

**ANNEXE 16**

DOCUMENTS REMIS A L'APPUI DE L'AUDITION DE

**M. Michel Mercier**, vice-président de l'Assemblée des départements de France

18/09/2003 18:25

0387361191

A D F

— 298 —

PAU 01406

*Assemblée des*  
**DEPARTEMENTS  
 DE FRANCE**

**Mission d'information sur la canicule  
 Position de l'ADF**

**1. Quelle est la perception de la crise par l'ADF ? Quelles remontées des départements ? Quel rôle ont-ils éventuellement joué ?**

Un certain nombre d'idées reçues et de lieux communs ont été véhiculés sur les effets canicule qui ont fortement touché au cours de cet été les publics vulnérables en général, et les personnes âgées en particulier. Or, s'il apparaît que nous sommes face à un phénomène sans précédent, il existe à n'en pas douter un décalage important entre la surmortalité annoncée au plan national et les réalités constatées à l'échelon local. Néanmoins, les départements n'ont pas compétence en matière sanitaire et il est vrai qu'une partie importante des décès enregistrés échappe au recensement opéré dans les départements :

- Les départements ont fourni les chiffres liés aux décès en établissements, mais formulent tous des réserves sur l'interprétation hâtive de ces chiffres compte tenu de la méconnaissance des causes réelles de décès et de la globalisation de ceux-ci, toutes causes confondues. De nombreux départements font valoir que les services d'urgences ont géré très peu d'admissions liées à des problèmes d'hyperthermie ; les hôpitaux n'ayant pas jugé nécessaire de mettre en place des cellules de crise. Les maisons de retraite ont globalement assumé et ont gardé leurs résidents au lieu de les transférer vers d'autres établissements.
- Les comparaisons statistiques avec les deux années antérieures démontrent une évolution du nombre de décès mais, en corollaire, les départements constatent que les principales victimes ont été les personnes les plus âgées, les plus fragilisées et dépendantes pour lesquelles la chaleur n'a été qu'un facteur aggravant indirect. Il faudrait donc, pour réaliser une étude exhaustive et significative, comparer le nombre de décès sur des années complètes. Il faut noter que les durées moyennes de séjour sont désormais de plus en plus courtes, les personnes âgées arrivant, principalement au sein des USLD, en état de grande dépendance, voire en fin de vie, et le nombre de décès augmente donc globalement d'année en année.

**LES CONSTATS MAJEURS**

1) Une différence notable est à faire entre urbain / rural : La surmortalité en milieu urbain où les hospitalisation et décès ont doublé pourrait trouver son explication dans le cumul canicule - pollution et chaleur nocturne.

N03-06989.doc

ASSEMBLÉE DES DÉPARTEMENTS DE FRANCE

6, rue Duguesne-Trouin | 75 006 Paris | Tél.: 01 45 49 60 20 | Fax: 01 45 49 60 21 | e-mail : adf@departement.org

18-SEP-2003 JFU 18:17 TEL:0387361191

NOM : DENIS JACQUAT

18/09/2003 18:25

0145430421

0387361191

A D F

— 299 —

Page 11/11

2) Le manque de personnels ou de moyens dans les structures concerne essentiellement l'encadrement en soins :

- Les établissements médicalisés ont des évolutions de leur taux de mortalité plus faibles que les structures non médicalisées : les maisons de retraite qui ont été conventionnées ont une progression du nombre de décès plus faible que leurs homologues non conventionnés.
- Les longs séjours et maisons de retraite hospitalières ont des taux de mortalité qui ne bougent pratiquement pas sur la période, signe que la médicalisation est un atout déterminant pour la survie des personnes âgées durant cet épisode.

**2. La crise a souligné la nécessité d'une capacité à mieux répondre à l'urgence. Que peuvent faire les départements de ce point de vue ? Est-ce le bon niveau de collectivité pour gérer les crises sanitaires ?**

Ce phénomène, s'il met en évidence une responsabilité collective devant s'accompagner d'une analyse fine et objective des causes réelles, ne doit pas consister en la recherche de boucs émissaires et d'explications simplistes et sommaires. La gestion de l'urgence ne présente pas de difficulté particulière quand les coordinations existent et que les partenariats fonctionnent.

Nous sommes en présence d'abord d'une crise sociale : le bon échelon pour la gestion de cette crise est l'échelon local : département + communes (ou intercommunalités) associations + bénévoles. En effet, l'échelon de proximité paraît le plus réactif en la matière.

**3. Avez-vous le sentiment qu'il y a une insuffisance des moyens disponibles à la fois dans les maisons de retraite et dans l'aide à domicile pendant la crise ?**

S'agissant de la prise en charge des personnes âgées vivant à domicile ou hébergées en établissement, on a effectivement noté d'importants dysfonctionnements. Mais il serait trop rapide d'attribuer ces insuffisances aux moyens déployés.

Car en effet, la problématique est plus complexe :

- à domicile, les départements ont mis en évidence, de manière encore plus aiguë avec la mise en oeuvre de l'APA, des besoins importants d'aide à domicile. Il ne s'agit pas ici d'un problème strictement financier. Les personnels de l'aide à domicile sont insuffisamment nombreux et surtout insuffisamment formés. Une mesure phare dans ce domaine : l'ADF a donné une suite favorable à la demande de revalorisation de la branche d'aide à domicile, en acceptant une très conséquente augmentation des rémunérations à hauteur de 24% sur quatre années.
- en établissement, des problèmes d'organisation du temps de travail ont été constatés. Pourtant, la réduction du temps de travail, qui aurait dû permettre une amélioration en termes d'aménagement des plages horaires, notamment pendant

10/09/2003 18:25

014543321 0387361191

A D F

— 300 —

PAUL

les périodes de vacances et week-ends, s'est traduite par un désinvestissement sous-effectifs notoires en fin de semaine et autour des jours fériés. Ce phénomène a été renforcé par les congés d'été, notamment sur la période comprise entre le 1<sup>er</sup> juillet et le 15 août.

- 4. La Cour des comptes aurait observé un déficit dans la coordination en matière gérontologique. Avec les personnels APA, vous êtes l'un des principaux intervenants. Comment peut-on améliorer cette coordination ? Faut-il renforcer le rôle des CLIC ? Comment améliorer le repérage des personnes âgées isolées ?**

La coordination gérontologique existe et fonctionne très bien dans les secteurs ruraux (instances de coordination articulées aux actions en faveur des personnes âgées menées par les Conseils généraux). L'amélioration de cette coordination doit passer par un renforcement du rôle de pilote des politiques gérontologiques, rôle que les Conseils généraux souhaitent jouer. En ce sens, tant pour les financements que pour la coordination, il convient que les différents partenaires n'aient qu'un seul interlocuteur, en l'occurrence, le département.

Les CLIC ont été initiés par l'Etat. Leur développement est très disparate et leur pérennité mise en cause dans la mesure où le financement Etat n'est pas garanti. Il convient que ces lieux d'information et de coordination soient pilotés uniquement par les Conseils généraux. Dans l'optique d'une gestion commune du handicap et de la dépendance, il conviendrait que les CLIC fusionnent avec les sites pour la vie autonome.

Pour parfaire encore la coordination, il serait intéressant que les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), qui sont en nombre nettement insuffisant soient développés. En outre, il paraîtrait cohérent qu'ils soient du ressort des Conseils généraux.

- 5. Quels enseignements les départements tirent-ils de la Crise ? Quelles mesures peut-on envisager à court et à moyen terme ? Ne faut-il pas prévoir davantage de souplesse dans la gestion des heures supplémentaires d'aide à domicile ? A-t-on l'assurance que celles effectuées en août seront payées ? Dans quel délai ?**

De nos investigations, il ressort clairement que les départements ont tous constaté l'implication réelle et la continuité des services d'aide à domicile, les personnels tant à domicile qu'en établissement s'étant impliqués pour faire face à un surcroît de travail important.

Les mesures de prévention prises par le personnel et les professions libérales intervenant dans les établissements, la vigilance accrue concernant les risques de déshydratation, ont permis de prendre en charge assez efficacement les problèmes liés à la canicule. Le manque de solidarité familiale et sociale n'a pas été notablement dénoncé, les départements ruraux attestant même de son effectivité sur leurs territoires. C'est surtout en Ile de France que le problème de l'isolement des personnes âgées a été constaté, avec l'affirmation d'une nécessaire réactivation des solidarités familiales, une revitalisation des réseaux de proximité et de l'aide intergénérationnelle.

N03-06980.doc

13/09/2003 18:25 H14540387361191

A D F

— 301 —

D'où, il ressort :

- Bon fonctionnement général de l'existant,
- Investissement des personnels tant à domicile qu'en établissement pour d'une part répondre de manière adaptée aux besoins et d'autre part, faire face au surcroît de travail,
- Pertinence des plans d'aide mis en œuvre dans le cadre de l'APA, qui ont permis d'amoindrir les effets dévastateurs de la canicule. Ce point est à souligner.

Il faut effectivement disposer de plus de souplesse dans l'organisation de l'intervention des aides à domicile. Mais celle-ci réclamera un développement des recrutements (défaillance des candidatures constatée jusqu'alors) et un développement de la formation que requiert la prise en charge de la dépendance des personnes âgées.

Il ne s'agit donc pas d'un problème budgétaire mais d'un secteur à développer, à encadrer et à optimiser dans ses compétences.

#### **6. Sur la reconnaissance d'un cinquième risque, l'ADF peut-elle préciser sa position ?**

Le principe de la reconnaissance de ce que l'on nomme « 5<sup>ème</sup> risque » peut constituer un leurre car la notion qu'il recouvre ne concerne qu'un dispositif de péréquation financière de cotisations et de redistribution. Or la prise en charge de la dépendance réclame à la fois une source de financement pérenne, évolutive, prenant en compte les véritables besoins des personnes âgées et une politique de suivi et d'accompagnement médico-social individualisé. Les actions menées dans ce cadre doivent être articulées aux réalités des personnes. A ce propos, on voit bien comment l'APA (non contestée dans la plus large mesure qu'elle a permis d'apporter aux personnes âgées à tous niveaux) pose les termes d'une équation difficile à résoudre : conjuguer un financement (lourd) influencé notamment par le vieillissement de la population française et un fort besoin de prise en charge individualisée des personnes âgées dans un contexte sociétal où les solidarités familiales sont en net recul.

La reconnaissance d'un 5<sup>ème</sup> risque n'est donc pas critiquable s'il permettait de garantir une solidarité nationale. Mais il est totalement irréaliste quant au nécessaire travail de terrain qu'il conviendrait encore de développer — la canicule l'a tristement rappelé. Seules les Collectivités locales, en particulier le Département, peuvent mener cette action de proximité.

#### **7. Comment peut-on expliquer les disparités entre départements du sud de la France et les autres ?**

Les disparités, parfois très importantes ont effectivement été notées entre le nord et le sud : autant dire que les départements plus souvent confrontés à des périodes de forte chaleur ont été plus réactifs.

Cette situation révèle une importante disparité entre zones urbaines et zones rurales, entre communes de taille moyenne et agglomérations, entre départements disposant de

coordinations locales très dynamiques (composées de personnel et de bénévoles très présents auprès des personnes âgées) et départements souffrant d'une organisation locale moins dynamique, phénomène que renforce l'enclavement de certaines zones.

### **8. La Crise a révélé l'absence de lien entre le sanitaire et le social. Comment les départements peuvent-ils réguler ce lien ?**

On l'a vu : cette crise est d'abord une crise sociale et humaine avant d'être une crise sanitaire. Aussi, les départements déjà très impliqués dans les politiques en faveur des personnes âgées réclament une véritable responsabilité et une position de chef de file en la matière. Le projet de loi relatif à la phase II de la décentralisation doit en ce sens préciser l'élargissement de ce champ de compétence.

Ainsi les schémas départementaux en faveur des personnes âgées doivent être mutualisés afin de renforcer la coordination des politiques gérontologiques au plan national.

De plus, les départements estiment intéressant l'idée de gérer pour le compte de la sécurité sociale les enveloppes « soins ». En effet, et la réforme de la tarification des EHPAD le confirme, il est de plus en plus incohérent de séparer artificiellement les tarifs « dépendance » et les tarifs « soins ».

### **9. Doivent-ils aller plus loin dans les coordinations des politiques gérontologiques ?**

Cf. question 4

### **10. Faut-il intervenir sur le plan de la formation et de la qualification des personnels ?**

S'agissant des structures d'hébergement : les Conseils généraux font tous état d'une réelle mauffiance de personnel soignant, de la difficulté de recrutement d'infirmières diplômées d'Etat, aides soignantes, et médecins coordonnateurs notamment.

Services d'aide à domicile : Les Conseils généraux font tous état d'une pénurie de main d'œuvre dans les associations, services des Communautés de communes ou des CCAS qui sont pourtant des partenaires incontournables et nécessaires du système d'aide. Il paraît essentiel aux départements de les aider à se développer tout en gardant la plus grande vigilance quant à la qualité des prestations qui sont offertes aux bénéficiaires, notamment en renforçant la formation.

La mise en œuvre de l'APA devait être accompagnée par des actions de sensibilisation aux métiers de l'aide à domicile, de formation des personnels ... à mettre en œuvre par le biais du FMAD - afin de mieux répondre à la demande croissante d'intervention auprès des personnes dépendantes. Ces actions sont donc à développer rapidement. D'autant qu'on note un défaut d'attractivité et de professionnalisation du secteur : pour y palier, plusieurs départements ont développé un dispositif d'accompagnement pour faciliter les recrutements et la professionnalisation.

A noter également que la nouvelle formation des auxiliaires de vie sociale est excessivement longue et ne permet pas, de fait, de répondre de façon satisfaisante à la demande. Néanmoins, dans ce domaine, les départements sont déjà largement sollicités puisqu'ils ont honoré les décisions des accords de branche. Le département a ainsi fait évoluer le taux horaire d'intervention au titre de l'APA de 12,90 € à 14,90 € à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2003.

### **11. Avez-vous des exemples de Conseils généraux qui se sont investis dans la diffusion d'informations ?**

Deux exemples importants (parmi d'autres) de dispositifs spécifiques, qui ont fait l'objet d'une communication :

- Conseil Général d'Indre et Loire : le réseau « télé sécurité » mis en place a joué un rôle bénéfique ;
- Conseil général du Val d'Oise : la plupart des établissements ont mis en place très tôt des protocoles d'hydratation.

### **12. Les départements entendent-ils mener un travail d'investigation des conséquences de cette canicule ?**

Au lendemain de la canicule, l'ADF a très rapidement lancé, en direction de l'ensemble des départements, une vaste consultation se traduisant par un état des lieux complet de la situation constatée dans chacun d'entre eux pendant la période estivale.

Ainsi, on a cité, pour expliquer l'ampleur du phénomène les causes suivantes : carences d'organisation des services hospitaliers, insuffisances d'accompagnement des personnes âgées à domicile, manque d'hydratation, etc.

Il en ressort les grandes lignes suivantes :

- Insuffisance quantitative et problème de qualification du personnel noté dans la prise en charge des personnes âgées à domicile. A ce titre, l'ADF a mis depuis longtemps en évidence ce problème. En effet, le secteur de l'aide à domicile, s'il a pu bénéficier d'une revalorisation des rémunérations (+24 à +28% réparties sur 4 années), demeure un secteur composé d'agents dont la qualification s'avère en décalage complet avec les besoins réels mis en évidence notamment dans les plans d'aide réalisés par les services départementaux.
- S'agissant des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, on peut également constater que la réforme de la tarification, mise en œuvre au 1<sup>er</sup> janvier 2002, c'est-à-dire concomitamment avec l'instauration de l'APA et de la réduction du temps de travail, n'a pas été accompagnée financièrement par l'Etat. Il existe donc un décalage entre les nouveaux besoins (la prise en charge de l'aide dépendance est néanmoins opérée au titre de l'APA, financée par les départements) et les crédits alloués. Cette réforme complexe et difficile d'accès a, par ailleurs, fortement impliqué les établissements sur des questions uniquement budgétaires alors qu'elle devait constituer une occasion opportune de reconsidérer l'organisation des moyens humains.

Sur le plan sanitaire, il est erroné de mettre en avant les déficits d'hydratation des personnes âgées. En fait, c'est plutôt les effets cumulés de la pollution (spécialement en zone urbaine), la température excessive sur une très longue période, le manque de « récupération » des organismes pendant la nuit (qui plus est s'agissant de personnes vulnérables).

Enfin, cette catastrophe met en évidence un manque de coordination générale de l'ensemble des acteurs oeuvrant dans le champ de la prise en charge des personnes âgées ainsi qu'une carence notoire en matière de solidarité familiale. De plus, étant donné ses compétences actuelles en matière notamment de prise en charge de l'APA, le département apparaît véritablement comme le bon échelon pour gérer la prise en charge générale des personnes âgées.