-cécité » : la vision centrale est < à 1/20 ^{ème} de la normale	MDPH Priorité d'accès aux places assises et dans les files d'attente dans les lieux publics Avantages fiscaux
		Carte de priorité	Taux d'incapacité < à 80% mais avec une pénibilité à la station debout reconnue	MDPH Priorité d'accès aux places assises et dans les files d'attente dans les lieux publics
		Aptitude à la conduite	Aménagement du concours du permis de conduire + aptitude reconnue par médecin agréé lors d'une visite	Préfecture
		Transports adaptés	Pour personnes à mobilité réduite ou personnes âgées Transports accompagnés pour personnes âgées Travailleurs handicapés pour les trajets professionnels	Communes Sur réservation CESU pré-financés/dispositif Sortir Plus de l'AGIRC-ARRCO AGEFIPH FIPHFP

			Services d'assistance pour les voyages	SNCF ou compagnies aériennes
	Aides aux aidants	Suivi médical approprié	Pour les aidants de proches atteints de maladie d'Alzheimer ou apparentée	Médecin traitant avec la création de la visite longue et complexe
		Congés	Congé de soutien familial si proche avec taux d'incapacité égal ou > à 80% ou GIR 1 et 2 Congé de solidarité familiale et allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie (AJAP) Congés sabbatique et sans solde	Employeur Assurance Maladie pour AJAP montant de 55,15 €/jour pendant 21 jours ou 27,58 €/jour pendant 42 jours si travail à temps partiel
		Soutien avec Groupes de parole, cafés des aidants, réseaux sociaux, guides, formations		Associations, salons d'exposition
		Avantages		MDPH
		Dédommagement au titre de l'aide humaine de la PCH Majoration de durée d'assurance retraite : 1 trimestre par période de 30 mois, maximum de 8 trimestres Retraite à taux plein à 65 ans si interruption activité professionnelle pendant au moins 30 mois consécutifs Réductions d'impôt si emploi d'une aide à domicile, hébergement d'un ascendant, ou obligation alimentaire		Caisses de retraite État
		Droit au répit En établissement avec accueil de jour, temporaire (maximum de 90 jours/an), ou familial ou à domicile avec garde et baluchonnage		MDPH OU CD ESMS
	Aides à l'hébergement	Aides au logement	Selon les ressources, la situation familiale et le lieu de résidence APL si logement conventionné ALF si enfant ou adulte à charge avec taux d'incapacité égal ou > à 80% ou ascendant de 60 à 65 ans avec des prestations familiales ALS si pas de convention du logement	CAF
		Réductions d'impôt	Résidence fiscale en France, être accueilli(e) dans un ESMS ou une USLD ou accueil familial	État 25% des dépenses dans la limite de 10 000 € par

				personne
	<i>Aides à la participation à la vie sociale</i>	Soutien, solidarité intergénérationnelle, loisirs, sports, culture		Associations Caisses de retraite Communes Handiguide des sports
		Aides aux vacances	Retraités de plus de 60 ans ou 55 ans si handicap, pour aidant familial Séjour répit aidant-aidé Enfants avec taux d'incapacité égal ou supérieur à 50%	ANCV Caisses de retraite CAF Associations Entreprises
	<i>Aides animalières</i>	Chiens d'aveugle Chiens d'assistance si mobilité réduite, d'éveil si polyhandicap ou accompagnement social dans les institutions		Association de chiens d'aveugle ou Handi'chiens PCH pour financement

CONCLUSION

Pour une majorité de médecins généralistes, le rôle social auprès des patients, notamment en perte d'autonomie, est précieux.

Agissant en tant que garants de leurs droits, ils s'impliquent pour une prise en charge globale médico-sociale toujours meilleure, comme le révèle le bon taux de participation à notre étude.

Ils défendent le principe d'inclusion pour tous dix ans après sa naissance au sein de la loi dite Handicap. Ce n'est pas chose facile à réaliser dans une société française encore réticente aux changements et remplie de préjugés.

Cependant, cette mission idéalisée qui leur est dévolue parmi tant d'autres, se heurte principalement à un manque de connaissances de leur part comme le montre notre enquête. Ainsi, leur niveau de connaissances sur les aides à l'autonomie est insuffisant.

Cet ensemble de dispositifs financiers ou non, permet à n'importe quel patient de compenser ses limitations d'activité ou de participation à la vie sociale, consécutives à une pathologie, un accident ou à l'âge. Certes, les médecins généralistes connaissent les principes généraux de ces aides.

Néanmoins, leurs conditions d'attribution ainsi que les activités des structures compétentes sont quant à elles méconnues alors qu'elles sont pourtant importantes sur le plan pratique. En effet, mieux les connaître permettrait alors aux médecins de pouvoir répondre aux questions du patient et de son entourage et l'orienter plus facilement face à une offre florissante. Cela éviterait aussi de perdre du temps avec des demandes injustifiées.

Par ailleurs, les connaissances sur les aides sont variables selon la catégorie de personnes à qui elles s'adressent. Les aides destinées aux personnes en situation de handicap sont globalement moins bien acquises par rapport à celles pour les personnes âgées.

Enfin, l'accès aux connaissances est freiné par de nombreux obstacles qui sont : un défaut de formation, d'information, de simplification, de communication avec le secteur social, de coordination mais parfois aussi d'envie face à un sujet en perpétuelle évolution et donc déroutant.

Il est vrai que les aides à l'autonomie changent rapidement au gré des lois, des gouvernements successifs ou des innovations techniques. L'actualisation des connaissances devient alors problématique. Ceci est d'autant plus vrai du fait que les médecins généralistes sont soumis à un rythme de travail intense et à un accroissement des tâches administratives leur laissant peu de temps pour s'y consacrer.

Pour l'avenir, on ne peut espérer qu'une amélioration du niveau de connaissances des médecins généralistes.

Le fait d'avoir une patientèle en perte d'autonomie nombreuse, un bon niveau de formation et information, un diplôme de gériatrie, une conception plus sociale de la fonction de médecin et de développer un meilleur partenariat avec les assistantes sociales peuvent permettre l'obtention de meilleures connaissances.

C'est pourquoi, depuis quelques années, les étudiants en médecine bénéficient d'une formation initiale plus adaptée en gériatrie et sur le handicap.

La prise de conscience d'une nécessaire coordination entre professionnels est aussi en progrès comme le montre les projets PAERPA et le PPS ou la méthode MAIA. Mais la création de structure unique pour l'autonomie qui s'affranchirait du clivage arbitraire voulu par les politiques entre nos patients âgés et en situation de handicap reste encore trop expérimentale.

La simplification est pourtant une volonté affichée par le Gouvernement actuel, notamment sur le plan administratif, qui pourrait s'étendre à tous les patients en perte d'autonomie quels qu'ils soient.

En effet, le vieillissement démographique exceptionnel attendu par la plupart des pays européens oblige à reconsidérer notre fonctionnement. Des informations mises à jour et recensées sur des sites internet certifiés, des formations médicales continues plus attractives, des nouveaux métiers de coordination pourraient être développés.

Finalement, cette étude montre que les connaissances sur les aides à l'autonomie font défaut à la plupart des médecins généralistes de Moselle et qu'ils en sont conscients. Néanmoins, elle souligne aussi leur envie de s'occuper pleinement de la santé de chacun de leurs patients en leur apportant un total « bien-être physique, mental et social ».

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Sondage BVA à la demande de E&H Lab, Piétinons les préjugés. La perception des personnes en situation de handicap par les Français. 6 Nov 2014.
- [2] Delpit E, Condroyer F, Sidier A, coords. Droit universel d'aides à l'autonomie : un socle, une nouvelle étape. Paris : CNSA ; 2008.
- [3] Ennuyer B. Enjeux de sens et enjeux politiques de la notion de dépendance. *Gérontologie et société*. 2013 ; (145) : 25-35.
- [4] Hamonet C. Les personnes en situation de handicap. 7^{ème} éd. Paris: PUF Que sais-je ? ;2012.
- [5] Collège Français des Enseignants Universitaires de Médecine Physique et de Réadaptation COFEMER. Handicap - Incapacité - Dépendance - Module 4. 4^{ème} éd. Paris : Elsevier Masson Les référentiels des Collèges ; 2014.
- [6] Loi n°2005-102 du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. *Journal Officiel de la République Française* n°36 du 12 février 2005, p. 2353.
- [7] Stiker H-J. Corps infirmes et sociétés. Essai d'anthropologie historique. 3^{ème} éd. Paris: Dunod collection Idem ; 2013.
- [8] Sécurité sociale. Le portail du service public de la Sécurité sociale [en ligne]. Paris: Direction de la Sécurité sociale ; 2001 [consulté le 11/02/2015] Disponible : <http://www.securite-sociale.fr/>
- [9] Voix I, Piteux C. Le centre communal et intercommunal d'action sociale CCAS-CIAS. Paris : Association des maires de France et Union nationale des centres communaux d'action sociale. Juin 2008.
- [10] Marquier R. Une décennie d'aide sociale des départements aux personnes âgées dépendantes (2001 – 2010). Dossier Solidarité et Santé [en ligne]. Avr 2013 [Mis à jour le 15/05/2013 ; consulté le 11/02/2015] ; (39) : 1-26. Disponible : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article39.pdf>
- [11] France. Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement adopté par l'Assemblée Nationale en première lecture. Paris: Assemblée Nationale. Texte adopté n°403 du 17 Septembre 2014.
- [12] 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. Paris : Inspection Générale des Affaires Sociales ; Jul 2009. Rapport n°RM2009-024P.
- [13] Grenier C, Laborel B. Les MDPH (Maisons départementales des personnes handicapées), une organisation innovante dans le champ médico-social. Toulouse: Erès ; 2011
- [14] Champion C-L, Debré. Rapport d'information fait au nom au nom de la commission sénatoriale pour le contrôle de l'application des lois sur l'application de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Paris : Sénat ; 4 Jul 2012. Rapport n°635.
- [15] Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie. Politique de l'accessibilité [en ligne]. Paris : Ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie ; 2007 [consulté le 2/12/2014] Disponible : <http://www.developpement-durable.gouv.fr/-Accessibilite-.html>.
- [16] Borderies F, Trespeux F. 3,8 millions de prestations d'aide sociale attribuées par les départements

en 2013. Etudes et résultats. Drees [en ligne]. Déc 2014 [Mis à jour le 10/12/2014 ; consulté le 11/02/2015] ; (900): 1-6. Disponible : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er900.pdf>

[17] Info Retraite [en ligne]. Paris : Groupement d'Intérêt Public Info Retraite ; 2015 [consulté le 7/02/2015] Disponible : <http://www.info-retraite.fr/>

[18] Allaire L, dir. Affirmer la citoyenneté de tous. Rapport d'activité 2013 CNSA et ses annexes. Paris : CNSA, La documentation française ; Juil 2014.

[19] Agefiph. Ouvrir l'emploi aux personnes handicapées [en ligne]. Paris : Agefiph ; [consulté le 25/01/2015] Disponible : <http://www.agefiph.fr/>

[20] ANAH. Le guide des aides établi au 1^{er} janvier 2015. Paris : ANAH ; Jan 2015.

[21] Bénévise J-F, dir. Ensemble pour la santé des lorrains. Synthèse du projet régional de santé (PRS) Lorrain 2012-2017. Nancy : Agence régionale de santé de Lorraine ; Déc 2012.

[22] Conseil Général de Moselle. Personnes âgées, personnes handicapées. Chaque parcours de vie pris en compte. Hors-série Spécial projets 2014 du Conseil Général. Supplément à Moselle Infos. Avr 2014 ; (26) : 6-7

[23] CNSA. 2014 les chiffres clés de l'aide à l'autonomie. 5^{ème} édition. Paris : CNSA ; Juin 2014.

[24] Direction de la politique de l'autonomie. Livret 1-2. Diagnostic préalable et orientations départementales. Schéma de l'autonomie 2010-2015. Metz : Conseil Général de la Moselle ; 2009.

[25] www.moselle.fr [en ligne]. Metz : Conseil Départemental de la Moselle ; [consulté le 9/03/2015] Disponible : <http://www.cg57.fr/Pages/default.aspx>

[26] Archambault E, Tchernonog V. Repères sur les associations en France. Paris: Conférence Permanente des Coordinations Associatives CPCA, la voix du mouvement associatif ; Mars 2012.

[27] Bellamy V, Beaumel C. Bilan démographique 2014. Des décès moins nombreux. Division Enquêtes et études démographiques. Insee Première [en ligne]. Jan 2015 [consulté le 11/02/2015] ; (1532) : 1-4. Disponible : <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1532/ip1532.pdf>

[28] Piralla S, Tillatte A. Lorraine: 2 349 816 habitants en Lorraine au 1er janvier 2012. Insee Flash Lorraine [en ligne]. Déc 2014 [consulté le 11/02/2015] ; (7) : 1-2. Disponible : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/lor/themes/insee-flash/inf7/inf7.pdf

[29] Service « Observation, Statistiques, Analyses et données de santé ». Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social en Lorraine (STATISS) 2014. Nancy : Agence Régionale de Santé Lorraine ; Jan 2015.

[30] Kubiak Y. Personnes âgées dépendantes: le maintien à domicile, solution privilégiée mais exigeante. Économie Lorraine. Insee [en ligne]. Juil 2012 [consulté le 02/12/2014] ; (289) : 1-5. Disponible : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/lor/themes/EL/EL289/EL289.pdf

[31] Delobel-Ayoub M, Van Bakel M, Klapouszczak D, Ehlinger V, Tronc C, Arnaud C, Cans C. Prévalence des déficiences sévères chez l'enfant en France et évolution au cours du temps. Numéro thématique Handicaps de l'enfant. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 4 mai 2010 ; (16-17) : 181-4.

[32] Brocas A-M, dir. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de Santé Publique. Rapport 2011. Paris: Drees ; 2011. Rapport n°11-082.

[33] Dos Santos S, Makdessi Y. Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées. Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. Études et résultats. Drees [en ligne]. Fév 2010 [Mis à jour le 25/04/2012 ; consulté le 02/12/2014] ; (718) : 1-8. Disponible : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er718.pdf>

[34] Suhard V, Naiditch M. Le financement de la dépendance des personnes âgées en France. Synthèse et dossier bibliographique. IRDES [en ligne]. Mars 2014 [consulté le 11/02/2015] ; 1-12. Disponible : <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-financement-de-la-dependance-des-personnes-agees-en-france.pdf>

[35] Amar E. Dépenses d'aide sociale départementale en 2013 : une hausse soutenue par le RSA. Études et résultats. Drees [en ligne]. Fév 2015 [consulté le 11/02/2015] ; (905) : 1-6. Disponible : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er905.pdf>

[36] Guérin S. Les aidants : naissance d'une République des pairs ?. Empan. 2014 ; (94) : 19-25.

[37] Joël M-E. Les chiffres de l'aide. Dans : Être proche aidant aujourd'hui. 3^{èmes} rencontres scientifiques de la CNSA pour l'autonomie ; le 5 et 6 Novembre 2014 ; Palais des Congrès, Paris, France. Paris : CNSA ; 2014. 17 p.

[38] Espagnacq M. L'aide humaine apportée aux bénéficiaires d'une allocation de compensation du handicap. Études et résultats. Drees [en ligne]. Oct 2013 [consulté le 02/12/2014] ; (855) : 1-6 . Disponible : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er855.pdf>

[39] Le développement des services à la personne et le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Enquête demandée par le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale. Paris: la Cour des comptes. Juil 2014. Rapport L.132-5.

[40] Richet D, Thirion B. Services à la personne: 35 000 emplois à l'aube du papy boom. Économie Lorraine. Insee [en ligne]. Mai 2013 [consulté le 02/12/2014]; (312) :1-9. Disponible : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/lor/themes/EL/EL312/EL312.pdf

[41] Montémont M, Di Patrizio P, Perret-Guillaume C, Boivin J-M. Portage des repas à domicile: impasse ou solution ? Soins Gériatrie. Nov/Déc 2012 ; 17 (98) : 19-21.

[42] Belorgey J-M., président. Rapport de la commission d'audition publique sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap du 22 au 23 octobre 2008. Paris : Commission d'audition publique avec le soutien méthodologique et financier de la HAS. 23 Jan 2009.

[43] Lengagne P, Penneau A, Pichetti S, Sermet C. L'accès aux soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques des personnes en situation de handicap en France. Une exploitation de l'enquête Handicap-Santé Ménages. Question d'économie de la santé. IRDES [en ligne]. Avr 2014 [consulté le 02/12/2014] ; (197) : 1-8. Disponible : <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/197-l-acces-aux-soins-dentaires-ophtalmologiques-et-gynecologiques-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.pdf>

[44] Jacob P. Un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement. Paris : Mission auprès de Marie Arlette Carlotti et de Marisol Touraine, respectivement ministre déléguée aux personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion et ministre des affaires sociales et de la santé. Avr 2013.

[45] Fédération des prestataires de santé à domicile. Quelle santé à domicile pour demain ? Enjeux et perspectives. Paris : Fédération des prestataires de santé à domicile ; Jan 2015.

[46] Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques et de fonctionnement des

services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile. Journal Officiel de la République Française n°148 du 27 juin 2004, p.11713.

[47] Décret n°2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif aux cahiers des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer. Journal Officiel de la République Française n°0227 du 30 septembre 2011, p. 16463.

[48] Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Informations pratiques. Métiers du social. Métiers et diplômes de travail social [en ligne]. Paris : Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes; 2014 [consulté le 15/05/2015] Disponible : <http://www.social-sante.gouv.fr/informations-pratiques,89/metiers-du-social,92/metiers-et-diplomes-de-travail,989>

[49] Makdessi Y, Mordier B. Les établissements et services pour adultes handicapés - Résultats de l'enquête ES 2010. Document de travail. Série Statistiques. Drees [en ligne]. Mai 2013 [mis à jour le 4/06/2013 ; consulté le 11/02/2015]; (180) : 1-359.
Disponible : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat180.pdf>

[50] Service-Public.fr. Le site officiel de l'administration française. Accueil particuliers [en ligne]. Paris : Direction de l'information légale et administrative ; 2001 [consulté le 16/02/2015]. Disponible : <http://www.service-public.fr>.

[51] Mordier B. L'allocation aux adultes handicapés attribuée dans les départements. Dossiers Solidarité et Santé. Drees [en ligne]. Déc 2013 [mis à jour le 12/12/2014 ; consulté le 02/12/2014]; (49) : 1-16. Disponible : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dss49.pdf>

[52] Sécurité sociale l'Assurance retraite Alsace-Moselle. Action sociale. Des aides individuelles pour prévenir votre perte d'autonomie. Strasbourg : Carsat Alsace-Moselle ; Fév 2015.

[53] Montcharmont L. Handicap et accès aux aides techniques. Empan. Mars 2013 ; (89) : 118-24.

[54] Acquisition d'une aide technique: quels acteurs ? Quel processus ?. Rapport de la commission d'audition (recommandations et rapport d'orientation). Dans : Audition publique ; 27-28 mars 2007 ; Génocentre, Evry, France. Paris : AFM, CNSA, Fondation Caisse d'Epargne pour la solidarité, avec le concours méthodologique de la HAS. 25 mai 2007. 93 p.

[55] Allaire L, dir. Les actions de la CNSA pour une meilleure adéquation entre les besoins des personnes et les aides techniques. Paris : Les mémos de la CNSA ; Juin 2014.

[56] Service de presse de la Présidence de la République. Relevé des conclusions de la Conférence nationale du handicap. Paris : Elysée ; 11 Déc 2014 Déc.

[57] Bérardier M. Vieillir chez soi : usages et besoins des aides techniques et des aménagements du logement. Études et résultats. Drees [en ligne]. Déc 2012 [consulté le 16/02/2015] ; (823) : 1-6.
Disponible : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er823.pdf>

[58] SilverEco.fr. Le portail de la silver économie [en ligne]. Créteil: ON MEDIO ; 2008 [consulté le 10/03/2015]. Disponible : <http://www.silvereco.fr/>

[59] Atarodi S, Berardi AM, Pruski A. Orientation des personnes âgées vers les technologies d'assistance en France : le cas de la région Lorraine. Gérontologie et société. Juin 2012 ; (141) : 13-26.

[60] Suchaut M, Camescasse M. La télé-assistance domiciliaire aujourd'hui: analyse et qualité. Dans : la Téléassistance un service à la personne au quotidien pour mieux vivre à domicile. Seconde journée

nationale de la Téléassistance ; 10 Juin 2010 ; Paris, France. Paris : AFRATA ; 2010. 11p.

[61] Sciences et avenir. Santé [en ligne]. Paris : Sciences et avenir ; [consulté le 10/03/2015].
Disponible : <http://www.sciencesetavenir.fr/sante/>

[62] Conseil Général de Moselle. Habitat Innovant et Solidaire. Pour l'autonomie des aînés de demain. Moselle Infos. Oct 2014 ; (31) : 10-3.

[63] Handirect le média des situations handicapantes. Dossier transports et mobilité. Handirect. Sept-Oct 2014 ; (151) : 12-47.

[64] Gros D, dir. Dossier Pour une ville sans obstacle. Metz Mag. Nov 2014 ; (59) : 22-7.

[65] Service Climat, Énergie, Logement, Aménagement. Repères. Bilan de l'accessibilité en Moselle Édition 2014. Metz : Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement (DREAL) Lorraine ; 2014.

[66] Baromètre du commerce. L'accessibilité des commerces en Moselle. Observatoire du commerce. Metz : CCI Moselle ; Juin 2014.

[67] Dumas C. Mobilité des personnes âgées. Gérontologie et société. Juin 2012 ; (141) : 63-76.

[68] Metz. Guide Seniors à Metz. Édition 2014. Metz : La ville de Metz - CCAS Metz ; 2 Déc 2014.

[69] Fabrigoule C, Coquillat A, Laumon B, Lafont S. Protocole cognitif en médecine générale pour les conducteurs seniors et évolution de la mobilité à deux ans. Dans : "Santé publique et prévention". Congrès International ADELFI-SFSP ; 17-19 octobre 2013 ; Bordeaux, France. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. Oct 2013 ; 61 (S4) : 246.

[70] Anguera J-A, Boccanfuso J, Rintoul J-L, Al-Hashimi O, Faraji F, Janowich J et al. Video game training enhances cognitive control in older adults. Nature. 2013 Sept 5 ; 501(7465) : 97-101.

[71] Fiphfp emploi handicap. Catalogue des aides. Paris : FIPHFP ; Mars 2015.

[72] SNCF. Guide mobilité réduite information voyageurs SNCF. Saint Denis : SNCF ; Oct 2014.

[73] Politique éducative. La scolarisation des élèves handicapés [en ligne]. Paris : Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche ; 1997 [consulté le 10/12/2014]. Disponible <http://www.education.gouv.fr/cid207/la-scolarisation-des-eleves-handicapes.html>

[74] Moisan C, dir. Repères et références statistiques sur les enseignements, les formations et la recherche. Édition 2014. Paris : Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance ; Sept 2014.

[75] Scolarisation d'un élève handicapé en Moselle 2012/2013. A l'école, au collège, au lycée, en établissement médico-social. Application de la loi du 11 février 2005. Nancy-Metz : Inspection de l'Éducation Nationale chargée de l'Adaptation Scolaire et du Handicap (ASH 57) ; Nov 2012.

[76] L'école inclusive : une dynamique qui s'amplifie en faveur des élèves et des étudiants en situation de handicap. Paris : Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche ; 11 Déc 2014.

[77] Société Française de Médecine Physique et réadaptation (SOFEMER). Handicaps moteurs et associés: le passage de l'enfant à l'adulte. Enjeux médicaux et médico-sociaux dans la période 15-25 ans: « Recommandations pour la Pratique Clinique avec débat public ». Recommandation de bonnes

pratiques. Paris : SOFEMER ; Juil 2012.

[78] Ministère du travail, de l'emploi et du dialogue social. Mise en œuvre des plans régionaux pour l'insertion des travailleurs handicapés et bonnes pratiques. Bilan 2013. Paris : Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle. Sous-Direction des parcours d'accès à l'emploi. Mission emploi des travailleurs handicapés. ; 7 Juil 2014.

[79] Institut CSA. Etude pour CED. Handicap et emploi : qu'en pensent les Français ? Sept 2014.

[80] Buyck J-F, Bonnaud S, Boumendil A, Andrieu S, Bonenfant S, Goldberg M et al. Informal Caregiving and Self-Reported Mental and Physical Health: Results From the GAZEL Cohort Study. Am J Public Health. 2011 Oct ; 101 (10): 1971-9

[81] HAS-service de bonnes pratiques professionnelles. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: suivi médical des aidants naturels. Recommandations de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine : HAS ; Fév 2010.

[82] Résultats de l'enquête nationale à destination des aidants. Paris : Association Française des Aidants ; 10 Déc 2013.

[83] Volant S. L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011. Études et Résultats. Drees [en ligne]. Fév 2014 [consulté le 16/02/2015] ; (877) : 1-6. Disponible : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er877.pdf>

[84] Maayan N, Soares-Weiser K, Lee H. Respite care for people with dementia and their carers. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jan 16 ; Issue 1.

[85] Volant S. 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011. Études et Résultats Drees [en ligne]. Déc 2014 [consulté le 16/02/2015] ; (899) : 1- 6. Disponible : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er899.pdf>

[86] Bourgarel S, Suzan H. Quelques nouvelles pratiques d'hébergement ou d'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique. Note de repérage. Marseille : CREA I Paca et Corse ; 2013.

[87] Fondation de France. Les solitudes en France. Étude de l'Observatoire de la Fondation de France. 4^{ème} baromètre. Paris : Fondation de France ; Juil 2014.

[88] Pôle Ressource National sport et handicaps. Handiguide. Le sport pour tous. Bourges : Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports ; 2014.

[89] Martin S. La médiation animale: accompagner la personne âgée autrement. Empan. 2013 ; (91) : 118-21.

[90] Gaunet F, Milliet J. Le rapport des personnes déficientes visuelles au chien guide. Comment l'usage du chien guide pourrait-il se développer en France ?. ALTER European Journal of Disability Research. Avr/Juin 2010 ; 4(2) : 116-33.

[91] Blanchard P, Eslou L, Yeni I, Louis P. Rapport sur l'évaluation de la coordination d'appui aux soins. Paris: Inspection générale des affaires sociales ; Déc 2014. Rapport n°2014-010R.

[92] Gueydan G, dir. MAIA. Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie. Les cahiers pédagogiques de la CNSA. Paris : CNSA ; Oct 2014.

[93] Moulla L, réd. PAERPA. Une prise en charge optimisée de la personne âgée en risque de perte

d'autonomie. Nancy : Union Régionale des professionnels de santé (URPS) Médecins Lorraine, ARS de Lorraine. 2014. 13 p.

[94] Wrobel J, Pino M, Wagnier P, Rigaud A-S. Robots et agents virtuels au service des personnes âgées : une revue de l'actualité en gérontechnologie. *Neurol psychiatr géiatr*. 2014 ; 14 (82) : 184-93.

[95] Léon C, Beck F, dir. Les comportements de santé des 55-85 ans. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : Inpes Baromètres santé ; 2014.

[96] Buyck J-F, Casteran-Sacreste B, Cavillon M, Lelièvre F, Tuffreau F, Mikol F. La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile. Études et Résultats. Drees [en ligne]. Fév 2014 [consulté le 01/03/2015] ; (869) : 1-6. Disponible : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er869.pdf>

[97] Margot E, Bonnefond H, Gautheron V, Abrial M, Charles R. Handicap: rédiger le certificat. Éléments de réflexion pour la pratique. *Médecine*. Juin 2012 ; 8 (6) : 281-6.

[98] Aulagnier M, Gourheux J-C, Paraponaris A, Garnier J-P, Villani P, Verger P. La prise en charge des patients handicapés en médecine générale libérale : une enquête auprès d'un panel de médecins généralistes en PACA, en 2002. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*. 2004 ; (47) : 98-104.

[99] Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2014. 8^{ème} Atlas. Section Santé Publique et Démographie Médicale du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Paris : Conseil National de l'Ordre des Médecins ; Jan 2014.

[100] Rault J-F, Le Breton-Lerouillois G. La démographie médicale en région Lorraine. Situation en 2013. Paris : Conseil National de l'Ordre des médecins ; 2013.

[101] Dory V, Pouchain D, Beaulieu M-D, Pestiaux D, Gay B, Rocher G, Boucher L. La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes. *Exercer*. 2009 ; 20 (85) : 4-7.

[102] Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Questions d'économie de la santé. IRDES [en ligne]. Sept 2010 [consulté le 01/03/2015] ; (157) : 1-6. Disponible : <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf>

[103] Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. Dossiers Solidarité et Santé. Drees [en ligne]. 2009 [consulté le 01/03/2015]; (12) : 45-7. Disponible : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article200912t1.pdf>

[104] Fleury M. La MDPH vue par les médecins généralistes. Etude de la représentation d'une institution publique en Ile-et-Vilaine. Th : Med : Rennes ; 2013.

[105] Marquès Virginie. Évaluation des pratiques professionnelles des médecins généralistes pour la prise en charge des personnes âgées à haut risque de perte d'autonomie et de dépendance en Meurthe-et-Moselle. Th : Med : Nancy ; 2013.

[106] Di Patrizio P, Blanchet E, Perret-Guillaume C, Benetos A. Quelle utilisation les médecins généralistes font-ils des tests et échelles à visée gériatrique ? *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. Mars 2013 ; 11(1) : 21-31.

[107] L'administration se simplifie pour vous [en ligne]. Paris: Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique [consulté le 10/03/2015]. Disponible : <http://simplification.modernisation.gouv.fr/>

LES ANNEXES

Annexe 1 : Les CLIC de Moselle et les Maisons du Département

Le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) Moselle le plus proche de chez vous...

DÉPARTEMENT DE LA MOSELLE

CLIC Moselle Saint-Avold
Maison du Département
16 rue du lac
BP 20099
57503 SAINT-AVOLD cedex
Tél. 03 87 21 53 61 • Fax 03 87 21 83 88
clicmosellesaintavold@cg57.fr

CLIC Moselle Sarrebourg
Espace Péguy
Avenue Clémenceau
57400 SARREBOURG
Tél. 03 87 03 58 09 • Fax 03 87 03 80 31
clicmosellesarrebourg@cg57.fr

CLIC Moselle Sarreguemines
Maison du Département
51 rue du Bac BP 80001
57211 SARREGUEMINES cedex
Tél. 03 87 78 06 99 • Fax 03 87 35 03 49
clicmosellesarreguemines@cg57.fr

CLIC Moselle Metz Campagne
30 route de Thionville
Parc des Varimonts
57140 WOIPPY
Tél. 03 87 34 03 46 • Fax 03 87 34 30 01
clicmosellemetzcampagne@cg57.fr

CLIC Moselle Thionville-Yutz
Maison du Département
Espace Cormontaigne
1 avenue Gabriel Lippmann
57970 YUTZ
Tél. 03 87 37 95 66 • Fax 03 87 37 95 39
clicmosellethionvilleyutz@cg57.fr

Votre CLIC Moselle à votre écoute

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA MOSELLE
1 rue du Pont Moreau
CS 11096
57036 METZ CEDEX 1

Direction de la Solidarité
Direction de la Politique de l'Autonomie
Bureaux situés au 28/30 avenue André Malraux - METZ
Tél. 03 87 56 30 30
Fax 03 87 56 30 75
www.mosellesenior.fr

CLIC moselle
CENTRE LOCAL D'INFORMATION
— ET DE COORDINATION —
en faveur des seniors

Resteg connecté...
moselle.fr
facebook.com/conseil_general57

Département Moselle
Réussir ensemble !

CLIC moselle
CENTRE LOCAL D'INFORMATION
— ET DE COORDINATION —

**Lieu d'accueil, de proximité,
gratuit et ouvert à tous**
animé par un agent d'accueil
et un travailleur social.

Une compétence départementale
mise en œuvre par le
Conseil Départemental de la Moselle

CLIC Moselle Pour qui ?

- Toute personne âgée
- Famille, entourage
- Professionnels du domaine sanitaire et social
- Acteurs locaux intervenant en faveur des personnes âgées

CLIC Moselle Les missions

- Accueil et écoute
- Identification des besoins et orientation vers le service adapté
- Aide à la constitution de dossiers ou dans les démarches
- Soutien et accompagnement
- Coordination des interventions autour de la personne âgée et des acteurs du domaine gériatrique
- Observation des besoins sur le territoire

CLIC Moselle Pourquoi ?

- Le CLIC apporte une aide à la personne âgée et à son entourage :
- pour proposer des solutions de soutien à domicile
 - Aide à domicile (aide ménagère, aides techniques, au transport, téléalarme...)
 - Accès aux droits
 - Soins à domicile
 - Portage de repas à domicile
 - Aménagement du logement
 - Soutien aux aidants naturels
 - Loisirs
 - Orientation vers les actions de promotion de la santé
 - pour proposer des modes d'accueil vers :
 - Foyer-logement
 - Accueil de jour
 - Hébergement temporaire
 - EHPAD (maison de retraite)
 - Accueil familial

CLIC Moselle Boulay
Maison du Département
6 rue Robert Schuman
57220 BOULAY
Tél. 03 87 21 98 87 • Fax 03 87 21 98 89
clicmoselleboulay@cg57.fr

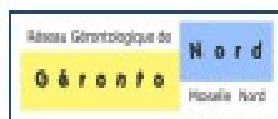
CLIC Moselle du Saulnois
Maison du Département
Rue de la Tuilerie
57170 CHATEAU-SALINS
Tél. 03 87 21 47 12 • Fax 03 87 21 47 16
clicmoselledusaulnois@cg57.fr

CLIC Moselle Fameck
Maison du Département
Espace Cormontaigne
1 avenue Gabriel Lippmann
57970 YUTZ
Tél. 03 87 37 95 69 • Fax 03 87 37 95 39
clicmosellefameck@cg57.fr

CLIC Moselle Forbach
Maison du Département
18 avenue de Spicheren
57600 FORBACH
Tél. 03 87 21 53 92 • Fax 03 87 21 98 29
clicmoselleforbach@cg57.fr

CLIC Moselle Metz
Centre Médico-Social
36 place Saint-Thiébauld
57000 METZ
Tél. 03 87 56 87 76 • Fax 03 87 35 02 49
clicmosellemetz@cg57.fr

Annexe 2 : Les réseaux de santé gériologiques en Moselle



GERONTO NORD

(réseau de santé de Moselle Nord)

Villa Roland
94, route de Guentrange
57100 **THIONVILLE**
☎ : 03.82.82.72.57
☎ : 03.82.86.26.72

accueil@gerontonord.fr
www.gerontonord.fr

Président :

Dr Michel DUMAY

Directrice:

M^{me} Sophie LAMPERT

GérontoNord intervient
sur le territoire des **CLIC**
Moselle de **Fameck** et
Yutz/Thionville

*(Globalement, Thionville
Est et Ouest
Vallée de la Fensch
Vallée de l'Orne
Pays de Sierck
Pays Haut)*



Pôle gériologique du RESAMEST

(ex REGEME)

Réseau de Santé de Moselle Est

☎ : 03.87.29.21.43

☎ : 09.67.35.21.43 - 06.98.77.46.15

☎ : 03.87.81.46.53

contactgeronto@resamest.fr

RESAMEST (ex REGEME) Bat C 2^{ème} étage

Hôpital de Freyming-Merlebach

2, rue de France

57800 FREYMING-MERLEBACH

Coordinateur:

M Mathiam MBENGUE

et M^{me} Pierrette ANDRES adjointe

Président :

Professeur Francis RAPHAEL

Siège social : 2 rue des vergers

57460 Behren Les Forbach

Boulay - Bouzonville -
Creutzwald
Faulquemont
Saint Avold 1 et 2
Freyming-Merlebach
Forbach- Stiring Wendel
Behren les Forbach
Sarreguemines ville et
campagne, Volmunster,
Rohrbach-Les-Bitche et
Bitche



REGE2M

Réseau Gérontologique De Metz/Metz
Campagne

N° unique : 0 365 900 135

(prix d'appel local)

(REGE2M - Le Pallidum - Poiplume)

Résidence Sainte Marie

2, rue Vieilleville

57070 METZ

Du lundi au vendredi

De 9h à 17h

☎ : 03.87.18.77.44

☎ : 03.87.18.77.46

www.rege2m.com

Président :

Dr Sophie RETTEL RAKOTONDRAVAO

Coordinatrice du réseau :

M^{me} Sandra STARCK

coordinatrice@rege2m.com

Secrétariat :

secretariat@rege2m.com

METZ I, II, III, IV

METZ Campagne :

Montigny-lès-Metz

Ars-sur-Moselle

Woippy

Verny, Pange, Vigy

Maizières-lès-Metz

Marange-Silvange

Rombas



REGESA

(REseau GErontologique SAnté)

Hôpital Saint-Jacques

21, route de Loudrefing

57260 DIEUZE

☎ : 03.87.05.02.99

☎ : 03.87.05.80.44

regesa@hopital-dieuze.fr

www.regesa.fr

Président:

Dr Christophe PRZYCHOCKI

Coordinatrice :

M^{me} Corinne KREMER

Albestroff

Château-Salins

Delme

Dieuze

Grostenquin

Sarralbe

Vic-sur-Seille



**RESEAU DE SANTE DU PAYS DE
SARREBOURG (RSPS)**

Réseau territorial pluri-thématique

Espace Péguy

Avenue Clemenceau

57400 SARREBOURG

☎ : 03.87.25.36.63

☎ : 03.87.03.80.31

Président :

M Patrick FLORANT

Coordinatrice

M^{me} Denise SCHMITT

reseaugps@mairie-sarrebourg.fr

secretariatreseau@mairie-sarrebourg.fr

www.reseau-sante-sarrebourg.fr

Phalsbourg
Fénétrange
Sarrebourg
Réchicourt-le-Château
Lorquin

Annexe 3 : Les Équipes Spécialisées Alzheimer

 ADRESSE 	Zone d'intervention
ESA de l'AFAD de Moselle 1A rue du Général Newinger 57220 BOULAY 03.87.79.14.96 <i>03.87.79.53.51</i> contact@afad.fr www.afad.fr	Cantons de BOULAY _ BOUZONVILLE _ FAULQUEMONT _ GROSTENQUIN _ SAINT -AVOLD 1 ET 2 _ FREYMING- MERLEBACH _ BEHREN-LES-FORBACH _ FORBACH _ STIRING-WENDEL
ESA de l'Association Fondation Bompard 1, allée du Haut Rozin 57420 CUVRY 03.87.38.93.87 <i>03.87.57.03.36</i> esad@fondation-bompard.asso.fr du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 13h à 17h www.fondation-bompard.asso.fr	Arrondissement de METZ Ville et de METZ Campagne Cantons de VIGY/ PANGE VERNY/DELME/WOIPPY/ ROMBAS/METZ MARANGE-SILVANGE MAIZIERES/ARS-SUR MOSELLE/ MONTIGNY-LES-METZ

ESA de l'AFAD de Moselle 32C rue du petit moulin 57120 ROMBAS 03.87.51.81.82 03.87.31.13.09 contact@afad.fr www.afad.fr	Cantons de CATTENOM-SIERCK-LES-BAINS-THIONVILLE- FONTOY-ALGRANGE-YUTZ-HAYANGE-FLORANGE- FAMECK-METZERVISSE-MOYEUVRE-GRANDE
ESA Mémoires de faïence de l'AMAPA 16 rue Rouget de l'Isle 57200 SARREGUEMINES 03.87.95.68.56 03.87.95.33.01 memoiresdefaïence@amapa.fr permanence téléphonique du lundi au vendredi de 8h à 12h et de 13h30 à 17h15 <i>(en dehors de ces horaires, possibilité de laisser un message sur un répondeur téléphonique)</i> www.amapa.fr	Arrondissement de SARREGUEMINES: Cantons de SARREGUEMINES VILLE ET CAMPAGNE VOLMUNSTER - BITCHE – ROHRBACH-LES BITCHE- SARRALBE
ESA « Les Papillons » du SSIAD de DIEUZE et d'ALBESTROFF 03 87 05 02 00 (standard Hôpital Saint Jacques) 03 87 05 07 83 (ligne directe) 21 route de Loudrefing 57260 DIEUZE de 8h00 à 20h00 M^{me} Evelyne BERNARD coordinationsoinshop@hopital-dieuze.fr	Cantons d'ALBESTROFF - CHÂTEAU- SALINS – DIEUZE - VIC SUR SEILLE

Annexe 4 : Grille Aggir

CONSEQUENCES DES DEFICIENCES

DETERMINATION DU GROUPE AGGIR

A : Fait seul spontanément, totalement, correctement, habituellement

B : Fait plus ou moins spontanément, totalement, correctement, habituellement

C : Ne fait pas du tout

A, B ou C

COHERENCE : converser et/ou se comporter de façon logique et sensée	
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée, les lieux	
TOILETTE : hygiène corporelle : haut : A - B - C bas : A - B - C	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter + appareillage : haut : A - B - C moyen : A - B - C bas : A - B - C	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés : se servir ⁽¹⁾ : A - B - C manger : A - B - C	
ELIMINATION : assurer l'hygiène de l'élimination urinaire : A - B - C fécale : A - B - C	
TRANSFERTS : se lever, se coucher, s'asseoir	
DEPLACEMENTS INTERIEURS ⁽²⁾ : avec ☐ canne, ☐ déambulateur, ☐ fauteuil roulant	
DEPLACEMENTS EXTERIEURS : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
COMMUNICATION à distance : téléphone, sonnette, alarme	

A, le

Signature et Cachet

Horaires auxquels vous pouvez être
joint à votre cabinet médical :

 :

.....

.....

.....

.....

(1) Se servir : peler un fruit, ouvrir un yaourt, couper sa viande, se verser un verre

(2) L'utilisation par la personne seule de cannes, d'un déambulateur ou d'un fauteuil roulant peut lui permettre d'être parfaitement indépendante pour ses déplacements.

Annexe 5 : Barème des ressources et de la participation de la CARSAT Alsace-Moselle pour le plan d'action personnalisé au 1er janvier 2015

RESSOURCES MENSUELLES		Participation de la Carsat	Participation du retraité
Personne seule	Ménage		
Jusqu'à à 835 €	Jusqu'à à 1.451 €	90 %	10 %
de 836 € à 894 €	de 1.452 € à 1.549 €	86 %	14 %
de 895 € à 1.009 €	de 1.550 € à 1.696 €	79 %	21 %
de 1.010 € à 1.090 €	de 1.697 € à 1.754 €	73 %	27 %
de 1.091 € à 1.140 €	de 1.755 € à 1.818 €	64 %	36 %
de 1.141 € à 1.258 €	de 1.819 € à 1.921 €	49 %	51 %
de 1.259 € à 1.423 €	de 1.922 € à 2.134 €	35 %	65 %
de 1.424 € à 2.000 €	de 2.135 € à 3.000 €	27 %	73 %
Au delà de 2.000 €	Au delà de 3.000 €	PAS DE PARTICIPATION	100 %

Annexe 6 : Plafond de ressources applicables au 1er janvier 2015 pour bénéficier de l'aide de l'ANAH en tant que propriétaire occupant

➡ PLAFONDS DE RESSOURCES APPLICABLES (À COMPTER DU 1 ^{ER} JANVIER 2015)		
POUR L'ÎLE-DE-FRANCE		
Nombre de personnes composant le ménage	Ménages aux ressources très modestes (€)	Ménages aux ressources modestes (€)
1	19 792	24 094
2	29 050	35 362
3	34 887	42 471
4	40 735	49 592
5	46 604	56 733
Par personne supplémentaire	+ 5 857	+ 7 132
POUR LES AUTRES RÉGIONS		
1	14 300	18 332
2	20 913	26 811
3	25 152	32 242
4	29 384	37 669
5	33 633	43 117
Par personne supplémentaire	+ 4 239	+ 5 431

Annexe 7 : Barème des ressources et de la participation de la CARSAT Alsace-Moselle pour l'habitat et le cadre de vie au 1er janvier 2015

RESSOURCES MENSUELLES (1)		PARTICIPATION DE L'ASSURANCE RETRAITE calculée sur le coût des travaux pris en compte, dans la limite du plafond d'intervention fixé par le CA de la CNAV
Une personne	Deux personnes	
Jusqu'à 835 €	Jusqu'à 1.451 €	65 %
de 836 € à 894 €	de 1.452 € à 1.549 €	59 %
de 895 € à 1.009 €	de 1.550 € à 1.696 €	55 %
de 1.010 € à 1.090 €	de 1.697 € à 1.754 €	50 %
de 1.091 € à 1.140 €	de 1.755 € à 1.818 €	43 %
de 1.141 € à 1.258 €	de 1.819 € à 1.921 €	37 %
de 1.259 € à 1.423 €	de 1.922 € à 2.134 €	30 %
Au - delà de 1.423 €	Au - delà de 2.134 €	pas de participation de l'assurance retraite

NOTA :

(1) Toutes les ressources imposables du retraité, ainsi que celles du conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS.

Par contre, le loyer, les remboursements de prêts et les frais de chauffage ne peuvent être déduits.

REMARQUES :

- La prestation est réservée aux retraités âgés d'au moins 55 ans et classés en GIR 5 ou 6 ;
- Trois plafonds de subvention sont fixés par le CA de la CNAV en fonction des ressources :
 - à 3 500€ pour des ressources inférieures à 894€ pour une personne seule et 1 549€ pour un ménage,
 - à 3 000€ pour des ressources inférieures à 1 140€ pour une personne seule et 1 818 € pour un ménage,
 - à 2 500€ pour des ressources inférieures à 1 423€ pour une personne seule et 2 134€ pour un ménage ;
- Une liste des travaux finançables par la CARSAT-AM a été établie.

Annexe 8 : Questionnaire de l'enquête envoyé aux médecins généralistes

Questionnaire relatif à la thèse :

Les médecins généralistes de Moselle ont-ils une bonne connaissance des aides à l'autonomie en faveur de leurs patients ?

Par aides à l'autonomie, on entend « l'ensemble des réponses, financières ou non, pouvant être apportées à toute personne, quel que soit son âge, pour compenser ses limitations d'activité, c'est à dire les impossibilités ou les difficultés durables à accomplir seul et sans aide les gestes de la vie quotidienne et de la participation à la vie sociale »

Une seule réponse est attendue à chaque question

1. Vos caractéristiques

Vous êtes : une femme ☐ un homme ☐

Votre âge : ans

Votre année d'installation :

Votre mode d'exercice : seul(e) ☐ en association ☐ en maison de santé ☐

Votre lieu d'exercice : en ville ☐ en milieu semi-rural ☐ en milieu rural ☐

Les patients en perte d'autonomie représentent quelle part de votre patientèle ?
Moins de 25% ☐ entre 25 et 50% ☐ plus de 50 % ☐

2. Formation

Avez-vous bénéficié de cours relatifs aux aides à l'autonomie pour les patients :

- ◆ lors de votre formation médicale initiale ? Oui ☐ Non ☐
- ◆ lors de votre formation médicale continue (FMC) ? Oui ☐ Non ☐

Trouvez-vous que les médecins généralistes ont un niveau de formation suffisant sur la prise en charge médico-sociale des patients en perte d'autonomie ?
Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

Disposez-vous d'un diplôme complémentaire en gériatrie ? Oui ☐ Non ☐
En relation avec le handicap ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, pouvez-vous préciser lequel :

3. Le rôle du médecin généraliste

Selon vous, le médecin généraliste a-t-il un rôle social à remplir auprès de ses patients ?
Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

Parlez-vous des aides à l'autonomie existantes à vos patients ?
Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours ☐

Etes-vous à l'origine des demandes d'aides ?

Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours ☐

Selon vous, s'occuper des aides à l'autonomie fait-il parti des missions du médecin généraliste ?

Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

Si vous avez répondu non, qui devrait s'en occuper ?

Trouvez-vous que les démarches pour obtenir ces aides sont :

- ◆ trop longues Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐
- ◆ trop complexes Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐
- ◆ trop éparpillées Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

Travaillez-vous en partenariat avec les assistantes sociales de votre secteur ?

Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours ☐

4. Les aides à l'autonomie

Parmi les questions formulées par les patients et/ou leurs familles sur ces aides, quelles sont celles qui vous semblent les plus complexes :

- ◆ Aucune ☐
- ◆ celles relatives aux conditions d'attribution des aides
Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐
- ◆ celles relatives aux montants des aides Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐
- ◆ celles relatives aux structures où il faut s'adresser Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐
- ◆ celles relatives aux différentes catégories d'aide existante
Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

Concernant les aides destinées aux personnes âgées dépendantes, comment considérez-vous votre niveau d'information :

- ◆ Pas du tout informé ☐
- ◆ Pas assez informé ☐
- ◆ Moyennement informé ☐
- ◆ Correctement informé ☐

Concernant les aides destinées aux personnes en situation de handicap, comment considérez-vous votre niveau d'information :

- ◆ Pas du tout informé ☐
- ◆ Pas assez informé ☐
- ◆ Moyennement informé ☐
- ◆ Correctement informé ☐

Avez-vous eu connaissance du schéma départemental à l'autonomie 2010-2015 émis par le Conseil Général de Moselle ? Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

Globalement, quelle note vous attribueriez-vous concernant vos connaissances en matière d'aides à l'autonomie ? (0 : mauvaise ; 10:excellente) /10

Savez-vous quel est le rôle de l'ANAH ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, pouvez-vous préciser :

Connaissez-vous l'Action Sociale des Caisses de Retraite ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, que propose-t-elle ?

A qui s'adresse l'action sociale des caisses de retraite ?

- ◆ A toutes les catégories de personnes âgées Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐
- ◆ Aux moins autonomes Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐
- ◆ Aux plus démunis Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

Avez-vous déjà entendu parler :

- ◆ des séjours de vacances-répit adaptés aux aidants-aidés ? Oui ☐ Non ☐
- ◆ du service de transport accompagné Sortir Plus ? Oui ☐ Non ☐

5. L'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie (APA)

Est-elle liée aux conditions de ressources ? Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

Savez-vous où peut-on retirer les dossiers d'APA ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, veuillez préciser :

Peut-elle se cumuler avec d'autres aides ? Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

Elle permet de financer ?

- ◆ des aides techniques Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐
- ◆ des aides humaines Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐
- ◆ des articles d'hygiène Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐
- ◆ la téléassistance Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐
- ◆ le portage des repas Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐
- ◆ les frais d'hébergement temporaire ou définitif Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

Fait-elle l'objet d'une récupération sur succession ? Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

Existe-t-il un délai réglementaire d'attribution de l'APA ?

Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐ Si oui, de combien de mois est-il ?

La grille AGGIR est selon vous :

un mauvais ☐ un moyen ☐ un bon ☐ un très bon ☐ outil de mesure de l'autonomie
très facile ☐ facile ☐ moyennement facile ☐ difficile ☐ à remplir
en moyenne, combien en remplissez-vous par trimestre ?

6. La Prestation de Compensation du Handicap (PCH)

Est destinée uniquement aux adultes ? Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

Peut-elle être obtenue au delà de 60 ans ? Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

Remplace l'allocation compensatrice pour Tierce Personne ?

Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

Selon vous, elle couvre les besoins :

- ◆ d'aides humaines Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐
- ◆ d'aides techniques Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

- ◆ d'aides animalières Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐
- ◆ d'aménagement du logement Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐
- ◆ d'aménagement du véhicule Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐
- ◆ des aides spécifiques et exceptionnelles Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

Son attribution est-elle liée à des conditions de ressources ?

Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

Peut-elle se cumuler avec d'autres aides ? Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

7. L' Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)

Est attribuée selon le taux d'incapacité ? Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

si oui, à partir de quel taux ? La CDAPH est la Commission des Droits et de l'Autonomie des personnes handicapées

- ◆ moins de 50% Oui ☐ Non ☐ selon avis de la CDAPH ☐ Ne sait pas ☐
- ◆ entre 50-79% Oui ☐ Non ☐ selon avis de la CDAPH ☐ Ne sait pas ☐
- ◆ au moins 80% Oui ☐ Non ☐ selon avis de la CDAPH ☐ Ne sait pas ☐

Existe-t-il des majorations financières à l'AAH ? Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

8. Les aides spécifiques à l'Enfance

Connaissez-vous les aides versées par la CAF ?

- ◆ L'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) Oui ☐ Non ☐
- ◆ L'Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP) Oui ☐ Non ☐

9. Des projets pour développer les aides à l'autonomie

Pensez-vous que la création d'une structure unique telle qu'une Maison Départementale pour l'Autonomie soit nécessaire en Moselle ?

Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

Voudriez-vous bénéficier d'un accès direct auprès d'un interlocuteur référent dans les organismes sociaux ? Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

Souhaiteriez-vous participer à des FMC sur ce thème ? Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

Aimeriez-vous disposer d'un guide d'information ? Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

Si vous avez répondu oui, sous quelle forme :

- ◆ des fiches pratiques Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐
- ◆ un petit livret de poche Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐
- ◆ une application smartphone Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐
- ◆ un site internet Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐
- ◆ autre

Commentaires libres sur le sujet de la thèse :

En vous remerciant encore pour votre participation

Cordialement,

Camille Bertrand

Annexe 9 : Courrier envoyé aux médecins généralistes de Moselle dans le cadre de notre étude

Mademoiselle Camille Bertrand
médecin remplaçant
Licence n°1455 Ordre des Médecins de Moselle
camille.bertrand@free.fr
06 27 22 67 06

Chère Consœur, Cher confrère,

Je me permets de vous solliciter dans le cadre de la réalisation de ma thèse d'exercice de Médecine Générale, dirigée par le Docteur Laure Ecuier et présidée par le Pr Christine Perret-Guillaume.

L'objectif principal de ma thèse est d'évaluer les connaissances des médecins généralistes de Moselle sur les aides à l'autonomie destinées à leurs patients.
En effet, plusieurs études ont révélé que les médecins généralistes éprouvaient des difficultés concernant la prise en charge médico-sociale des patients en perte d'autonomie du fait d'un manque d'information et/ou de formation. Qu'en est-il réellement en Moselle ?

Afin de pouvoir y répondre, il me faut réunir un maximum de questionnaires complétés par vos soins.

Pour cela, je vous demanderais de bien vouloir répondre de manière spontanée aux différentes rubriques, dans le but de rendre cette étude la plus significative possible.

Consciente que votre temps est précieux et déjà bien accaparé par des tâches administratives, le remplissage du questionnaire ne devrait pas excéder 15 minutes.

Les questionnaires et l'exploitation des résultats demeureront bien sûr anonymes.

Vous trouverez ci-joint une enveloppe pré-affranchie vous permettant de me retourner le questionnaire.

Si vous le désirez, je peux venir à votre rencontre afin de vous présenter mon travail.

Je vous remercie par avance pour votre participation à ce projet et reste à votre entière disposition pour vous faire parvenir les résultats de cette enquête .

Bien confraternellement,

Camille Bertrand

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

INTRODUCTION : Les médecins généralistes sont chargés parmi tant d'autres missions, d'orienter les patients au sein d'un secteur médico-social en constante évolution. Même s'ils reconnaissent cette dimension sociale comme étant spécifique de leur discipline, ils n'éprouvent pas moins des difficultés pour l'exercer comme le révèlent plusieurs études. Les aides à l'autonomie sont un exemple des nombreux dispositifs existants pour compenser les limitations d'activité dans un but d'inclusion partout et par tous. **MATÉRIEL ET MÉTHODE :** Notre enquête avait donc pour objectif principal d'en évaluer la connaissance par les médecins généralistes mosellans, à travers un questionnaire distribué par voie postale à un échantillon de 500 praticiens. L'existence de facteurs influençant cet état de connaissances, les obstacles et les solutions à son accès ont été recherchés dans un second temps. **RÉSULTATS :** L'analyse des 216 réponses montre que le niveau de connaissances sur les aides à l'autonomie est insuffisant avec une note moyenne estimée à 4,3/10 par nos participants. Si les principes généraux surtout pour les personnes âgées sont globalement acquis, une absence de savoirs et des erreurs concernent plus de 80% d'entre eux sur des questions précises telles que leurs conditions d'attribution. D'autant plus qu'ils sont freinés dans l'accès aux connaissances par des obstacles comme le défaut d'information, de formation, de communication, de coordination et de simplification. **CONCLUSION :** Conscients de leurs lacunes mais aussi du rôle social exercé auprès des patients, les médecins généralistes veulent améliorer la situation. Cependant, ils aimeraient être mieux accompagnés et valorisés par la société, qui sera confrontée à un vieillissement démographique sans précédent. Des changements pour s'y préparer sont nécessaires dans l'avenir. Soutenir les médecins généralistes en leur proposant une rémunération, des outils et partenaires plus adaptés serait une première étape.

TITRE EN ANGLAIS Independent living aids in France: knowledge assessment of general practitioners. From a survey carried out with 216 Doctors in Moselle

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2015

MOTS CLEFS : Aides à l'autonomie, connaissances, médecins généralistes, obstacles

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R

UNIVERSITE DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, Avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
