

*Handicap et vieillissement
Enjeux et responsabilités politiques*

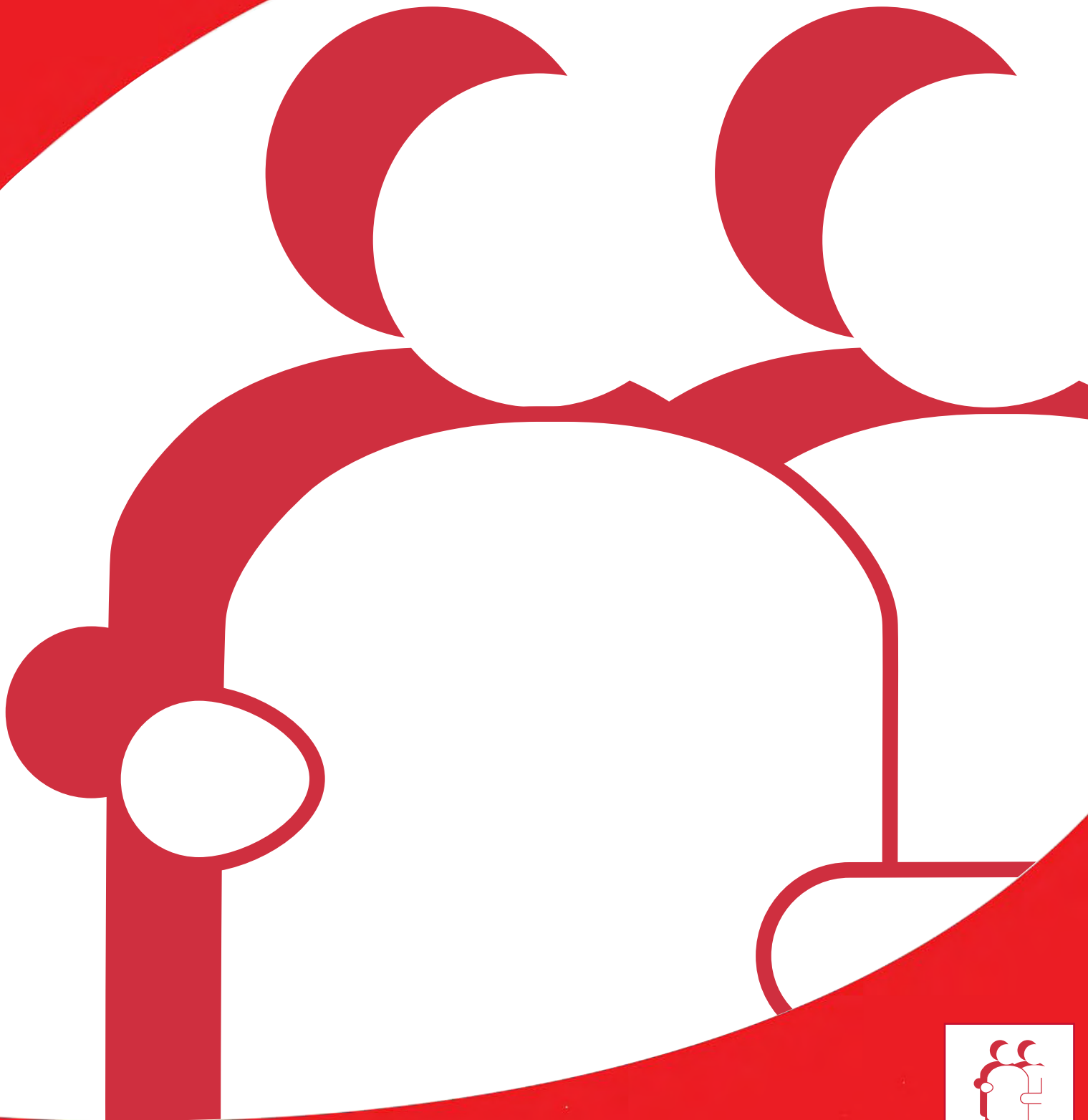


Table des Matières

Introduction. Michel Jadot	4
Handicap et vieillissement – Enjeux et responsabilités politiques. Didier DONFUT.....	6
Handicap et Vieillessement Julie Fernandez Fernandez.....	10
Personnes handicapées seniors / seniors handicapés : quels enjeux ? Gisèle MARLIERE.....	13
Maintien à domicile ou institution ? Léon DEGODENNE.....	25
Personnes handicapées vieillissantes, personnes âgées devenant handicapées : Constats et actions des Centrales de Services à Domicile (CSD) Marc Xhrouet.....	28
Handicap et Vieillessement: cadre et problématique. André Gubbels.....	41
Défendre les pensionnés Gaston Onkelinx.....	67
Les +65, ne comptent-ils plus ? Harry Geyskens.....	70
Changer le regard social sur le handicap et le vieillissement. Docteur Freddy.....	74

Panorama des lieux de vie pour personnes âgées en Wallonie. Dominique Blondeel.....	81
« L’allongement de l’espérance de vie des personnes déficientes intellectuelles en Région Wallonne : un progrès pour l’humanité, un défi à l’humanité ? » Daisy Populaire.....	92
Synthèse.....	97
Conclusions Gisèle Marlière.....	98

Introduction.

Michel Jadot – Co-Président de l’Union Nationale des Mutualités Socialistes

Dans les pays industrialisés et, par conséquent, en Belgique, l’espérance de vie augmente. Le vieillissement de la population n’est donc plus un défi de demain mais une problématique à aborder dès aujourd’hui.

Même si de nos jours, vivre plus vieux signifie vivre plus longtemps et en meilleure santé, cet allongement de la vie n’est pas sans poser des problèmes. Ce phénomène a pour résultat l’augmentation de l’incidence des maladies dégénératives, sources de perte d’autonomie et de dépendance. De plus, l’augmentation de la durée de vie moyenne implique de rouvrir l’épineux débat sur l’âge de départ en retraite et le financement du système des pensions.

Autrefois, on voyait peu de personnes handicapées âgées, et après sa retraite, on ne vivait pas assez longtemps pour voir tout le lot des handicaps dus à l’âge avancé. Aujourd’hui, c’est différent. L’Association Socialiste de la Personne Handicapée nous invite donc mener une réflexion de fond sur le handicap et sur le vieillissement sans toutefois les opposer.

Quel regard porte la société sur les personnes âgées devenant handicapées et sur les personnes handicapées âgées ? Quelle est leur place dans cette même société ?

Les personnes handicapées vieillissantes et les personnes âgées devenant handicapées ne bénéficient pas des mêmes politiques. Pourquoi ? Quels sont les enjeux ? Ne sont-ils que financiers ? Monsieur Didier Donfut, Ministre de la Santé, de l’Action sociale et l’Egalité des chances du Gouvernement Wallon et Madame Julie Fernandez-Fernandez Secrétaire d’Etat à la Personne handicapée du Gouvernement fédéral répondront à nos questions.

Nous aborderons sous divers angles la question de l’autonomie de la personne handicapée, l’autonomie de la personne âgée. Les services sont-ils suffisants pour le maintien à domicile ? Aujourd’hui, des enfants prennent en charge leurs parents et parfois leurs grands-parents parce que ceux-ci ne désirent pas vieillir en maison de repos. Quelles sont les solutions ?

Nous aborderons également tous les lieux de vie pour seniors existant en Belgique.

Enfin, nous aurons le témoignage d’associations de personnes handicapées ou de pensionnés qui nous éclaireront, non seulement, sur les difficultés vécues par

leur public mais profiteront de ce colloque pour nous exposer leurs revendications.

Nous allons débattre des problématiques touchant une proportion toujours croissante de la population : les plus de 65 ans. Le vieillissement des belges est à la fois un défi social et économique. Nous n'arriverons pas au bout de notre réflexion mais après avoir écouté les intervenants que l'ASPH a rassemblé pour nous, peut-être des pistes de réponses se dégageront-elles avec l'envie d'aller plus loin.

Handicap et vieillissement – Enjeux et responsabilités politiques.

Didier DONFUT

**Ministre de la Santé, de l'Action sociale et l'Egalité des chances du
Gouvernement Wallon**

Permettez-moi d'emblée de remercier les organisateurs de cette journée d'étude dans la mesure où celle-ci nous permet de jeter un regard croisé sur la politique des personnes handicapées et sur la politique des personnes âgées. Je souhaite également vous remercier pour votre présence et pour l'intérêt que vous portez à ces importantes matières qui touchent notamment à la question de la solidarité.

Vous le savez, l'espérance de vie est en augmentation en Belgique et en Europe. Cela ne signifie néanmoins pas que toutes ces personnes sont en bonne santé. Au contraire, l'augmentation de l'espérance de vie va de pair avec un accroissement de la population qui présente des limitations fonctionnelles.

Nous assistons par ailleurs à un vieillissement démographique. Ce phénomène résulte de la combinaison de deux facteurs, en l'occurrence, l'augmentation sensible de l'espérance de vie et la baisse de la natalité.

Ces cinquante dernières années, l'espérance de vie des personnes handicapées mentales a augmenté de façon considérable, passant de 20 à 50, voire 60 ans, selon les sources statistiques. Comme le reste de la population, les personnes handicapées ont bénéficié des progrès de la médecine et de l'amélioration générale des conditions de vie. Mais elles ont aussi bénéficié des aides qui se sont multipliées ces dernières décennies, ainsi que d'une prise en charge plus adéquate que par le passé.

Entre 2001 et 2006, le pourcentage de bénéficiaires de plus de 40 ans pris en charge dans les services résidentiels agréés et subventionnés par l'AWIPH est passé de 27,1 % à 34,4 %.

En 2006, près de 8 % de bénéficiaires dans les services résidentiels avaient plus de 60 ans. Si l'on considère toutefois que l'âge d'entrée dans la vieillesse se situe en moyenne vers 50 ans pour les personnes handicapées prises en charge dans ces services, le pourcentage de bénéficiaires ayant atteint cet âge passe à près de 30 %.

Ce vieillissement de la population, nous oblige à faire face à de nouveaux défis car celui-ci ébranle les fondements économiques et sociaux des sociétés dans

de nombreuses régions du monde. Nos sociétés devront non seulement fournir un cadre approprié pour des personnes vivant de plus en plus longtemps, mais aussi garantir la viabilité économique et sociale dans un monde vieillissant.

En ce qui concerne la Région wallonne, la question du vieillissement est un des « leitmotiv » des politiques d'action sociale et de la santé.

En matière de politique des personnes âgées, une série d'initiatives ont été prises afin d'une part de favoriser le soutien au maintien à domicile par :

- l'octroi de contingents d'aides supplémentaires en matière d'aide à domicile (supplément de plus de 300.000 heures depuis 2005),
- l'adoption d'un décret relatif à l'aide aux familles et aux personnes âgées qui prévoit notamment l'extension de certaines aides à l'aidant proche pour lui permettre de s'acquitter de sa mission d'accompagnement,
- l'adoption prochaine d'un décret relatif à la coordination de l'aide et des soins à domicile ;

et d'autre part de soutenir le secteur de l'accueil et de l'hébergement des personnes âgées :

- ainsi, plus de 7.300 lits de maisons de repos seront convertis en lits de maisons de repos et de soins d'ici 2010 afin de permettre un encadrement plus adapté aux besoins grandissants des seniors,
- par le biais du financement alternatif, 200 millions d'euros ont été mis à disposition des maisons de repos pour des investissements en infrastructures depuis le début de la législature,
- en juin 2008, un décret organisant la lutte contre la maltraitance des personnes âgées a été adopté,
- et enfin, last but not least, pour permettre à nos aînés de vivre dans des familles d'accueil et proposer ainsi une alternative aux maisons de repos et de soins, le Gouvernement a adopté à mon initiative un projet de décret qui fixe les normes auxquelles doit répondre l'accueil familial pour bénéficier d'un titre de fonctionnement.

En matière de politique des personnes handicapées, une série de mesures ont été prises ou poursuivies. Je citerai, de manière non exhaustive :

- la levée partielle du moratoire avec la création de places d'accueil de jour pour adultes et de places en service résidentiel de transition,
- l'octroi de subsides d'investissement aux services pour leur permettre d'adapter leurs infrastructures au vieillissement de la population prise en charge à hauteur d'une enveloppe globale de 10 millions d'euros,
- le déploiement d'une offre de répit pour les familles,

- le soutien au développement des services d'accompagnement dans la dimension « préparation à l'après-parents »,
- l'augmentation du nombre de « dispositifs de maintien » en entreprise de travail adapté en faveur de travailleurs âgés,
- et enfin, le développement du secteur de l'aide matérielle dont le budget a doublé en 5 ans. Ces aides matérielles ou techniques concourent très concrètement au maintien à leur domicile des personnes handicapées.

Aussi puis-je évoquer les efforts que développe la Région wallonne pour soutenir le secteur des soins palliatifs qui devraient toucher tant nos seniors que les personnes handicapées.

Voici, en quelques grands traits, brossé le tableau des mesures prises ou en cours afin de répondre aux besoins de nos concitoyens en matière de vieillissement.

Dans le cadre de cette journée d'étude, est posée la question « des politiques différentes selon que l'on a plus ou moins de 65 ans ? ». Il m'apparaît quelque peu réducteur de considérer que le croisement des politiques relatives aux personnes handicapées et aux personnes âgées se réduit à une question d'âge.

Il s'agit de considérer les politiques dans leur ensemble : d'une part, les politiques générales accessibles à tous les citoyens comme par exemple les services d'aide aux familles et d'autre part, les politiques spécifiques.

Concernant la question de la limite d'âge permettant ou non d'être bénéficiaire des interventions de l'AWIPH, en l'occurrence 65 ans, il convient de rappeler que le législateur a prévu une exception qui permet aux personnes dont le handicap a été reconnu par l'AWIPH avant cet âge limite de continuer à bénéficier d'interventions à la condition que celles-ci soient en lien avec le handicap.

Pour être précis, une personne atteinte de surdité et qui connaîtrait après l'âge de 65 ans des problèmes de mobilité ne peut obtenir une intervention de l'AWIPH.

Il est évident que sous certains aspects, en particulier en matière de mobilité, les besoins des personnes handicapées et des personnes âgées s'avèrent similaires et nécessitent donc des réponses relativement identiques.

Le défi du vieillissement de la population postule de continuer à prendre des mesures visant à favoriser le bien-être des personnes, leur santé, leur pleine participation à la vie économique et sociale et leur autonomie, mesures qui vous l'aurez compris impliquent les différents niveaux de pouvoir. Il ne m'apparaît toutefois pas opportun d'élargir la politique spécifique des personnes handicapées sans toutefois bien sûr contester le fait, je viens de

l'évoquer, que des mesures spécifiques en faveur des personnes âgées doivent être envisagées.

Pour l'heure, je vous souhaite d'excellents travaux. Je ne manquerai bien sûr pas d'être attentif aux actes de cette journée.

Enfin, vous me permettez, pour clôturer mon intervention, de citer Monsieur Kofi Annan qui disait que « Les graines d'un vieillissement en bonne santé se sèment tôt ».

Je vous remercie de votre attention.

Didier DONFUT

Handicap et Vieillessement
Julie Fernandez Fernandez
Secrétaire d'Etat à la Personne handicapée
Gouvernement fédéral

En tant que Secrétaire d'Etat aux personnes handicapées, la personne âgée, et plus particulièrement sa perte d'autonomie, est une des facettes de ma charge.

En Belgique, les personnes de plus de 65 ans représentent plus de 16 % de la population et notre espérance de vie ne cesse d'augmenter. Non seulement nous vieillissons, mais nous vieillissons, pour la plupart, en meilleure santé. Parallèlement à cette augmentation, les besoins en soins médicaux par exemple, et le nombre d'ainés en situation de handicap sont en hausse eux aussi.

Au cours d'une journée d'étude du SPF Sécurité sociale sur l'accessibilité aux soins de santé, j'ai appris que la marge pour l'amélioration de la qualité de vie des aînés est encore importante, de sorte que des soins de santé de qualité permettent de limiter encore la perte d'autonomie des aînés. Mais plus encore que cette perte d'autonomie, les personnes en situation de handicap, et les aînés plus particulièrement, sont un groupe d'autant plus vulnérable face à la pauvreté.

La solidarité entre les générations est l'un des piliers sur lequel nous voulons bâtir la société moderne. C'est par elle que la collectivité prend véritablement sa dimension humaine, dans un esprit de fraternité et de respect entre tous ses membres. La solidarité se fonde, d'abord, sur la volonté de ne laisser personne sur le bord du chemin. C'est par ailleurs de cette volonté de structurer cette solidarité et de la rendre opérationnelle qu'est née la sécurité sociale. Ainsi, la solidarité, légalement constituée, renforce la solidarité spontanée existant au sein des familles, des associations et des quartiers.

Au-delà de ces premiers niveaux, qui doivent être confortés, la solidarité légale donne l'assurance de voir les droits à la dignité garantis face aux aléas de la vie. Les statistiques européennes les plus à jour indiquent qu'un Belge sur sept (14,7 % de la population) connaît un « risque accru » de pauvreté. Concrètement, cela signifie que près de 1.470.000 personnes disposent d'un revenu inférieur à 860 € par mois pour un isolé et 1.805 € par mois pour un ménage. La variation du risque de pauvreté est déterminée par le nombre d'enfants à charge. Mais l'âge joue également un rôle très important. Le risque de pauvreté est plus élevé chez les personnes âgées de plus de 65 ans (23,2%).

Il ressort d'une récente enquête du CRIOC (Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs) relative à la consommation des ménages à revenus modestes, qu'une personne interrogée sur deux estime qu'elle n'a pas assez d'argent pour vivre et que deux sur trois sont préoccupés par leur pension.

Le Gouvernement fédéral a confirmé son intention de préserver le mécanisme d'indexation des salaires et des allocations sociales. Ce mécanisme constitue une protection fondamentale et, par là, un facteur de prévention de pauvreté face à l'augmentation du coût de la vie. Sans ce mécanisme protecteur essentiel, la réalité de la pauvreté en Belgique serait sans doute bien plus importante encore.

Pour nous, dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, l'objectif est de soutenir le pouvoir d'achat des personnes vivant en situation de pauvreté. Et ce, sans négliger les bas et moyens revenus. Telles sont nos priorités socio-économiques. C'est comme ça que nous voulons entre autres soutenir le pouvoir d'achat des personnes âgées.

En tant que Secrétaire d'Etat à la Personne handicapée, j'ai également en charge la gestion des allocations pour les personnes âgées (APA). Comme vous le savez, il s'agit d'une allocation destinée aux personnes éprouvant des difficultés sur le plan de l'autonomie, ayant 65 ans ou plus et disposant de revenus limités. L'allocation d'aide aux personnes âgées est un revenu complémentaire. La personne âgée en situation de handicap doit d'abord faire valoir son droit à la garantie de revenus pour personnes âgées (GRAPA) et à la pension de survie.

Depuis mon entrée en fonction comme Secrétaire d'Etat, j'ai pu me rendre compte combien les personnes en situation de handicap vivent des situations difficiles.

Et combien le système d'allocation comporte encore bien des inégalités.

Avoir un handicap ou une maladie chronique invalidante est un facteur menant souvent à la précarité.

En tant que socialiste, je soutiens le principe que le coût de l'intégration d'une personne souffrant d'un handicap ou d'une perte d'autonomie soit à charge de la communauté (avec une priorité pour les plus diminués). Ce principe doit être généralisé dans nos politiques pour enfin arriver à un système social performant.

Au travers d'une journée comme aujourd'hui, je souhaite notamment être à votre écoute et identifier avec vous les points faibles de nos régimes en toute

ouverture d'esprit afin d'essayer de les résoudre le mieux possible avec mes collègues. A cette fin, l'ASPH est, non seulement aujourd'hui mais aussi lors de l'élaboration de ma politique, un de mes partenaires privilégiés.

Je terminerai mon intervention en soulignant que la qualité du service offert aux personnes en situation de handicap est quasi aussi importante que les allocations qu'elles perçoivent. Cette recherche d'efficacité et de qualité dans le service public offert faut-il le rappeler, fait partie de ma politique et contribue à une meilleure justice sociale.

Faciliter les démarches administratives, respecter les délais, favoriser une meilleure écoute, un meilleur accueil et le relais de décisions transparentes et compréhensives ... Voilà les résultats que je souhaite obtenir.

C'est pourquoi un renforcement des services est nécessaire. Le nombre et la qualité d'agents traitants, d'assistants sociaux devra être et sera renforcé et la formation des médecins améliorée.

Par ailleurs, l'accès à l'information sera facilité tant par la lisibilité des documents que par un accès gratuit au Call center via la création d'un numéro vert.

Je vous remercie d'avance pour votre contribution et j'espère avec vous que les résultats de cette journée d'étude nous soutiendront dans notre politique.

Je vous remercie.

Personnes handicapées seniors / seniors handicapés : quels enjeux ?

Gisèle MARLIERE

Association Socialiste de la Personne Handicapée

Le 10 décembre 1948, les 58 états membres ont adoptés la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. Pour y arriver, depuis des centaines d'années, des hommes et des femmes se sont battus pour que tout être humain vive dans la dignité, le respect, la tolérance ; beaucoup en sont morts.

Ce texte emblématique est l'outil légal qu'il fallait. Car depuis tout n'est pas acquis : des hommes et des femmes sont encore considérés comme des rebuts, sont bafoués, meurent de misère.

Mais ces combats et ce texte viennent de permettre ce 4 novembre 2008 une concrétisation flamboyante de ce que le respect des Droits de l'Homme peut engendrer : un homme noir issu d'un milieu modeste, démocrate, accède démocratiquement aux plus hautes fonctions et destinées d'un des Etats les plus importants sur l'échiquier géopolitique.

C'est une symbolique extrêmement forte car elle témoigne de ce que toute minorité a les mêmes droits que les autres ; et que, à force de luttes qu'il ne faut pas cesser, ces droits peuvent être reconnus.

Nos investissements comme association représentative de personnes handicapées s'inscrivent dans cette démarche.

Personnes handicapées confrontées au vieillissement, personnes de 65 ans ou plus rencontrant une ou des situations de handicap, voici deux réalités que l'ASPH n'a jamais voulu opposer.

Certes, les contextes sont différents ; certes les difficultés ou barrières sont différentes mais pas toujours ; les enjeux économiques sont eux très importants.

Pourquoi y consacrer une journée de réflexion ? Parce qu'il nous paraît indispensable et d'une extrême urgence d'alimenter le débat, et surtout les pistes à investir pour que les politiques concernés s'en inspirent largement pour construire des réponses nouvelles voir novatrices. En rappelant que les deux constats de départ doivent être rencontrés l'un et l'autre, de manière comparable.

Si des politiques peuvent être élaborées différemment en fonction des publics concernés, il devient urgent qu'il y ait une cohérence entre discours/études, etc... concernant la place que nos sociétés doivent accorder et/ou

reconnaissent à une personne dite « âgée » et les législations mises en place pour le concrétiser.

Mais nous, association représentant des personnes en situation de handicap quelque soit le handicap, la maladie ou l'âge, et d'autres spécifiquement orientées vers les seniors ou encore services à domicile, sommes confrontés tous les jours soit à l'absence de réponse adéquate soit à la distorsion entre moyens et budgets.

Europe

Comprenant l'importance stratégique de s'unir, en 2006, un nombre important de ces acteurs ont établi une Déclaration, dite déclaration de Graz et l'ont transmise à tous les gouvernements nationaux et à la Commission Européenne.

Je citerai un passage qui me paraît représentatif de notre investissement :

« Fondamentalement, on associe au vieillissement le développement ou l'acquisition de l'expérience, de la sagesse, de la compétence, ainsi que le respect. Ces développements et ces valeurs sont également valables pour les personnes handicapées. Mais le concept de vieillissement peut souvent aussi avoir des connotations négatives, telles que une santé physique et/ou des capacités cognitives déclinant, l'inactivité, la pauvreté, l'isolement et la dépendance sociale. Ceci signifie que tout en respectant le vieillissement, il faut davantage privilégier les concepts de vieillissement actif et en bonne santé. Promouvoir des perspectives positives, grâce à des stratégies actives face au vieillissement, apportera une valeur ajoutée aussi bien à l'individu qu'à la société. Nous devons aussi accepter que les personnes handicapées vieillissantes vont vers leur fin de vie et que c'est un défi particulier de s'assurer que celle-ci se déroulera dans la dignité et le respect.

Les Gouvernements doivent prendre en considération les coûts financiers associés à la prise en charge des personnes âgées : besoins croissants d'accompagnement social et de soins de santé, ainsi que l'augmentation du besoin d'accompagnement et de soin pour les personnes handicapées vieillissantes (cf le rapport spécial 1/2006 de la Commission Européenne, Affaires économiques et sociales : « L'impact du vieillissement sur la dépense publique (2004-2050) ». Ainsi vieillissement et handicap seront au cours des décades futures un test de la capacité des sociétés européennes à intégrer tous les citoyens, les notions de vie dans la société et de vie autonome en étant des éléments-clés. Au total, il s'agira de la qualité de vie des personnes dans la société et des services dont elles ont besoin. Le plus grand défi sera d'arriver à identifier et à répondre aux besoins globaux de toutes les personnes âgées

handicapées ou non, tout en mettant l'accent sur et en répondant aux besoins très spécifiques et diversifiés de chaque individu du groupe ».

Et de fait, aujourd'hui, officiellement, l'Union Européenne s'inquiète de cette problématique. Elle estime que le handicap est une réalité aux multiples facettes. Selon les cas, il peut affecter les individus tout au long de leur existence ou altérer leur fin de vie. De manière générale, les individus ne sont pas tous égaux face au handicap et au vieillissement en termes de conditions de vie et de travail. En outre, elle se trouve confrontée à des bouleversements démographiques sans précédent qui vont avoir des répercussions majeures sur la société toute entière. A l'échelon européen, les institutions contribuent à la mise en place par les Etats membres d'une société accessible à tous en renforçant la coopération avec et entre ceux-ci, ainsi qu'en encourageant la collecte, l'échange et l'élaboration de données comparables, de statistiques et de bonnes pratiques.

Quid de la situation en Belgique ?

Le phénomène du vieillissement des personnes handicapées donne une acuité nouvelle à la question de la convergence.

La poursuite de la montée en charge du droit à compensation du handicap doit être envisagée dans le contexte du vieillissement généralisé de la population : la prévalence de plus en plus grande de la dépendance liée à l'âge remet en cause les frontières actuelles des politiques en faveur des personnes âgées et handicapées.

De façon plus concrète, les dispositifs spécifiquement conçus pour les personnes handicapées vont être également confrontés au vieillissement de la population handicapée, du fait de l'allongement de leur espérance de vie.

C'est donc dans ce contexte qu'il convient d'envisager la convergence des dispositifs de prise en charge des personnes âgées et handicapées. Deux questions sont ainsi posées : comment assurer la continuité des prises en charge autour de l'âge, aujourd'hui pivot, de soixante-cinq ans ? Et, plus fondamentalement, comment justifier une disparité de traitement en fonction de l'âge ?

La pression démographique conduit aussi inévitablement à poser la question de la pérennité du financement de la perte d'autonomie et de l'ampleur de ce financement au titre de la solidarité nationale.

a) une nécessaire adaptation de l'offre de service

Jusque récemment, la question des personnes handicapées vieillissantes était une question d'ordre individuel : il s'agissait de trouver au cas par cas des solutions satisfaisantes pour des personnes dont le handicap conduisait à un vieillissement précoce et qui ne pouvaient rester dans leur établissement d'origine ou encore pour lesquelles un hébergement devait être trouvé en raison de la disparition de leur aidant familial.

Il s'agit désormais d'une question collective, car le vieillissement des personnes handicapées devient plus fréquent : aujourd'hui, les personnes handicapées âgées de plus de quarante ans représentent plus de 30 % des résidents en établissement.

b) les dispositifs mis en place pour éviter les ruptures de droits posent des problèmes d'équité

Depuis des années, les associations de personnes handicapées ont dénoncé de façon récurrente l'existence d'une barrière d'âge à soixante-cinq ans, conduisant à des ruptures de droits et de prise en charge.

1. La première, au niveau fédéral, est flagrante, et à nos yeux indécente. La différence des montants d'allocations dans le cadre du manque d'autonomie : Comment se justifie-t-elle ?

Montants Allocations (01.09.2008)

ARR/AI	Mois	Annuel
ARR PACH	949,22 €	11.390,62 €
ARR Isolé	711,91 €	8.542,97 €
ARR Coh.	474,61 €	5.695,31 €

AI	Mois	APA	Mois
1	88,44 €	1	75,57 €
2	301,36 €	2	288,48 €
3	481,54 €	3	350,76 €
4	701,55 €	4	413,00 €
5	795,86 €	5	507,32 €

AI	Annuel	APA	Annuel
1	1.061,26 €	1	906,91 €
2	3.616,37 €	2	3.461,80 €
3	5.778,51 €	3	4.209,10 €
4	8.418,56 €	4	4.956,09 €
5	9.550,33 €	5	6.087,86 €

Comment justifie-t-on qu'une personne âgée ayant le même degré de manque d'autonomie voit son allocation de presque un tiers moindre à celle d'une personne handicapée indemnisée avant 65 ans ?

	Nombre de bénéficiaires	Montant
ARR + AI (hors institution)	57.309	41.942.316,49 €
(dont 65 ans et +)	2.638	1.536.296,70 €
ARR (hors institution)	11.622	5.154.648,65 €
(dont 65 ans et +)	813	182.987,54 €
AI (hors institution)	45.841	12.474.673,97 €
(dont 65 ans et +)	5.122	1.693.407,80 €

	Nombre de bénéficiaires	Montant
ARR + AI (en institution)	14.713	13.370.625,65 €
(dont 65 ans et +)	454	342.916,55 €
AI (en institution)	3.941	948.301,08 €
(dont 65 ans et +)	433	125.128,19 €

	Nombre de bénéficiaires	Montant
TOTAL	ARR + AI +ARR AI + autres	
2005	136.742	911.335.452 €
2007	137.242	934.400.000 €

TOTAL	APA	
2005	114.994	367.976.937 €
2007	128.026	393.100.000 €

Toujours au fédéral, épinglons à titre d'exemple un des droits dérivés ou compensation plutôt qu'avantage, la réduction d'impôt sur les revenus et précompte immobilier. Le bénéficiaire pour y avoir droit, doit avoir été reconnu avant 65 ans. Ce qu'il est intéressant d'épingler sont les réponses de deux sénateurs, à 7 ans d'intervalles.

Celle du 07.11.1997 :

« Pour établir une distinction entre handicap et phénomènes de vieillissement, le législateur a choisi comme critère la limite d'âge de 65 ans. Cela s'explique par le problème complexe du handicap des personnes âgées pour lesquelles il s'avère souvent très difficile de distinguer un phénomène de vieillissement d'un véritable handicap au sens usuel du terme. A défaut d'un critère plus adéquat, on a retenu l'âge de 65 ans comme référence en la matière ».

Et celle du 29 juin 2004 :

« Les personnes âgées c'est-à-dire celles qui ont atteint ou dépassé l'âge de 65 ans qui ne sont atteintes d'un handicap qu'après cet âge, sont dès lors exclues de l'avantage fiscal en matière de précompte immobilier et d'impôt des personnes physiques. A défaut de critère plus adéquat, on a retenu l'âge de 65 ans pour établir la distinction entre un handicap véritable et des phénomènes liés au vieillissement. Si cette limite d'âge, qui est également applicable sur le plan social en matière d'allocations aux handicapés, a été instaurée, c'est parce que se pose le problème complexe en matière de handicap dont sont atteintes les personnes âgées pour lesquelles il s'avère souvent très difficile, sur le plan pratique, de distinguer un phénomène de vieillissement d'un véritable handicap au sens usuel du terme ».

Mais là où se trouve certainement le nœud se trouve à la fin de la réponse.

« Enfin, l'administration ne dispose pas de données statistiques concernant les possibles incidences budgétaires de la suppression de la limite d'âge de 65 ans ».

2. Au niveau Régional

Encore une fois, l'objectif n'est pas d'opposer des dispositifs entre eux.

Mais alors que le maintien à domicile, c'est-à-dire in concreto, l'autonomie comme un droit de vie, est promu dans les textes, pourquoi les personnes de plus de 65 ans ne peuvent-elles pas aussi bénéficier des aménagements et de l'aide matérielle ?

Si l'aide à domicile relève plus des aides familiales, des soins et autres dispositifs, des questions se posent.

Entre le secteur des personnes handicapées et services à domicile, y-a-t-il un malentendu ou des dialogues à inventer ? Des « courts-circuitages » (des parasites) interfèrent négativement dans le lien entre l'offre et la demande. Ces services sont-ils assez présents dans les familles avec enfants handicapés, actifs auprès de personnes handicapées vivant seules ? et si ils le sont, l'aide mériterait sûrement d'être intensifiée.

Les personnes handicapées ne représenteraient que 6,17 % des demandes acceptées. Et si l'on prend en considération les nouvelles demandes, le secteur handicapé ne représenterait que 8% des nouvelles aides fournies. Les tableaux suivants en attestent.

Mais il faut néanmoins admettre qu'il faut d'autres apports pour que la personne de plus de 65 ans qui perd une partie de son autonomie puisse rester active, investie dans sa vie sociale, culturelle, sportive,...

En Région Wallonne – 2007

Accueil/Hébergement		
- 50 ans	4.925	
50 à 54 ans	735	}
55 à 59 ans	511	
+ 60 ans	438	
		1.684

Dépenses prévues en 2008 : 370.980.000 €

Aide Matérielle						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
- 45 ans	9.279	10.210	11.031	10.909	11.502	13.046
45 à 59 ans	3.091	4.582	3.864	3.680	3.728	4.508
+ 60 ans	1.293	1.425	1.338	1.436	1.580	1.757

Dépenses prévues en 2008 : 16.041.000 €

D'autre part, le vieillissement des personnes handicapées est porteur aussi d'autres défis, que ce soit au niveau des personnes en institution, des travailleurs en ETA et enfin n'oublions pas toutes les personnes handicapées entrées dans un processus d'autonomisation de vie. Pour en revenir aux travailleurs, on peut constater que les personnes handicapées de plus de 50 ans sont elles-mêmes de plus en plus nombreux ; la question du maintien dans l'emploi de ces personnes est alors fondamentale. Il nous faut donc également formuler des politiques de gestion du vieillissement des salariés handicapés.

En France, selon l'étude réalisée par l'Observatoire aquitain des publics handicapés, l'âge est, en tant que tel, plus handicapant dans la recherche d'un emploi que le handicap lui-même. Selon les données de cette étude, en effet, une personne de moins de 50 ans a 27 % de chances de connaître une durée de chômage supérieure à 12 mois ; ce risque augmente de 19 points (à 47 %) lorsque le travailleur est plus âgé, alors qu'il n'augmente que de 10 points (à 37 %) si le travailleur est handicapé. On peut donc imaginer les difficultés auxquelles font face les travailleurs qui cumulent ces deux facteurs en étant à la fois handicapés et vieillissants.

Autre domaine à épingler : la mobilité. En parcourant certains domaines du côté de nos collègues néerlandophones, relevons que la demande de l'abonnement gratuit à De Lijn est passé de 24.548 en 2005 à 149.506 en 2007 (info BCSS Flux de données transports en commun) ! Cela souligne combien les personnes de + de 65 ans sont encore soucieuses d'être actives... A ce propos, il y a peut-être quelques espoirs puisque on découvre maintenant qu'en France, l'INRETS (Institut National de Recherche sur les Transports et leur Sécurité) développe une cellule visant à favoriser la mobilité des seniors et des personnes à mobilité réduite en prévenant les situations de handicap dans les transports.

Les difficultés rencontrées lors d'un déplacement peuvent être en effet occasionnelles ou permanentes, selon qu'elles sont liées à un contexte particulier ou à une déficience motrice, visuelle, auditive ou cognitive. Les recherches menées portent à la fois sur la conduite automobile et sur l'accessibilité des réseaux de transports.

Dans le cas de la conduite automobile chez les personnes âgées ou handicapées, il s'agit de permettre au plus grand nombre de personnes de conserver une autonomie et une sécurité de déplacement le plus longtemps possible.

Pour cela, la « compétence globale du conducteur » est analysée en termes d'aptitudes physique et cognitive, de savoir-faire et de comportement au volant.

Ne soyons pas naïfs, ce genre de recherche est sous tendu par un enjeu économique non négligeable. La personne handicapée, le senior handicapé est aussi un consommateur !

C'est d'ailleurs à ce titre non officiel certes, que vient d'avoir lieu à Paris 2 journées d'études dont le thème laisse rêveur : L'adaptation du patrimoine au vieillissement et au handicap, organisées par le Société BAT'IM club.

Enfin, et ceci afin de vous allécher, je ne résiste pas à synthétiser quelques réflexions de Bernard Ennuyer, Docteur en sociologie, qu'il avait émises en décembre 2006, invité à confronter handicap moteur et vieillissement.

Il estime que quel que soit le type de déficience, l'espérance de vie des personnes se rapproche de celle de la population globale.

Il se demande s'il est pertinent de catégoriser les personnes handicapées vieillissantes ? Que l'on soit déficient ou pas, la question qui est posée à la société est celle de l'âge auquel on devient « vieux ».

Pour lui, l'âge n'est pas le facteur majeur de difficultés de la vie quotidienne et il n'y a pas de catégorie de vieillissement car chacun vieillit à son rythme. C'est les législateurs qui établissent des catégories mais le sociologue canadien Erving Goffman les identifie à des « identités sociales virtuelles ».

Dès lors, est-il possible de rendre aux personnes, handicapées ou seniors handicapés leur identité sociale réelle ?

C'est sur cette question que je termine mon intervention. Elle est fondamentale et justifie de nous et des politiques, que l'on y réponde avec adéquation et avec cohérence !

30.10.2008

Bibliographie

Statistiques SPF-ss – Personnes Handicapées 2006
Rapport général SPF-ss – Personnes Handicapées 2007
Déclaration de Graz, Handicap et vieillissement 09.06.2006

Maintien à domicile ou institution ?

Léon DEGODENNE
Handiinfoaménagement
Président

Le maintien le plus longtemps possible de la personne handicapée, qu'elle ait plus ou moins de 65 ans, dans son cadre de vie habituel et dans la dignité nous paraît essentiel. C'est en partant de ce concept qu'en 2002, l'ASPH de Dinant-Philippeville a créé un nouveau service dénommé « Handyinfoaménagement ».

Handyinfoaménagement est reconnu et subventionné comme initiative spécifique par l'AWIPH. Ce service est ouvert à tous, quel que soient les opinions politiques ou philosophiques. Il est entièrement gratuit pour la personne handicapée et il fonctionne sur tout le territoire de la Région Wallonne.

Handyinfoaménagement s'est très vite développé et, en six années de fonctionnement, six ergothérapeutes ont été engagés.

En effet, dès sa mise en place, nous avons dû faire face aux nombreuses demandes des personnes handicapées qui nous interpellaient en vue d'un futur aménagement de leur habitation. A ce propos, il faut préciser que pour être efficace et précis, chaque demande nécessite une visite minimum à domicile, ce qui est notre point fort.

Le travail des ergothérapeutes consiste en une visite systématique au domicile, à réaliser une analyse des capacités/incapacités, des habitudes de vie, des besoins et des difficultés à surmonter suite au handicap de la personne afin de proposer un conseil pertinent et professionnel d'adaptation du domicile ainsi que des aides techniques existantes les plus appropriées que l'on peut trouver dans le commerce spécialisé.

Par la suite, les ergothérapeutes réalisent un dossier personnalisé comprenant un rapport reprenant les difficultés et les propositions d'aménagements (plans et photos) ainsi que de la documentation concernant le matériel proposé.

Par leurs interventions, nos ergothérapeutes permettent et facilitent sans aucun doute le maintien à domicile de la personne handicapée soit en leur permettant de recouvrer ou de conserver une autonomie optimale le plus longtemps possible, soit en améliorant l'environnement afin d'aider ou de soulager le ou les aidant(s).

Nous devons cependant faire face à un problème majeur, les personnes handicapées qui n'ont pas introduit de demande à l'AWIPH avant l'âge de 65 ans, ne pourront bénéficier d'aucune aide financière de l'Agence pour l'aménagement de leur domicile ou pour l'aide matérielle qui leur est proposée.

Il faut aussi préciser à cet effet, que si un dossier a bien été introduit avant 65 ans, l'aide qui serait dès lors accordée à la personne handicapée ne pourrait l'être que dans le cadre du handicap pour lequel le dossier aurait été ouvert préalablement.

Quand il devient difficile, voir impossible d'intervenir sur la condition physique de la personne en fonction de l'âge qui plus est s'il est lié à une situation de handicap de la personne, les aménagements ou aides techniques qui seront proposés permettront donc de toute évidence à chacun de pouvoir continuer à vivre sa vie le plus normalement possible.

Il est cependant évident que c'est dans cette tranche d'âge que, par exemple, le risque de chute est le plus présent et que les difficultés de vie en autonomie deviennent de plus en plus insurmontables sans une aide technique appropriée et aménagement ou adaptation adéquate.

C'est à ce moment que les conseils ou trucs et astuces des ergothérapeutes deviennent utiles.

Par exemple :

- Eviter les obstacles tels que les fils électriques sur le sol, les tapis, un mauvais éclairage.
- Placer un tapis antidérapant dans le fond de la baignoire qui est bien souvent glissant.
- Remplacer la baignoire dont la hauteur est difficile à enjamber par une douche à même le sol avec un siège et des barres d'appui appropriés.
- Allumer l'éclairage dans les escaliers pour éviter de chuter.
- Etc....

Comme je vous le disais préalablement, lorsque la personne âgée que nous rencontrons n'a pas de dossier à l'AWIPH, il nous appartient aussi lorsque nous proposons une solution d'aménagement de tenir compte des moyens financiers de la personne.

C'est là que le bât blesse, car les personnes qui n'ont pas les moyens financiers ne peuvent se permettre de réaliser des aménagements ou d'acquiescer le ou les aides techniques nécessaires.

Je pense donc que le monde politique devrait se sentir beaucoup plus concerné par cette problématique. Il faut savoir que le département « aide(s) individuelle(s) » est, en terme de budget, le plus petit secteur de l'AWIPH. Il est pourtant vital pour permettre de vivre à domicile avec un maximum de possibilités d'autonomie. Si nous faisons en effet, une analyse rapide des moyens minimums à mettre en place pour que la personne handicapée âgée puisse

rester chez elle ne fut-ce que quelques années supplémentaires et éviter ainsi de devoir entrer prématurément en institution ou maison de repos, un calcul rapide nous démontrera à souhait que l'enjeu vaudrait la peine d'une réflexion approfondie qui devrait aboutir sur une modification de la législation en la matière.

Je voudrais toutefois préciser que nous n'avons jamais opposé l'institutionnalisation à l'autonomie parce que, d'une part, la première est une réponse pertinente pour beaucoup de personnes handicapées et que, d'autre part, les modalités de réponse peuvent s'articuler sur ce droit au choix de vie. Si on approche cette volonté de privilégier le maintien de la personne handicapée dans son milieu naturel ou familial, c'est le choix de vie et l'autonomie qui sont reconnus.

Enfin, je voudrais terminer mon intervention en précisant que notre neutralité par rapport au secteur des bandagistes évite bien souvent des achats non appropriés voir excessifs par rapport aux moyens financiers et aux besoins réels de la personne. Nous nous devons également de jouer le rôle de vigile relais afin d'éviter un maximum la malfaçon.

Personnes handicapées vieillissantes, personnes âgées devenant handicapées : Constats et actions des Centrales de Services à Domicile (CSD)

Marc Xhrouet

1. Le contexte
2. Les constats
3. Les services proposés par les CSD
4. Les initiatives spécifiques : le répit
5. Les principaux problèmes rencontrés

1. Le contexte

Les CSD proposent leurs services à toutes les personnes qui ont besoin d'aide, quelle que soit l'origine de leur manque d'autonomie (handicap, maladie ou vieillissement).

Lorsqu'ils sollicitent nos services à domicile tous les patients ou les bénéficiaires d'une aide, sont en situation de dépendance :

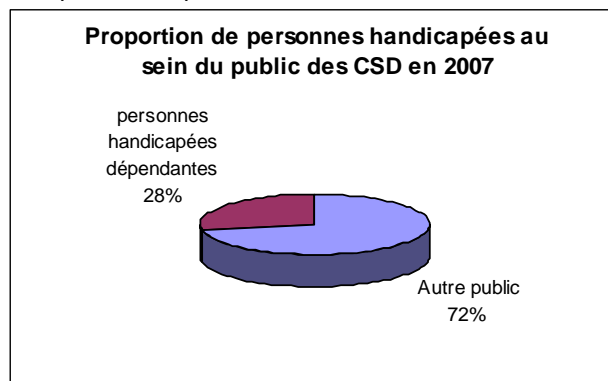
- légère ou importante,
- temporaire ou définitive.

Chaque situation est particulière et nécessite un service « organisé sur mesure ». Toutefois, je tiens à préciser que je n'aborderai pas le problème spécifique du vieillissement des personnes porteuses d'un handicap mental. Cette problématique nécessite des réponses appropriées.

Bénéficiaires des services des CSD

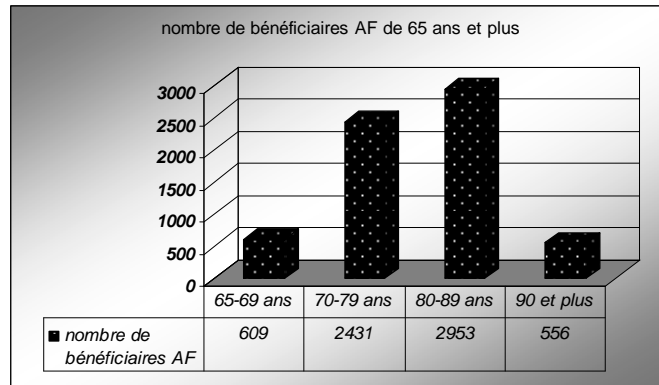
Je vais sommairement vous situer le public bénéficiaire des prestations des CSD en rapport avec le thème du jour.

En 2007, près d'un tiers des bénéficiaires de nos services Aides familiales étaient des personnes handicapées dépendantes.



Au sein du public CSD, 63% des personnes handicapées ont 65 ans ou plus. 25% de ces personnes ont plus de 80 ans.

L'âge moyen des bénéficiaires « aides familiales » est de 70,8 ans. 71 % des bénéficiaires ont plus de 65 ans et 38% d'entre eux sont âgés de plus de 80 ans.

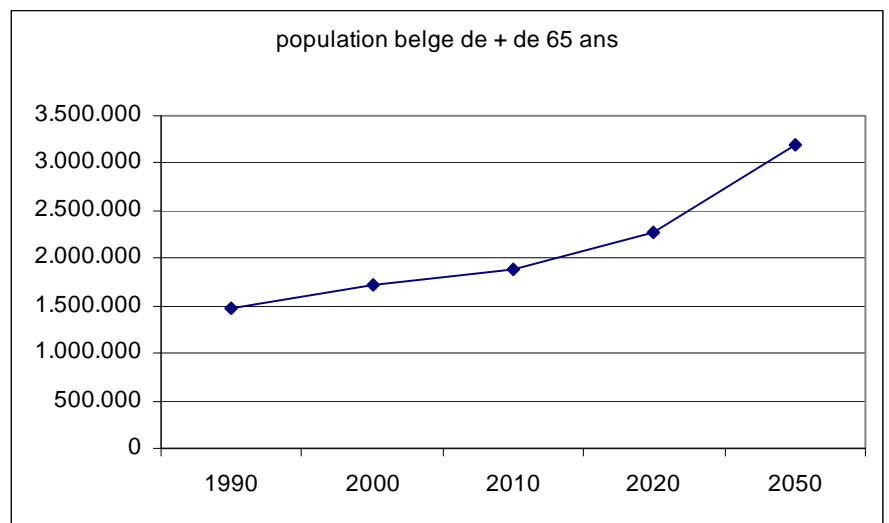


2. Les Constats

- Le vieillissement de la population
- Le domicile: choix individuel et collectif
- L'hospitalisation plus courte et les délais d'attente importants pour MR-S
- L'accroissement des demandes
- L'augmentation de la précarisation des clients

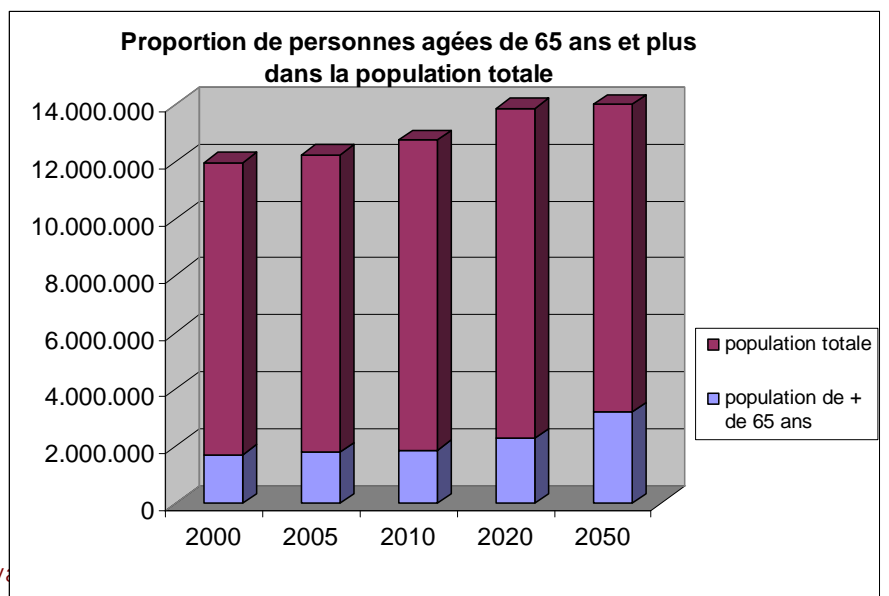
L'impact du vieillissement

Le vieillissement des personnes handicapées, phénomène relativement récent, s'amplifiera au cours des prochaines années, tout comme le vieillissement de la population en général.



Entre 1990 et 2008, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus a augmenté de 23,45%, alors que, dans le même temps, la population totale n'augmentait que de 7,22%.

En 1990, les plus de 65 ans représentaient 14,82% de la population totale :

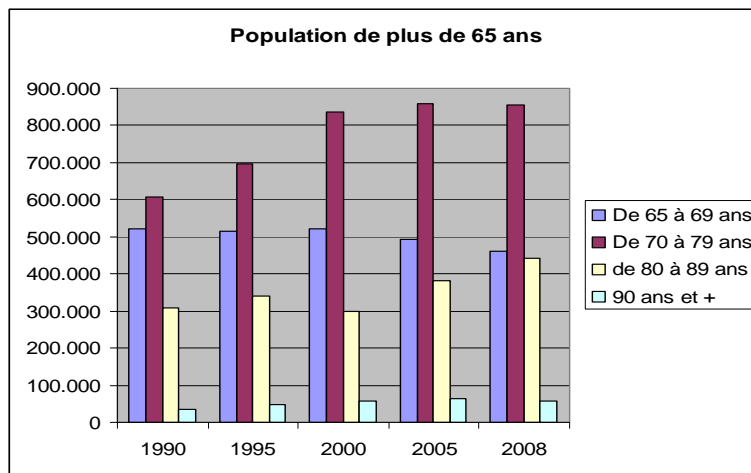


- aujourd'hui ils en représentent 17,05%,
- ils seront 19,50 % en 2020,
- et 25,70% en 2050.

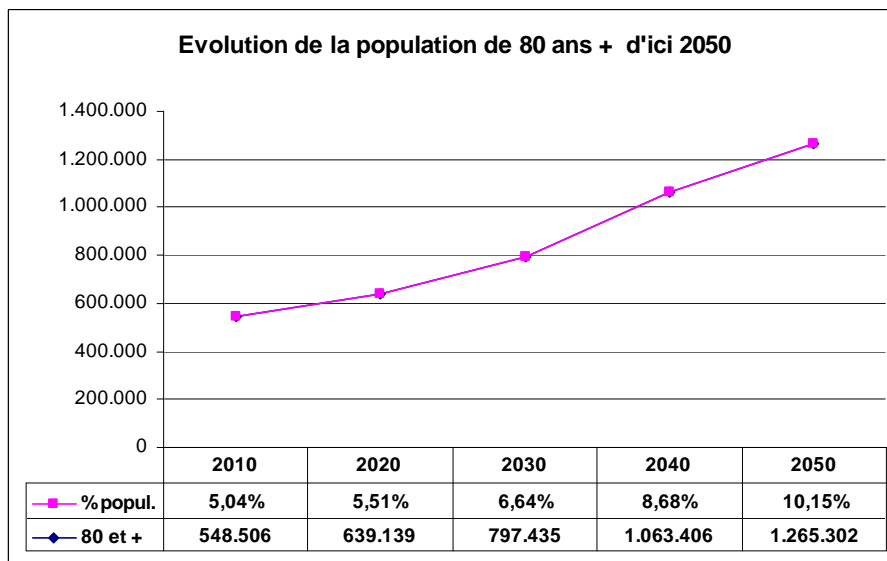
On assiste à un vieillissement et à un changement de la structure de la population (élargissement par le haut de la pyramide des âges) lié à l'effet conjugué de la dénatalité et de l'accroissement de l'espérance de vie.

Au sein même du groupe d'âge des 65 ans et plus, on observe que depuis 1990 :

- le nombre de personnes âgées de 70 à 79 ans augmente de 41,13%,
- celui des 80 à 89 ans de 43,05%,
- tandis que celui des plus de 90 ans augmente de 62,40%.



En 2008, on compte environ 500 000 personnes de 80 ans et +. En 2050, il y en aura 2,5 fois plus, ils représenteront plus de 10% de la population.



Handicap et vieillissement sont de réels défis pour nos sociétés au cours des décennies futures. Ils permettront de mesurer la capacité que nous aurons à intégrer toutes les générations. Il s'agira de prendre en compte la qualité de vie des personnes et les services dont elles ont besoin. Le plus grand défi sera de répondre aux besoins globaux de toutes ces personnes en tenant compte des besoins spécifiques de chacun.

C'est ce que nos services s'efforcent de faire chaque jour.

Le choix de rester à domicile

L'âge, le handicap ou la maladie posent souvent la question du choix entre rester chez soi ou aller en institution.

Rester chez soi est très souvent possible, avec l'accord du médecin traitant pour autant que le patient puisse bénéficier des soins et des services nécessaires à son état de santé, à son confort et à son bien-être. Si ce choix personnel est motivé par un souci de qualité de vie, on constate que les facteurs économiques poussent aussi en ce sens.

En effet, avec la diminution des durées d'hospitalisation on regagne plus rapidement son domicile. Par contre, les délais d'attente s'allongent avant d'entrer en MR-S, sans parler du coût d'une place en MR, qui exclut une partie de la population.

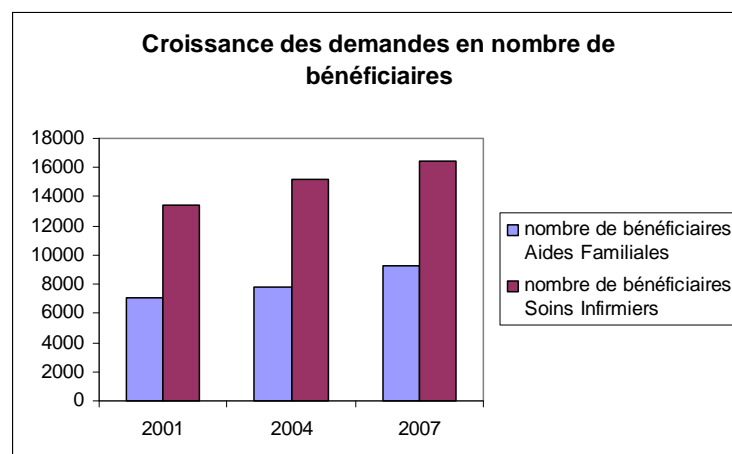
Ces éléments accroissent largement la demande d'aide et de soins, vu le nombre de convalescences à domicile.

De plus en plus de personnes doivent recevoir chez elle des soins beaucoup plus variés et parfois plus complexes : pansements, perfusion, soins de plaies complexes, etc... Ces soins impliquent le passage d'une infirmière à domicile et bien souvent l'état de dépendance du patient nécessite que les soins soient complétés par une aide pratique à domicile.

Evolution de la demande auprès des services CSD

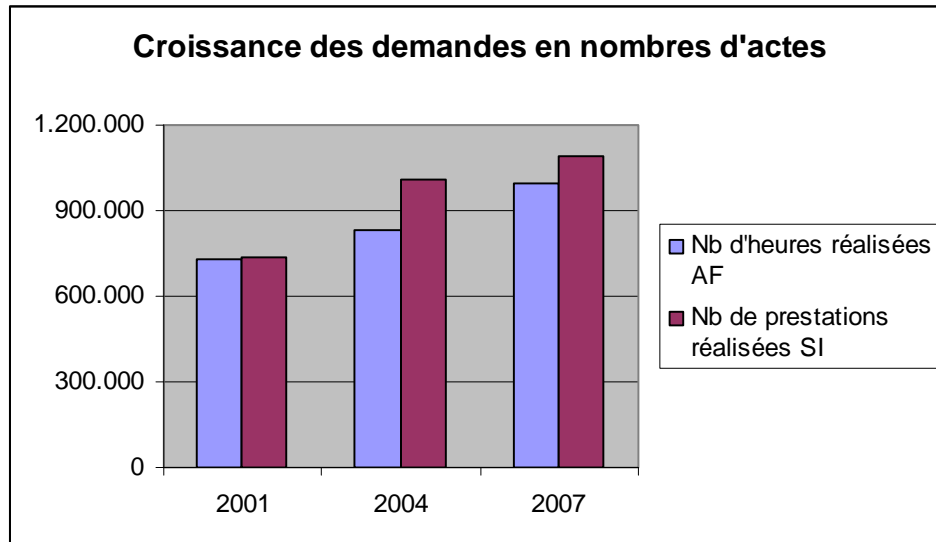
Entre 2001 et 2007

- Les bénéficiaires de nos services d'Aides aux Familles ont augmenté de 32%.
- Les bénéficiaires de soins infirmiers ont augmenté de 23%.



Le nombre d'heures d'aides familiales prestées chez les bénéficiaires a augmenté de 36%.

- Le nombre de soins infirmiers est en hausse de 48%.



Rester chez soi, en associant les aides formelles et informelles reste souvent le meilleur choix de vie des personnes âgées et/ou handicapées.

Il est important de souligner que le pilier du maintien à domicile d'une personne dépendante est l'aidant proche : la famille, l'entourage, les amis et voisins.

Les prestations des professionnels sont nécessaires mais elles n'assurent qu'une petite partie de la charge.

3. Les services proposés par les CSD

Ils s'organisent autour de 3 pôles.

- Les soins à domicile
- Les services d'aide à la vie journalière
- la Coordination qui articule les 2

Ce sont des services tout publics, qui se déclinent sur mesure selon les besoins des bénéficiaires.

- Les soins

Il s'agit des soins prescrits par le médecin, que ce soit des soins infirmiers, des soins en kinésithérapie ou en logopédie.

A côté des soins traditionnels (prestations techniques, toilettes,...) nos infirmiers prennent également en charge des patients en perte d'autonomie qui bénéficient de forfaits de soins (= honoraires forfaitaires par journée de soins infirmiers à domicile réservés aux patients diabétiques, dépendants ou palliatifs). Les CSD organisent aussi les soins palliatifs pour les patients qui le nécessitent (prise en charge 24h/24). Leur objectif est d'offrir au patient et à sa famille la meilleure qualité de vie possible.

- Les services d'aide à la vie journalière

Ce sont des services sociaux qui interviennent au domicile des familles et des personnes sur base d'une **enquête sociale**.

L'aide familiale

L'aide familiale est une professionnelle qui accomplit une grande diversité de tâches indispensables au bien-être quotidien des personnes. Elle est formée pour apporter un accompagnement global qui dépasse largement les tâches ménagères. Elle a aussi un rôle de relais avec les intervenants extérieurs.

La garde à domicile

Dans les situations de dépendance importante, la GAD peut être un soutien auprès des patients qui ne peuvent rester seuls. Malheureusement, certaines prises en charge sont limitées à des périodes de 3 mois, ce qui ne répond pas aux besoins de personnes qui dépendent d'une présence permanente à long terme.

La (bio) télévigilance

Cette surveillance à distance rassure les personnes concernées et leur entourage. Selon les situations, cela permet de conserver un peu plus d'autonomie et d'éviter une présence continue au domicile. Ce système donne l'alerte et permet d'apporter des réponses adaptées à la situation mais ne prévient pas les problèmes (chutes, malaises,...).

Location et vente de matériel paramédical

Les CSD proposent également une vaste gamme de matériel paramédical qui contribue largement à l'amélioration de la qualité de vie de la personne à domicile. Il y a :

- o tous ces petits objets conçus pour faciliter la vie quotidienne. On sait combien chaque acte retrouvé est important lorsque l'autonomie vient à manquer (aide pour manger, enfiler des bas, ...) ;
- o le matériel paramédical plus lourd qui permet de retarder l'institutionnalisation par l'adaptation du domicile. Ce matériel est aussi une

aide précieuse pour faciliter l'intervention de tous ceux qui s'occupent du patient (lit médicalisé, chaise percée, lève-personne,...).

Les conseils des ergothérapeutes en aménagement du domicile

Il s'agit là d'une aide indispensable. De simples petites adaptations peuvent vraiment faciliter la vie quotidienne et permettent de retrouver de l'autonomie chez soi.

- La coordination

Vu la complexité de certaines situations la coordinatrice joue un rôle indispensable pour organiser un maintien à domicile efficace et adapté, que ce soit en raison d'un handicap ou du vieillissement de la personne.

Elle est à la fois le « chef d'orchestre » de l'intervention à domicile et « l'ombudsman » du patient vis-à-vis des différents intervenants. Il pourra compter sur son aide s'il a des difficultés avec l'un de ceux-ci.

La coordinatrice évalue les besoins précis de la personne (chez elle ou avant sa sortie d'hôpital) avec le médecin traitant, la famille, l'entourage et l'ensemble des services ou institutions concernées. Son objectif est de proposer aux bénéficiaires une aide coordonnée la mieux adaptée aux besoins spécifiques de la situation.

Pour la mise en œuvre, elle fait appel à tous les services de soins et d'aide à domicile dont le bénéficiaire a besoin et elle coordonne leurs interventions auprès du patient.

4. Une initiative des CSD par rapport à une situation de handicap: offrir une réponse aux demandes de répit

Parmi les besoins de répit souhaités par les familles entourant un enfant ou un adulte handicapé dépendant, l'offre d'une garde adaptée à domicile s'est imposée comme une priorité.

L'objectif de ces projets est de permettre aux aidants proches de prendre un moment de répit ou plus simplement encore de leur accorder du temps pour accomplir l'une ou l'autre démarches en leur permettant d'être remplacés par un professionnel de confiance auprès de la personne dont ils s'occupent. Ce professionnel formé se rend au domicile pendant l'absence de l'aidant principal afin de s'occuper de la personne.

A Namur et à Liège, les CSD vont débiter ce type de service répit qui offrirait un soutien à domicile pour les familles dont un proche est atteint d'un handicap, d'une maladie. Cette initiative voit aussi le jour en Brabant wallon, à l'initiative de l'ASPH.

Le service de Namur coordonnera un réseau avec d'autres services d'aides aux familles. Ils vont composer en leur sein des équipes spécialement préparées et formées. Le service a l'ambition de pouvoir intervenir à la demande (système de réservations) mais aussi en cas de situations d'urgence.

La CSD de Liège réalise actuellement une étude des besoins des bénéficiaires potentiels de ce service pour qu'il y réponde au mieux.

5. Les principaux problèmes rencontrés

Le vieillissement de la population, le manque de place en institution, l'évolution démographique, l'éclatement des familles engendrent une augmentation considérable du nombre des demandes d'aide de la part de personnes dépendantes auprès des services socio-sanitaires.

Les CSD ont beaucoup de mal à faire suivre l'offre de services d'aide et de soins, même si la volonté des professionnels est d'aider toutes les personnes en demande. Les problèmes se situent principalement au niveau des services d'aide aux familles.

L'offre d'aide insuffisante

- La capacité de travail annuelle des services est fixée par les gouvernements régionaux. Un contingent définit le nombre d'heures que ces services peuvent prester.

Depuis 2007, le budget n'est plus suffisant pour permettre aux services de répondre aux nombreuses sollicitations.

- Il n'y a pas aujourd'hui de système qui offre la priorité des prestations aux personnes les plus dépendantes. Nous ne sommes pas certains que l'ensemble des services touchent les personnes les plus dépendantes. Pour y remédier, cela impliquerait d'imposer aux services un outil d'évaluation du niveau de dépendance des personnes, qui soit léger et adapté aux réalités de travail sur le terrain.

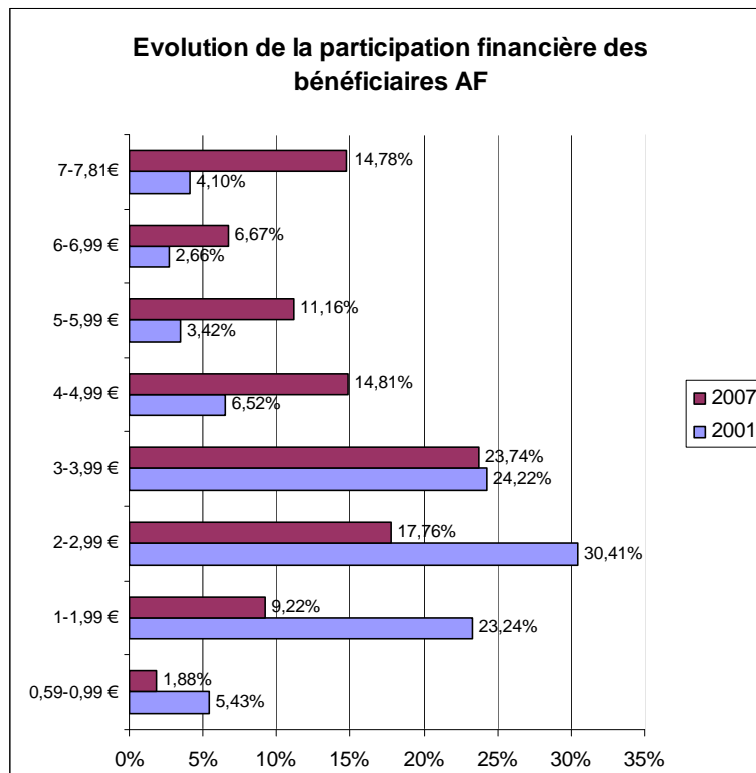
Financement global insuffisant des services d'aide et de soins

La diminution des durées d'hospitalisation comme l'allongement des délais d'attente pour l'entrée en MR-S trouvent leurs causes premières dans des économies budgétaires. Les déficits de ces secteurs sont limités sans dégager d'économies réelles.

Par ailleurs, cela génère une forte augmentation de la demande des services d'aide à domicile mais il n'y a pas en contre partie d'augmentation des budgets alloués au secteur du domicile pour faire face à cette croissance des demandes.

Des tarifs qui n'ont pas été indexés depuis 1993

Le prix à l'heure réclamé aux bénéficiaires pour une AF est fonction de leurs revenus. Cependant, ces barèmes arrêtés en 1993 n'ont pas suivi l'indexation des salaires ni des pensions. Ainsi ceux qui voient leur pension indexée risquent de payer plus cher.



Nous remarquons nettement que la proportion de bénéficiaires qui payaient des tarifs réduits (bleu) était plus importante en 2001. En 2007, une grande part des bénéficiaires payent des tarifs élevés.

La précarisation d'une partie significative des bénéficiaires

Avant la crise actuelle des banques, nous constatons une précarisation de plus en plus forte d'une part importante des bénéficiaires. Il devient très fréquent que des patients aient de grosses difficultés à payer la location d'un appareil de télésurveillance, d'un lit médicalisé, au point de devoir y renoncer.

Dans ces cas, les CSD tentent de solutionner ce problème dans les limites du possible. Il en est de même lorsque la coordinatrice propose un panel de services adaptés aux besoins du bénéficiaire ; si les besoins sont bien réels, il est fréquent que le bénéficiaire refuse une partie des aides pourtant nécessaires, pour des raisons financières.

Handicap et Vieillesse: cadre et problématique.

André Gubbels

**Service Public Fédéral Sécurité sociale – Direction Générale Politique Personnes
Handicapées
Directeur général**

La Belgique, comme les pays industrialisés d'Europe occidentale et d'Amérique du Nord, doit faire face à un accroissement de la population âgée et au vieillissement de cette population, c'est-à-dire à l'accroissement plus rapide du groupe âgé de 80 ans et plus que l'accroissement de l'ensemble. Ce phénomène a deux conséquences sur le plan socio-sanitaire. D'une part, le vieillissement s'accompagne d'une augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques, à l'origine d'une augmentation de la demande de soins et de services médicaux. D'autre part, à un âge plus avancé, aux difficultés dues aux maladies chroniques, s'ajoute le problème de la dépendance, caractérisée par l'incapacité d'effectuer certains gestes et activités de la vie courante.

Le vieillissement des personnes handicapées, c'est à dire de celles dont la situation de handicap est antérieure au phénomène de vieillissement, est également un phénomène relativement récent. L'espérance de vie des personnes handicapées mentales et autres a, en effet, triplé en 50 ans; aujourd'hui, une personne trisomique sur deux atteint l'âge de 60 ans. Le recul de la mortalité dans les classes d'âges avancées a contribué par le haut au vieillissement de la population handicapée bénéficiaire d'allocations pour personnes handicapées ou hébergée en institution.

Notre pays a structuré ses droits sociaux et ses formes d'aide aux personnes dépendantes en deux dispositifs bien distincts, pour "les personnes handicapées" (implicitement supposées jeunes) d'une part, et pour "les personnes dépendantes" (âgées) d'autre part. L'apparition d'une catégorie intermédiaire composée de « personnes handicapées vieillissantes » conduit à s'interroger sur l'aménagement de ce système dual fondé sur un critère d'âge devenu un peu simplificateur et à envisager pistes d'un rapprochement entre deux dispositifs disjoints d'aide et de prise en charge financière des incapacités, pour les personnes handicapées d'une part, pour les personnes âgées d'autre part. Si les politiques de compensation du handicap et de la dépendance devraient donc être pensées de façon cohérente, cela ne signifie toutefois pas qu'il faille aboutir à une convergence complète, c'est-à-dire à la confusion dans un dispositif unique de prise en charge quelle que soit la situation de la personne.

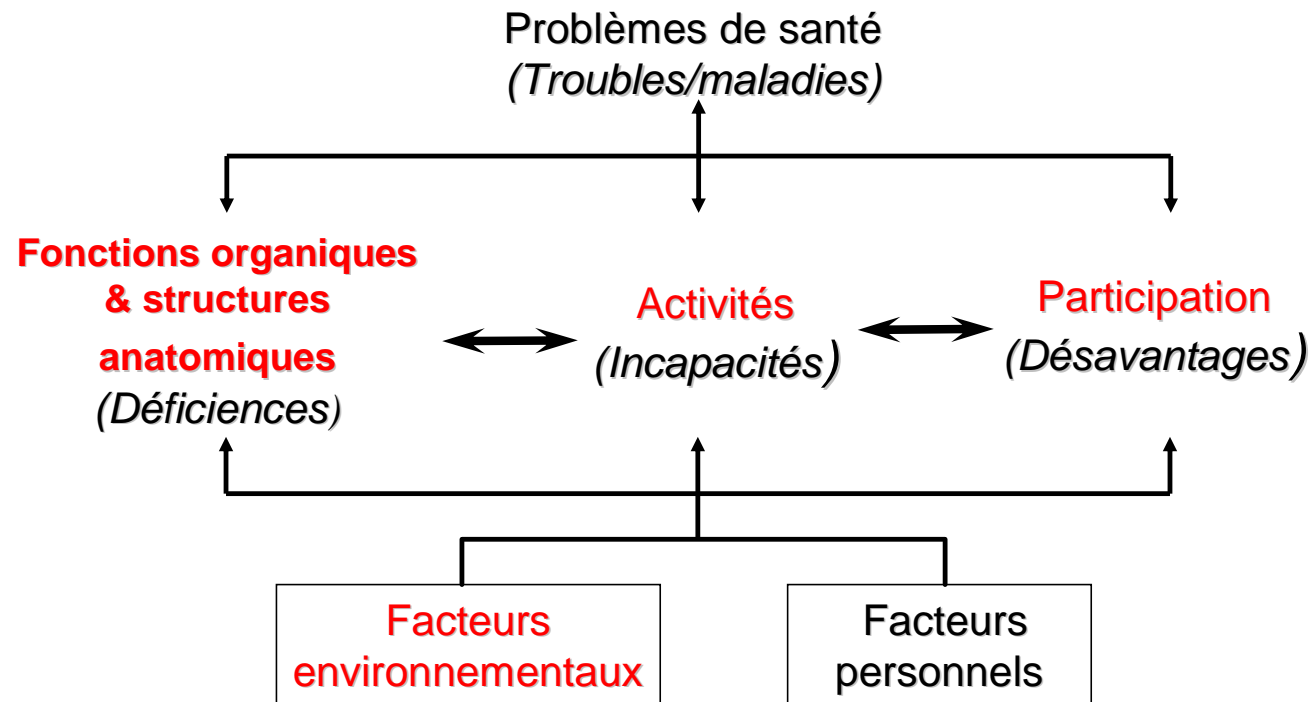


La notion de handicap (OMS)

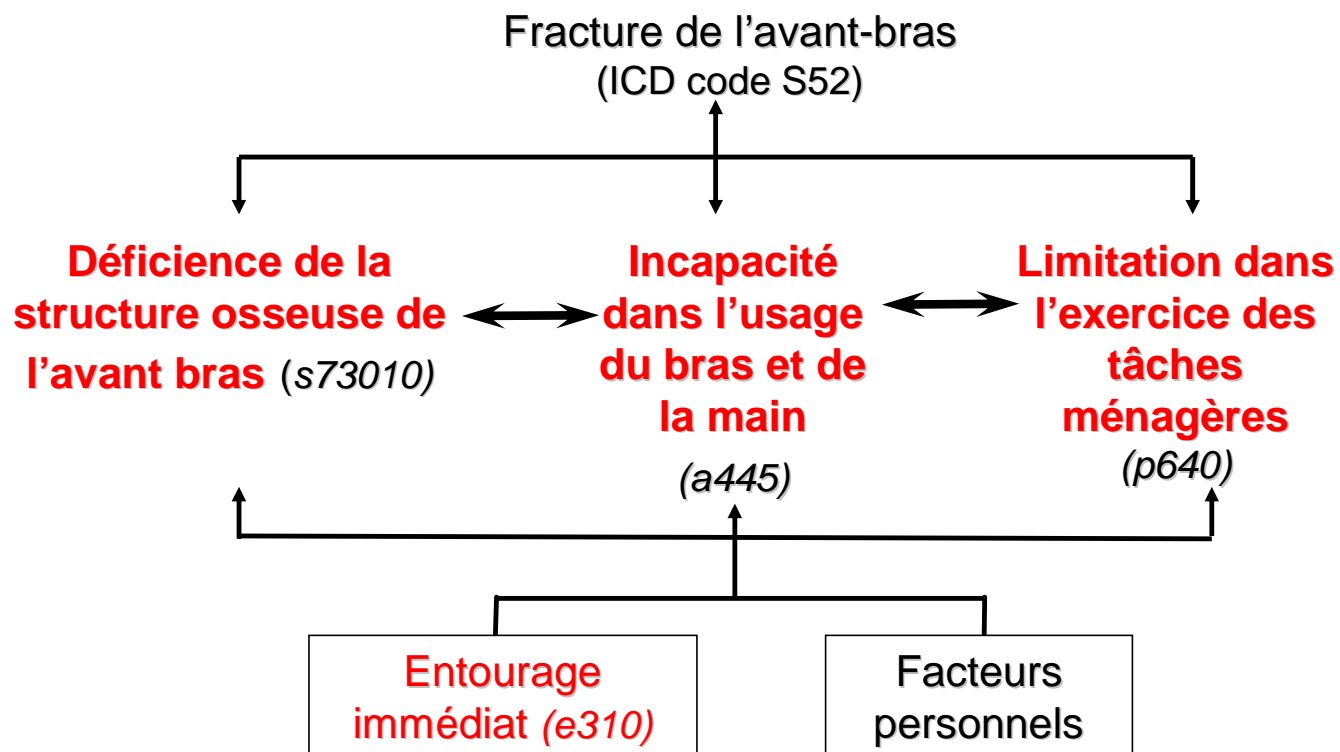
- Un concept multidimensionnel :
 - Fonctions organiques et structures anatomiques (déficiences)
 - Activités (incapacités)
 - Participation (désavantages)

- Le handicap résulte d'une interaction entre la personne et son environnement.

CIF: interaction des concepts



Interaction des concepts : exemple





Les concepts de la CIF dans l'enquête nationale de santé 2004

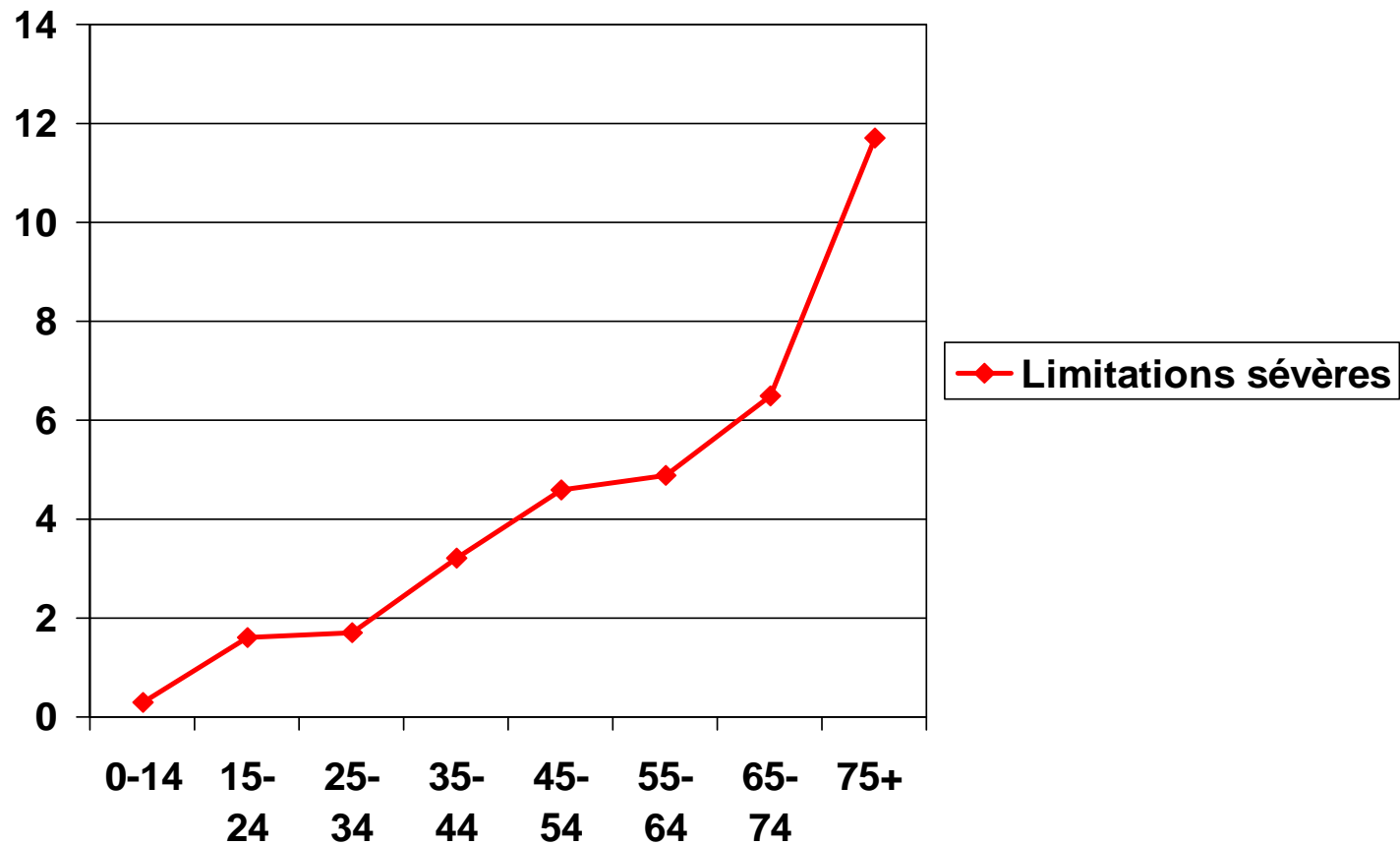
- Dans l'enquête de santé 2004, les instruments utilisés portent surtout sur l'étude des limitations mais il y a aussi quelques questions sur la participation.
- Les questions sur les limitations dans les activités de la vie quotidienne concernent 7 fonctions dites "**AVJ**" : transfert lit et fauteuil, habillage, hygiène, alimentation, toilette et incontinence. Quatre fonctions supplémentaires sont examinées: mobilité, audition, vue et mastication.
- En fonction des réponses à ces questions, l'enquête distingue des personnes avec des limitations sévères, des limitations modérées et des limitations légères.



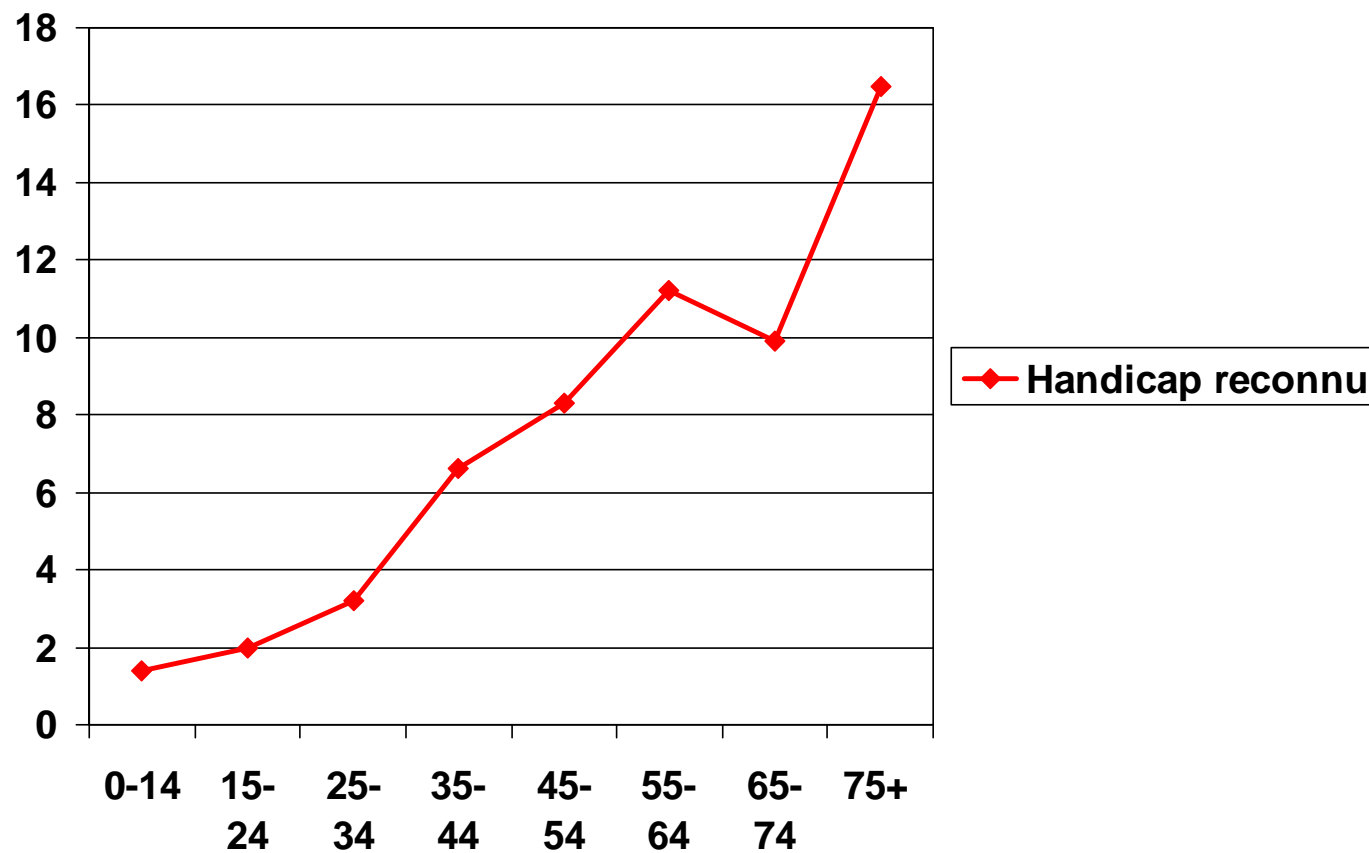
Les personnes avec limitations fonctionnelles en Belgique (enquête de santé 2004)

	Limitations sévères	Limitations modérées	Limitations légères	Pas de limitations
Total	3,6%	6,5%	6,4%	76,8 %

Ventilation par groupe d'âge (enquête de santé 2004)



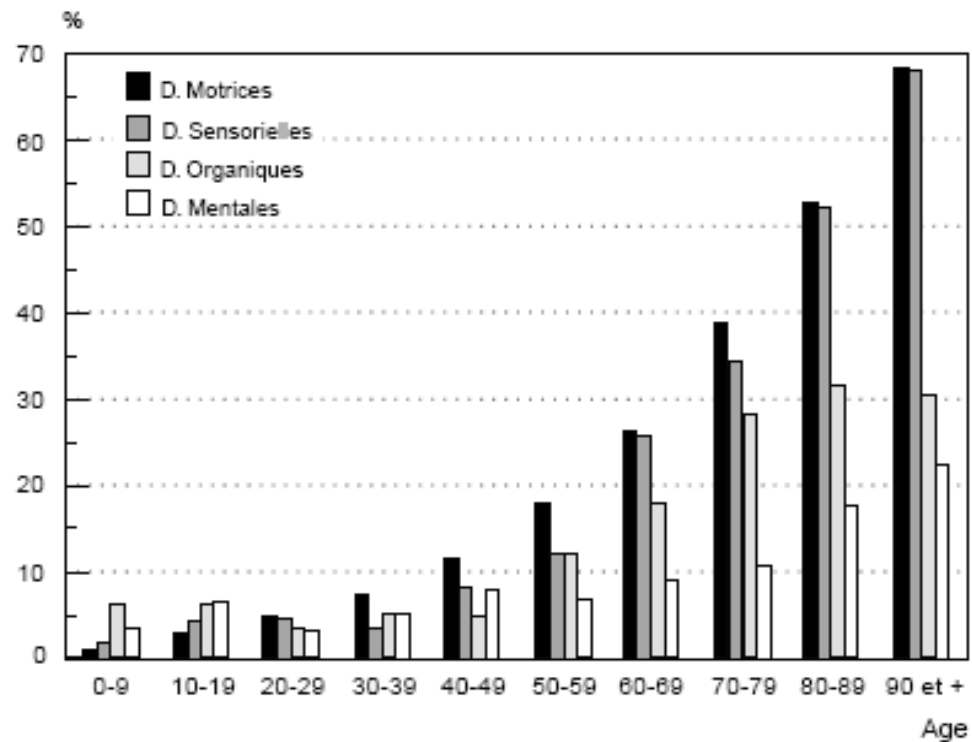
Pourcentage de la population ayant un handicap officiellement reconnu (enquête de santé 2004)



Age et type de déficiences

(enquête HID France 2002)

① Les déficiences par type et par âge





Le vieillissement de la population en Belgique

- La population vieillit et cette tendance va s'accroître :
 - Les personnes âgées de plus de 65 ans formaient 17 % de la population en 2000; en 2050, elle en constitueront 26 %.
 - La part des très âgés s'élargira surtout : le nombre des + 80 sera de 750.000 (x3) et parmi eux il y aura 200.000 nonagénaires (x4,5) et 7000 centenaires en plus (x9).



La population avec un handicap sévère est aussi vieillissante

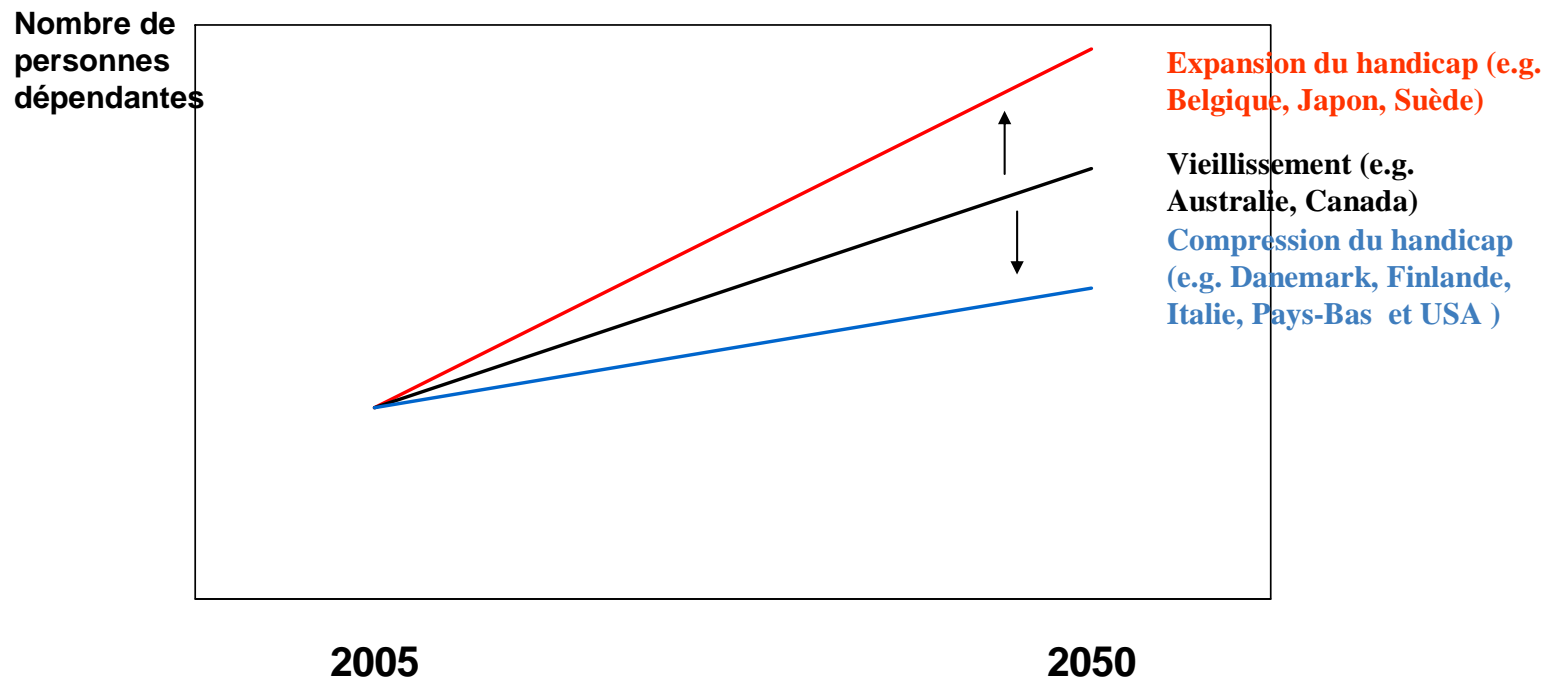
- Le vieillissement des personnes handicapées, c'est-à-dire des personnes dont la situation de handicap est bien antérieure au processus de vieillissement, est un phénomène relativement récent : leur espérance de vie s'est accrue de **35 %** en 20 ans.
- L'espérance de vie des personnes handicapées mentales et autres a notamment triplé en 50 ans; aujourd'hui, une personne trisomique sur deux atteint l'âge de 60 ans.
- Les familles et les structures d'hébergement sont confrontés à des défis nouveaux.



Impact du vieillissement sur le nombre de personnes handicapées

- L'âge joue un rôle d'accélérateur du processus d'incapacités. La croissance de la part des personnes âgées de plus de 80 ans devrait donc se traduire par une croissance du nombre de personnes avec des limitations fonctionnelles.
- En fait le lien entre ces deux éléments est plus complexe pour deux raisons :
 - d'abord parce que l'évolution des techniques médicales ou du niveau de dépistage de certaines pathologies peuvent conduire à des évolutions significatives de l'incidence de la dépendance ;
 - ensuite parce que la dépendance peut également être affectée par des déterminants sociaux dont l'effet est par nature difficile à simuler et l'évolution difficile à anticiper

Projections de l'évolution du nombre de personnes dépendantes (OCDE 2007)





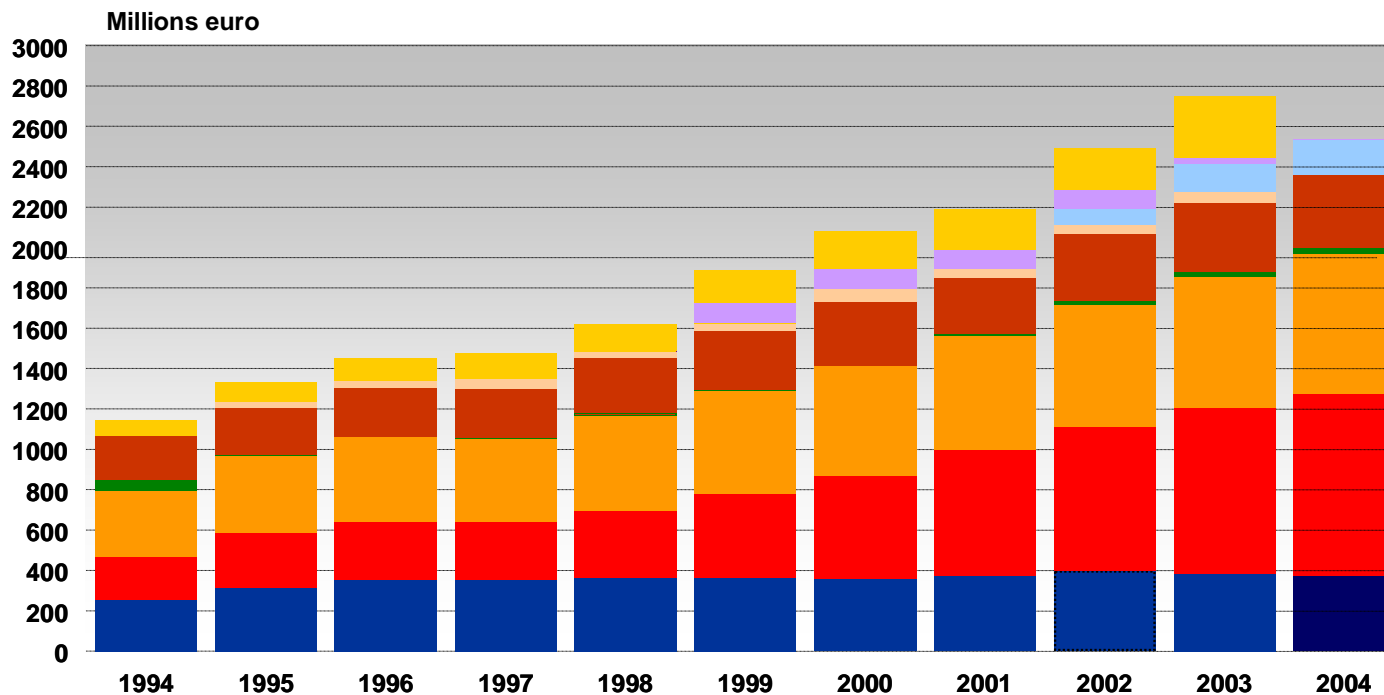
Le défi de la dépendance

- L'augmentation du nombre de personnes dépendantes pose des défis accrus sur les politiques publiques dans 3 domaines distincts :
 - Les soins médicaux
 - L'hébergement
 - L'assistance à la vie quotidienne

- **Cf. « Vieillesse, Aide et Soins de Santé en Belgique – Rapport de Synthèse pour le SPF Sécurité Sociale » - Jozef Pacolet et Denise Delière (2005)**

Estimation des dépenses liées à la dépendance des plus de 65 ans (Pacolet 2008)

- Zorgverzekering
- Zorgverzekering fondsvorming
- APA
- Aide aux personnes âgées
- Aide aux familles
- VIPA
- Soins infirmiers MR
- MRS
- Soins infirmiers à domicile



Afhankelijkheid en solidariteit: een impliciete of expliciete zorgverzekering
 Brussel, Colloquium FOD Sociale Zekerheid, 1 oktober 2008

La problématique des aidants

- Le rôle des proches dans la prise en charge de la dépendance des personnes âgées : 80% de l'aide.
- L'aide professionnelle a été estimée à quatre heures par semaine pour une situation moyenne en Flandre ; en aide informelle, le temps moyen est de quarante heures par semaine. Pour les personnes démentes, les besoins informels, qui incombent souvent à l'aidant proche, atteignent jusqu'à 60 heures par semaine dans les cas les plus lourds.
- Les classes d'âge qui ont entre 50 et 70 ans constituent la majeure partie des aidants informels : conjoints et enfants (femmes particulièrement). Or, d'après les projections démographiques, ces classes d'âge devraient augmenter moins que le nombre de personnes âgées dépendantes:
- Impact sur la prise en charge des personnes âgées d'autant que les évolutions du contexte socio-économique à prendre en compte :
 - Transformation des modes de vie et des comportements (croissance de l'emploi féminin, réduction de la taille moyenne des ménages, allongement de l'âge de la fécondité)
 - 26 % des ménages français déclaraient en 2005 que si un parent devenait dépendant, ils l'accueilleraient chez eux contre 31 % en 2000.

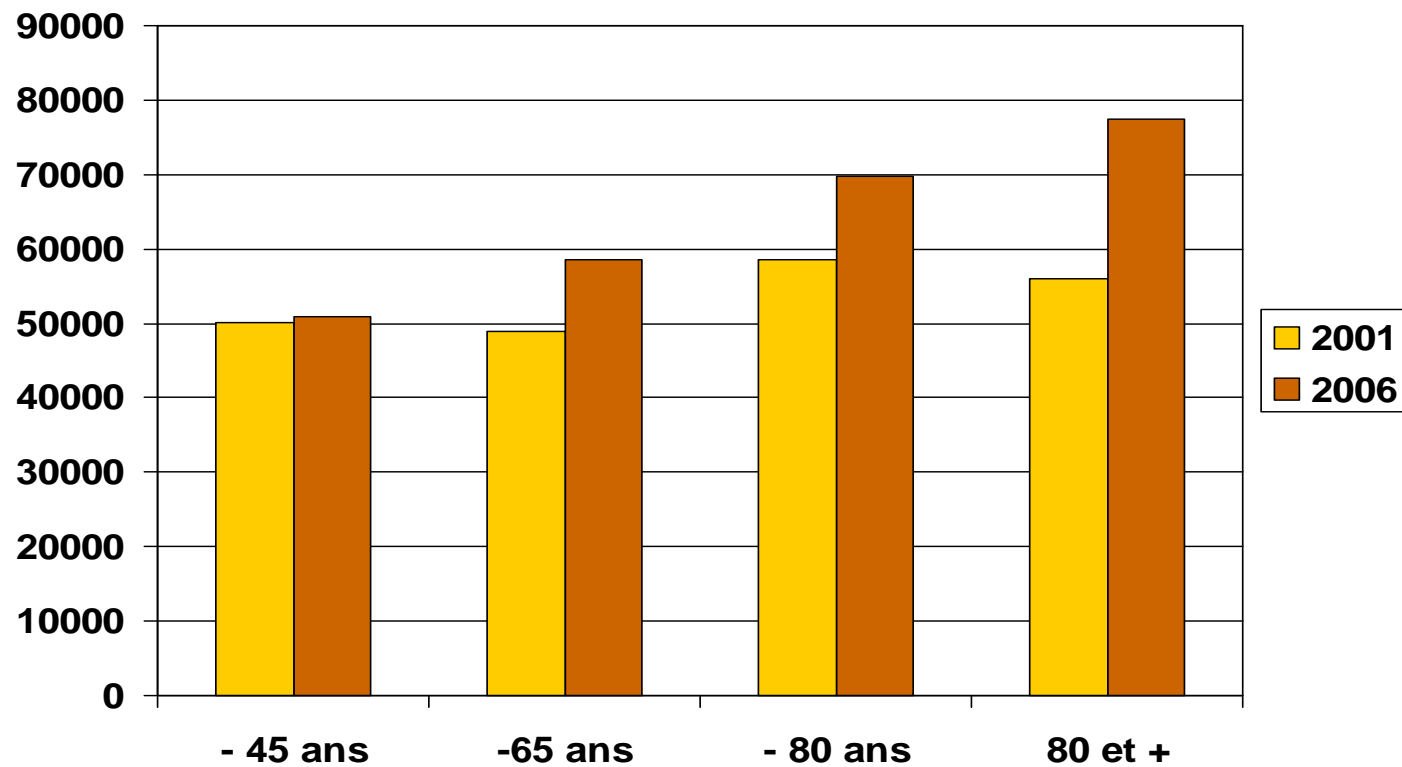
L'impact du vieillissement dans le domaine des allocations pour personnes handicapées

Evolution du nombre des allocataires

Année	ARR/AI	APA	TOTAL
1987	66.226	50.028	116.254
1992	100.906	83.017	183.923
1997	114.688	86.855	201.543
2002	123.945	93.650	217.595
2007	139.685	132.673	272.538

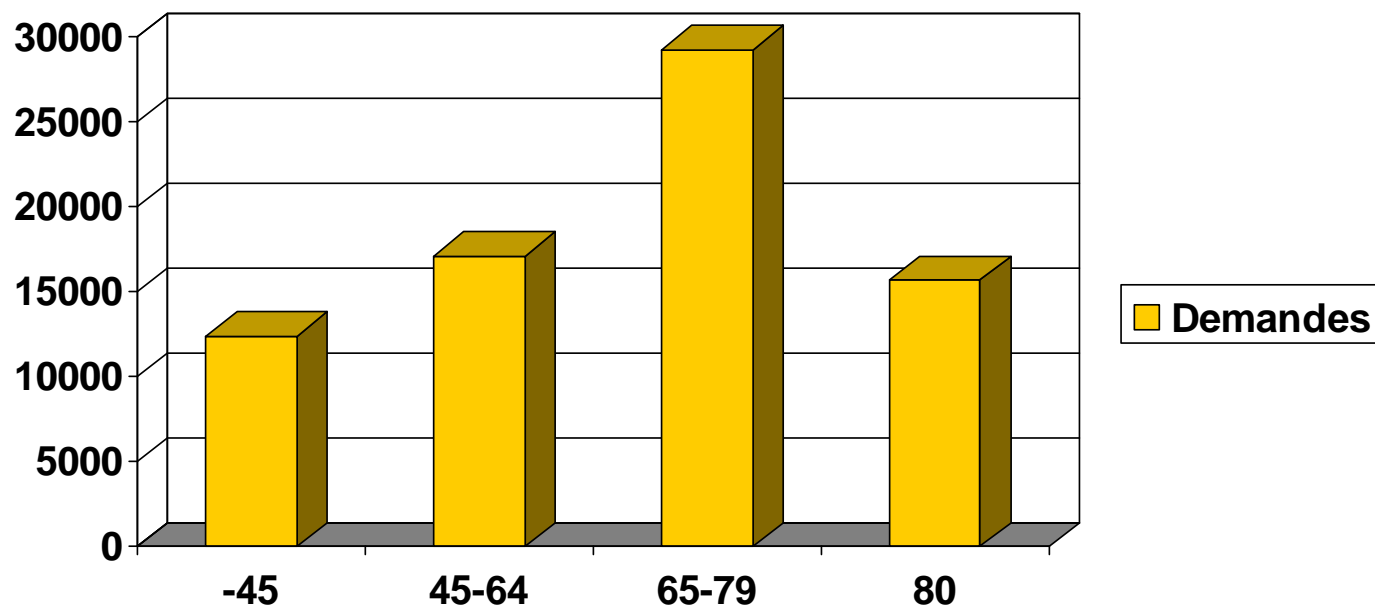
Les causes de la croissance du régime (démographiques, socio-économiques, législatives) et la part respective de chacun des facteurs) ne sont pas clairement Identifiées.

Allocataires par tranche d'âge

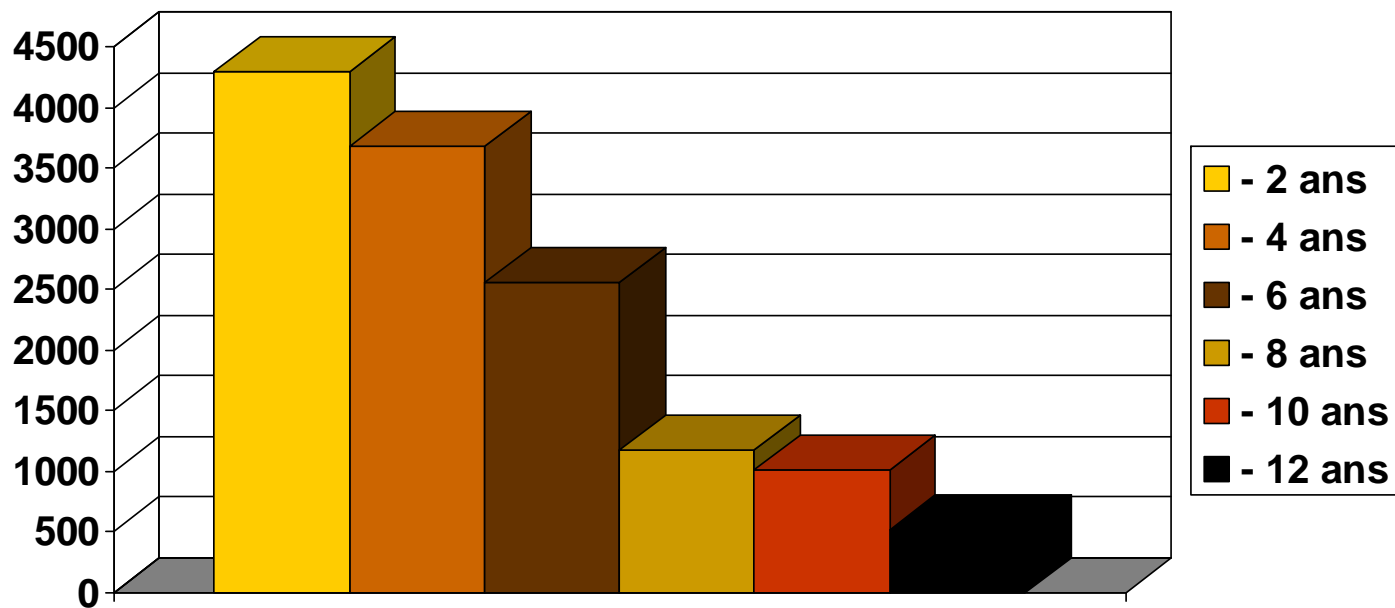


- Les + de 80 ans représentent en 2008: **30,6 %** des allocataires contre **24,6 %** en 2002
- L'âge moyen des allocataires est de **65,14 ans** contre **62,11 %** en 2002

Nouvelles demandes par tranche d'âge (2007)



Durée des allocations des allocataires d'une APA décédés en 2007



La durée moyenne de l'APA est de 4 ans contre 10 ans pour l'AI



Impact du vieillissement sur les dispositifs

- Personnes handicapées âgées et personnes âgées dépendantes : des frontières de plus en plus floues.
- 20 % des bénéficiaires d'une allocation d'intégration ont plus de 65 ans.
- Autres évolutions :
 - + de personnes de + de 65 ans dans institutions pour handicapées
 - + de personnes handicapées de – de 65 ans dans les maisons de repos

Principales différences entre les dispositifs des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes

	Handicap	Age
Prestations en espèces	Allocation d'intégration	Allocation pour personnes âgées
Hébergement	Institutions (Communautés)	Maison de repos MRS
Aide à domicile	Services d'aide familiale et aide seniors	
	Aides techniques	-



Allocation d'intégration et allocation pour personnes âgées

- Les deux allocations diffèrent en raison :
 - des barèmes
 - des revenus pris en compte
 - des catégories familiales
- En principe, l'échelle d'évaluation de la perte d'autonomie est identique

Discriminations fondées sur l'âge ?

- Arrêt 18/2001 de la Cour constitutionnelle : la disposition du décret flamand excluant de l'assistance les personnes qui étaient déjà handicapées avant l'âge de 65 ans si celles-ci n'ont pas introduit de demande d'enregistrement avant cet âge, alors que les personnes qui se trouvent dans la même situation et qui ont introduit leur demande avant leur soixante-cinquième anniversaire peuvent bénéficier de l'aide, n'est pas discriminatoire.
- Arrêt n° 145/2007 : la disposition qui suspend partiellement l'allocation d'intégration de la personne admise dans une institution alors que celui reçoit une allocation d'aide aux personnes âgées n'est pas suspendue en cas d'admission dans une institution ne constitue pas une discrimination fondée sur l'âge.



Éléments objectifs de différenciation

- Le principal objectif de la politique pour la personne handicapée est l'insertion dans la vie socioprofessionnelle et la construction de son autonomie et de ses sources de revenus, alors qu'à l'inverse la personne âgée dépendante a en principe réalisé de façon diversement satisfaisante son insertion et cherche à la maintenir au mieux.
- Un autre élément de différenciation est la durée de l'épisode de handicap. Alors que la durée moyenne de la dépendance est de quatre ans, celle du handicap est presque toujours plus longue.
- La dépendance se distingue aussi des autres handicaps en ce qu'elle constitue un risque prévisible, auquel il est possible de se préparer individuellement.
- Les politiques ont des fondements anthropologiques très différenciés (Catherine Gucher).



A la recherche de davantage de cohérence ?

- S'il ne peut être question de convergence complète entre la politique des personnes handicapées et celle des personnes âgées dépendantes (c'est-à-dire la confusion dans un dispositif unique de prise en charge quelle que soit la situation de la personne), ceci ne signifie pas pour autant qu'elles ne doivent être pensées de façon cohérente.

Défendre les pensionnés

Gaston Onkelinx

Président

Confédération des pensionnés socialistes

Lorsque j'ai pris ma pension et quitté mes mandats politiques, on m'a rapidement sollicité pour m'occuper des pensionnés socialistes et par la suite pour prendre la présidence de la Confédération des Pensionnés Socialistes. La Confédération regroupe 13 fédérations de Wallonie et Bruxelles et une centaine d'amicales présentes dans de nombreuses communes. Représenter les seniors socialistes est pour moi un juste retour des choses, c'est un peu grâce à eux que j'ai fait une belle carrière politique, alors qu'au départ rien ne m'y prédisposait.

L'objectif de la Confédération est politique, économique et social puisqu'il s'agit de défendre les aînés.

On me demande souvent si s'occuper d'une telle confédération n'est pas trop prenant à mon âge (76 ans) mais je dois vous dire que mon agenda est bien rempli. En effet, le PS encourage très fortement les bourgmestres à ne pas délaisser les besoins des pensionnés, à tel point que dans les statuts du PS, le président de la Confédération est, ipso facto, membre du Bureau du parti, membre du Collège des secrétaires fédéraux et vice-président du PAC, le mouvement culturel du PS. Toutes ces réunions remplissent bien mes semaines.

Je ne m'ennuie jamais. L'ennui comme la solitude est une chose terrible, surtout pour une personne âgée, ça fait vieillir.

Le travail politique de la Confédération est important car il donne une impulsion à toutes ces personnes qui ont travaillé toute leur vie et qui sont à la base des richesses économiques de ce pays.

Revendications de la Confédération.

1) L'amélioration des pensions de retraite.

Dans notre pays, de toutes petites pensions côtoient de très grosses pensions. Ces différences peuvent s'expliquer par de multiples facteurs :

- Les caractéristiques du passé professionnel : salaires, durée de la carrière, périodes de chômage, périodes (éventuelles) de travail à temps partiel, etc.

- Les caractéristiques propres au pensionné : avec ou sans charge familiale, bénéficiaire ou pas d'avantages complémentaires « extra-légaux ».
- Le ou les statuts sous lesquels le pensionné a travaillé : salarié « normal » (ouvrier ou employé), indépendant, fonctionnaire, etc.

Ces dernières années, et avec le papy boom qui s'annonce, cela ne va pas s'arranger, le nombre de bénéficiaires de pensions a augmenté nettement plus vite que la population active. Parallèlement, les prix des divers produits de consommation ont eux aussi très largement augmenté tandis que le pouvoir d'achat de la pension moyenne ne s'accroissait pas, quant à lui, de manière aussi marquée.

La confédération revendique :

- une indexation des pensions pour que les seniors puissent allier l'évolution du pouvoir d'achat et leur bien-être,
- que les pensions évoluent de la même manière que les salaires,
- que les hommes politiques envisagent des pistes de financement des pensions en prévision du papy boom.

2) La santé publique.

Une autre préoccupation de la Confédération est la santé publique. Arrivé à un certain âge, on a plus vite besoin de la chirurgie, de l'hospitalisation ou de soins infirmiers, etc. Nous nous battons pour que la santé n'ait plus deux ou trois vitesses. Une personne dans le besoin doit être soignée de la même façon qu'une personne plus aisée. Comme je l'ai dit précédemment, nous vivons dans un monde où les petites pensions côtoient les grosses pensions, les pensionnés les plus riches peuvent donc s'offrir les meilleurs soins alors que les pauvres... (le raisonnement est le même quand on prend les salaires).

La confédération réclame :

- un meilleur contrôle des coûts à charge du patient dans les hôpitaux (suppléments d'honoraire),
- une amélioration de l'information notamment sur l'utilité d'un Dossier Médical Global, par exemple.

Les Conseils Consultatifs des Aînés.

Comme je vous l'ai dit dans mon introduction, l'investissement dans les Conseils Consultatifs des Aînés est important. Nous les pensionnés, nous pouvons encore mobiliser notre énergie citoyenne pour faire avancer les choses dans notre commune.

Le Conseil Consultatif des Aînés a pour objectif de promouvoir le mieux-être des seniors et leur intégration dans la société. C'est un organe d'étude et d'avis. Ce conseil a pour mission d'étudier les intérêts locaux spécifiques des personnes âgées et de formuler aux autorités locales, des propositions relatives aux problèmes les concernant.

De plus en plus, des communes en installent et prennent en compte les avis rendus.

La confédération revendique :

- l'installation de Conseils Consultatifs des Aînés dans les communes où il n'y en a pas encore,

Et soutient :

- l'implication des seniors dans ces organes afin d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées dans les communes.

La Confédération des Pensionnés Socialistes a bien évidemment d'autres thématiques de réflexion et de revendication comme le maintien à domicile tant que cela est possible, les centres de délasserment pour seniors pour ne citer que ces deux là.

A chaque fois qu'il faut défendre les personnes âgées, la Confédération des Pensionnés Socialistes se mobilise. Ce fut le cas lorsque l'on a parlé de retirer le permis de conduire à partir d'un certain âge ou quand les compagnies d'assurance ont évoqué la possibilité de ne plus assurer les seniors qui auraient atteint un certain seuil d'âge.

Si je regarde en arrière dix, vingt, trente ans et même plus, je constate que beaucoup de choses ont changé. Les luttes syndicales nous ont apporté énormément côté emploi et conditions de travail. Par contre, côté pensions et bien-être des seniors, les choses ne semblent pas évoluer rapidement. Il appartient à la Confédération des Pensionnés de poursuivre les luttes commencées par les aînés mais cette fois pour l'amélioration de l'après travail. C'est notre rôle et nous le remplissons avec passion.

Les +65, ne comptent-ils plus ?

Harry Geyskens
coordinateur général
Confédération Belge pour la Promotion des Aveugles et Malvoyants

La CBPAM est une plate-forme réunissant au total 35 oeuvres prestataires de services, instituts de soins, instituts d'enseignement pour personnes atteintes de déficience visuelle, et d'organisations de consommateurs handicapés de la vue.

Cette collaboration permet de répondre aux besoins de bien-être et d'environnement de vie des citoyens belges aveugles et malvoyants et de leur assurer ainsi une intégration la plus complète possible dans la société.

Pour réaliser ses buts, la CBPAM, assure la coordination de plusieurs activités et actions communes de ses membres et représente le groupe des personnes déficientes visuelles auprès des autorités aussi bien au niveau régional, communautaire, fédéral qu' international dans le vaste domaine de la défense des intérêts.

Le 15 octobre 2007, la CBPAM a organisé un symposium abordant la problématique de l'application, par les agences régionales pour personnes handicapées, de la limite d'âge pour octroyer des services et aides techniques aux personnes handicapées. A l'exception du ministre flamand compétent pour le département du Bien Etre, m. Steven Vanackere, qui était présent, les ministres des autres communautés ont exprimé un intérêt limité.

De quoi s'agit-il ?

Des chiffres récents mentionnent que l'espérance de vie de la population belge a fortement augmenté en quelques années. Les hommes atteignent un âge moyen de 78 ans et celui des femmes est de 82 ans.

Pendant un long laps de temps, le groupe des personnes âgées n'a non seulement grandi, mais il a également pris de l'importance. Les personnes âgées forment un groupe d'intérêt dans la société tant d'un point de vue politique, qu'en tant que groupe d'électeurs spécifiques, tant économiquement qu'en tant que consommateur potentiel et dans la plupart des cas avec pouvoir d'achat.

Une partie considérable du groupe des personnes âgées veut entièrement participer à la société. L'évolution technologique entre autres y joue un rôle

important; elle devrait permettre d'avoir accès à l'information. On remarque que des efforts sont faits pour que les personnes âgées se lancent dans l'usage de la nouvelle technologie: le GSM, l'ordinateur, le GPS, e.a.

L'âge est également vecteur de discrimination dans les discours juridiques, les conventions nationales et internationales, les traités concernant les droits et la dignité de l'homme ainsi que dans les mesures législatives dans notre pays.

Attention particulière !

Avec l'âge, les besoins de soins et de soutien deviennent plus fréquents et se précisent.

Une attention particulière est à apporter aux groupes spécifiques des personnes déficientes ou souffrants de maladies chroniques.

Afin de maintenir à niveau et/ou d'augmenter l'autonomie du groupe des personnes déficientes et malade chroniques et dans le but de pallier à la perte d'indépendance, l'autorité fédérale belge prévoit des compensations, des mesures dans lesquelles l'âge n'est pas critère d'octroi. Elles sont toutefois sans portées.

Discrimination !

L'augmentation de la durée de vie et le bon état de santé de la personne âgée entraînent que ce n'est qu'après 65 ans que le nombre de personnes qui seront confrontées à une déficience augmente.

Ce groupe n'entre toutefois plus en ligne de compte pour une aide financière et pour l'aide à l'acquisition d'aides techniques ou encore, pour une intervention pour l'utilisation des services de soins et d'accompagnement.

En effet, les Agences Régionales des Personnes Handicapées offre la possibilité de s'inscrire au moyen d'une demande d'octroi d'aide. Elles tiennent toutefois compte de la limite d'âge de 65 ans, avec une exception pour la Dienststelle, l'agence de la Communauté Germanophone.

La grande majorité de personnes âgées n'a toutefois pas les moyens d'investir personnellement et doivent donc se passer des éléments qui participent à la base d'une vie qualitativement valorisée.

C'est pourquoi la CBPAM répète sa demande, à l'occasion de cette journée d'étude, aux autorités, et aux politiciens responsables de chaque communauté et région,

- la suppression de la limite d'âge pour l'octroi d'aide matérielle et de services, tel que mentionné dans la mission des Agences et de telle manière à assurer aux citoyens atteints de déficience et de maladie chronique de pouvoir (continuer à) s'assurer une vie digne et de qualité.

La demande est basée sur les valeurs et principes suivants :

- il est moralement injustifié d'exclure une partie de la population des avantages prévus par les autorités concernées; considère que :

1. vieillir dignement est un droit
2. la société garantisse une qualité de vie acceptable pour ses citoyens fragilisés est une obligation ;
3. la qualité de vie doit être préservée;
4. la qualité de vie doit être garantie au domicile;
5. les personnes âgées doivent être considérées et appréciées dans tous les discours en tant que citoyen à part entière;
6. l'apparition d'une déficience est totalement indépendante de l'âge;
7. des chiffres de l'OMS (Organisation Mondiale de la santé) confirmés par une étude Hollandaise, il apparaît que plus de 80% des aveugles et malvoyants lourds sont des personnes âgées de plus de 65 ans;
8. une étude nationale limitée, concernant le secteur des personnes déficientes visuelles, laisse apparaître qu'en moyenne, 55% de la totalité des clients inscrits auprès d'oeuvres de prestations de services sont âgés de plus de 65 ans.
9. au sein de ce groupe de personnes âgées de plus de 65 ans, seulement 20 % sont inscrits auprès de l'Agence du fait qu'elle tient compte de la limite d'âge.

Les chiffres ci-après prouvent qu'on ne peut pas parler d'une minorité au niveau de nombre de personnes concernées, bien qu'il ne concerne que des informations du groupe des personnes déficientes visuelles.

Il est clair, indépendamment de l'association, sa répartition territoriale et le nombre total de ses clients, que les pourcentages du groupe au-dessus de 65 ans par association, en relation au total sont plus ou moins comparables. Le sud vis-à-vis du nord du pays ne montre même pas des différences remarquables.

Organisation	total clients	total + 65	Total + 65 en %	total + 65 avec nr	total + 65 avec nr en	total + 65 sans nr.	total + 65 sans nr. en %

					%		
La Lumière asbl	1507	828	55	35	4	793	96
Œuvre Nationale des Aveugles asbl	1994	901	45	103	11	798	89
Les Amis	4000	2200	55	154	7	2014	92
Blindenzorg Licht en Liefde vzw	7941	4489	57	884	20	3605	80
Kon. Maat. vr Blinden en Slechtienden vzw	1350	675	50	169	25	506	75
Total	16792	9093	52	1345	13	7716	86

Le souci de la CBPAM est également le souci des autres associations représentant les personnes handicapées âgées handicapées.

La problématique abordée dans cet exposé n'est qu'une partie de la longue liste d'exigences qui demandent une solution afin d'obtenir la valorisation des personnes âgées handicapées.

L'union fait la force, une fois de plus ce n'est que dans cet esprit que les meilleurs résultats seront obtenus.

Harry Geyskens
coordinateur général
Confédération Belge pour la Promotion des Aveugles et Malvoyants.

Changer le regard social sur le handicap et le vieillissement.

Docteur Freddy Falez - Direction médicale
Union Nationale des Mutualités Socialistes

Introduction.

Lorsque la société regarde la personne handicapée, elle ne la considère, bien souvent, que par ses déficits. La personne handicapée est une personne qui doit faire l'objet d'une attention spécifique au regard de ses déficiences et de ses incapacités

Cette vision est basée sur le Modèle que Philip Wood a établi pour l'Organisation Mondiale de la Santé dans les années 80 et qui est à la base de la Classification Internationale du Handicap

Définitions :

- Déficiences :
Dans le domaine de la santé, la déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique.
La déficience correspond à l'aspect **lésionnel**. Elle peut être temporaire ou permanente. Elle n'implique pas que l'individu soit malade.
- Incapacité :
Dans le domaine de la santé, une incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience), partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain.
L'incapacité correspond à l'aspect **fonctionnel** du handicap.
- Désavantage :
Dans le domaine de la santé, le désavantage social pour un individu donné résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels).
Le désavantage correspond à l'aspect **situationnel** du handicap.

Parallèlement, lorsque la société regarde la personne âgée, elle la considère suivant une notion déficitaire : vieillissement et déclin de la vie, retrait du milieu du travail, fragilité progressive et dépendance et gâtisme final. De plus, l'Institut National de Statistiques (INS) pose quant à lui un regard démographique. Le coefficient de dépendance des personnes âgées, c'est-à-dire le nombre de

personnes de plus de 65 ans donc improductives et recevant une retraite devient inquiétant.

La connotation négative du regard posé sur le vieillissement et sur le handicap est encore renforcée la notion de protection sociale paternaliste et les ghettos de l'assurance sociale.

Les allocations spéciales, les allocations à la personne âgée dépendante, l'inscription dans les structures telles que l'AWIPH contribuent à ghettoïser les personnes handicapées tandis que l'assurance dépendance et le monde de la retraite caractérisent le ghetto des personnes âgées.

Ce regard social déficitaire sur le handicap et le vieillissement mène inévitablement à l'enferment dans les institutions pour personnes handicapées et dans les maisons de repos pour personnes âgées, dans les maisons de repos et de soins.

Le « fardeau » déficitaire.

Les personnes handicapées sont bien souvent considérées comme un fardeau financier pour la société. En effet, leurs revenus dépendent largement de la sécurité sociale :

- Les allocations de remplacement de revenu
- Les allocations d'intégration
- L'intervention des communautés et régions
- L'intervention de l'AMI
- Les avantages sociaux et fiscaux
- Etc.

Cependant, d'un point de vue statistique, nous pouvons constater que la Belgique manque de données. Les sites de l'AWIPH et du gouvernement fédéral ne recèlent aucune information sur le nombre de personnes handicapées. Par contre chez nos voisins, en France, on peut évaluer que 10 % de la population est concernée par le handicap.

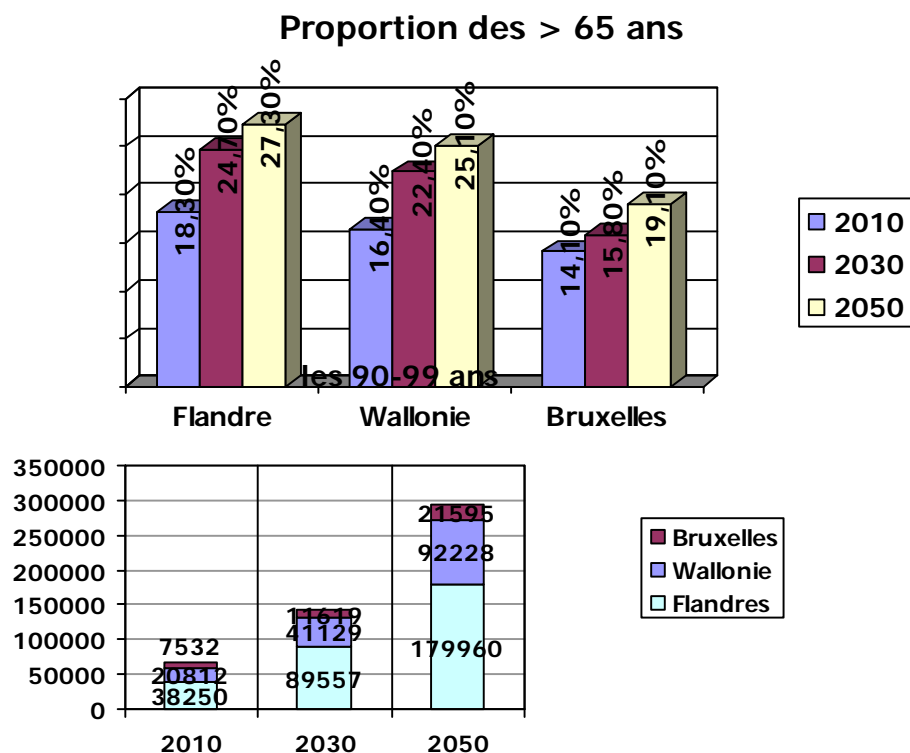
Les personnes âgées, quant à elles, sont aussi perçues comme un fardeau par le simple fait de ne plus faire partie de la population active. Différents postes sont à charge de la société :

- Les pensions
- Les soins de santé
- Les allocations à la personne âgée

- Les soins à la dépendance :
 - A domicile : aides et soins
 - En institutions

La grande peur démographique.

Le vieillissement de la population est présenté plus comme un problème que comme une grande chance. Quelle place donne-t-on à l'expérience des personnes âgées et au témoignage qu'elles peuvent porter sur la vie à l'heure où demain est de moins en moins certain ?



Lorsque l'on étudie les deux graphiques ci-dessus, on peut observer que la Flandre est plus particulièrement frappée par le phénomène du vieillissement que la Wallonie ou que Bruxelles. D'après les prévisions statistiques la proportion des personnes de plus de 65 ans augmentera de près de 9 % de 2010 à 2050. Par contre, à Bruxelles, cette proportion n'augmentera que de 5 %.

De même, le nombre de personnes âgées de 90 à 99 ans augmentera très nettement dans la période 2010 - 2050. Que dire alors des centaines !

L'approche déficitaire du handicap s'articule surtout autour de la vision paternaliste de la personne handicapée et de la tradition de prise en charge caritative de cette dernière.

On parle encore souvent de protection sociale au lieu de sécurité sociale. De plus, l'enferment des personnes handicapées ou âgées semblent, pour une partie de la société, la meilleure des solutions pour ces personnes diminuées.

Il est temps de changer le regard social sur le handicap et le vieillissement. Ce changement va passer par une réflexion sur la non discrimination.

En matière de non discrimination, sur le site du gouvernement belge on trouve une notion très intéressante : l'aménagement raisonnable.

Définition: est considéré comme aménagement raisonnable, l'aménagement qui ne représente pas une charge disproportionnée. L'aménagement raisonnable est donc une charge.

Processus de production du handicap.

Nous sommes tous des personnes handicapées au regard de tout ce que l'Homme est capable de produire. Le handicap n'est donc pas un attribut de l'homme mais il est produit par la société qui ne sait pas s'adapter aux personnes qui présentent une diminution de participation suivant les critères sociaux dominants de la participation.

Changer le regard social.

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) propose une autre approche du handicap.

Auparavant, le modèle linéaire et médical de la Classification Internationale du Handicap (CIH) prévalait dans l'approche du handicap. Aujourd'hui, une seconde approche, socio-médicale, celle de la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) ouvre à une autre vision du handicap.

Comparons les deux approches.

La Classification Internationale du Handicap.

Il s'agit donc d'un modèle linéaire qui met l'accent sur la déficience, l'incapacité, le désavantage → le handicap.

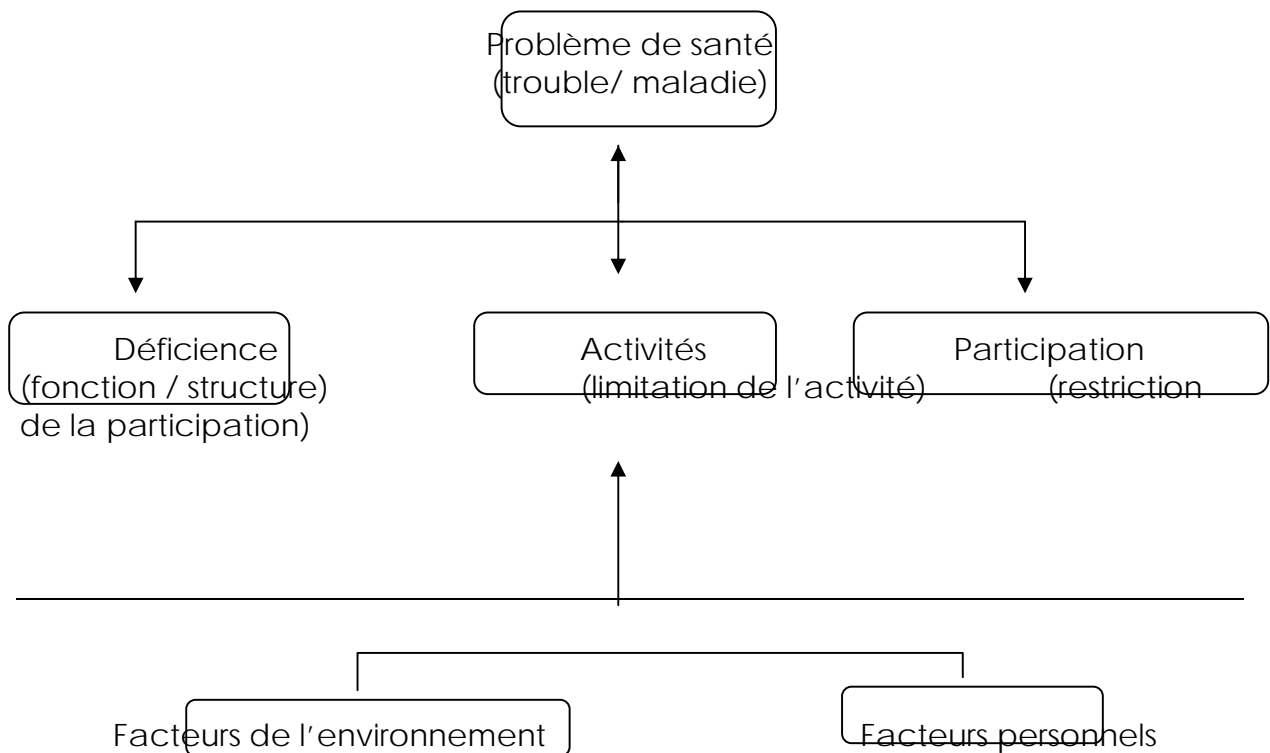
Le modèle médical qui lui est adjoint implique que :

- La déficience bénéficie d'un traitement médical,
- L'incapacité bénéficie d'une réadaptation,
- Le désavantage quant à lui, nécessite l'aide d'une tierce personne.

Ce modèle linéaire médical ignore l'influence de l'environnement et donne le « pouvoir » aux intervenants médicaux.

La Classification Internationale du Fonctionnement.

Dans ce cas, il s'agit d'un modèle socio-médial prenant en compte les interactions entre le problème de santé, le fonctionnement de la personne et son environnement social.



Les concepts de la CIF.

On parle de fonctionnement humain et pas seulement d'incapacités. C'est un modèle universel réciproque et pas un modèle minoritaire, médical ou social. Il n'est pas non plus linéaire ni progressif. La CIF cherche des équivalences contrairement à la CIH qui est un modèle de causalité liée à l'étiologie.

La CIF est inclusive et est applicable suivant la culture de la personne handicapée.

Modèle des conséquences des problèmes de santé.

Modèle médical ou modèle social.

Lorsqu'une personne est confrontée à des problèmes de santé, on constate que les deux modèles s'opposent constamment.

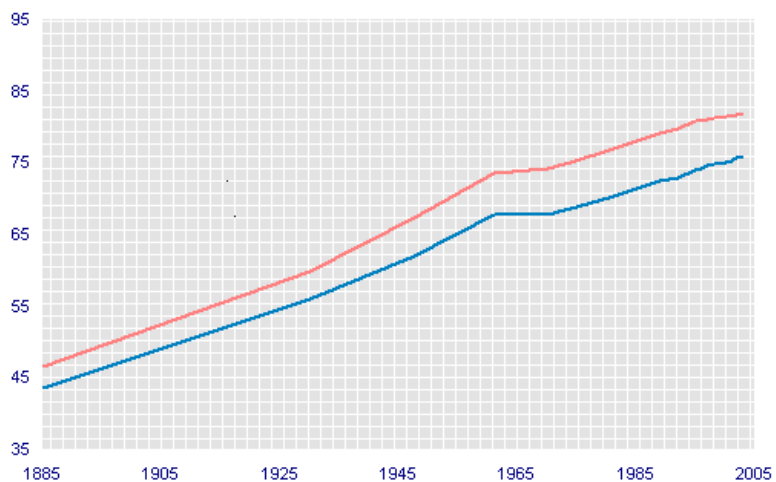
<u>Modèle médical</u>	<u>Modèle social</u>
Problème personnel	Problème social
Soins médicaux	Intégrations biopsychosociale
Traitement individuel	Action sociale
Aide professionnelle	Responsabilité individuelle et collective
Adaptation personnelle	Manipulation de l'environnement
Comportement	Attitude
Soins	Droit de la personne
Politiques sanitaires	politique
Adaptation individuelle	Changement social

Conclusion.

Changer le regard sur le handicap et le vieillissement, c'est d'abord changer de volonté politique.

Il faut abandonner cette réflexion déficitaire sur les personnes âgées et / ou hand. Il faut agir sur l'environnement et plus uniquement sur la personne.

Le rôle des politiques, dès maintenant, est de réévaluer les besoins et de réorienter les moyens disponibles. Mais même si les aides ne sont suffisantes, il ne faut pas perdre de vue que l'homme a une faculté d'adaptation remarquable.



Ce graphique en est la preuve : depuis 1885, l'espérance de vie n'a pratiquement fait qu'augmenter.

Changer le regard social sur le handicap et le vieillissement, c'est, avant tout, vouloir politiquement l'égalité de toutes les personnes dans une société ouverte, démocratique et participative.

Panorama des lieux de vie pour personnes âgées en Wallonie.

Dominique Blondeel – Expert en Vieillesse
Coordination des Centres de Service Social

Préambule.

En 2050, en Belgique, il y aura :

- 10,5 % de personnes âgées de 80 ans et plus, soit 3 fois plus qu'aujourd'hui
- 8000 centenaires, soit 9 fois plus qu'aujourd'hui.

Vieillesse et santé

Paradoxalement, si aujourd'hui on vit plus vieux, en moyenne jusqu'à 75 ans, on vit en meilleure santé. C'est 80 ans qui devient l'âge-pivot à partir duquel on entre dans le groupe à risque de dépendance.

Vieillesse et lieux de vie

Aujourd'hui 6 % des plus de 60 ans vivent en maison de repos (MR / MRS) tandis que 94 % restent chez eux. La personne âgée entre en moyenne en MR / MRS vers 85 ans.

En 2050, il faudrait 150.000 lits supplémentaires ou diversifier les lieux de vie.

1. Maison de Repos pour Personne Agée (Décret 05.06.97).

Ce sont des établissements publics ou privés hébergeant des personnes âgées de 60 ans et plus. Ces établissements peuvent, à titre exceptionnel, héberger des personnes de moins de 60 ans. Dans ces cas, des personnes handicapées plus jeunes peuvent y être hébergées.

Elles sont toujours considérées comme la résidence principale de la personne qui peut y trouver des services collectifs familiaux, ménagers, d'aide à la vie journalière, des soins,...

Une définition du résident est en projet :

Une personne âgée de 60 ans au moins qui est hébergée ou accueillie dans un établissement pour personne âgée ainsi que toute autre personne de moins de 60 ans à titre exceptionnel. Par exemple : Un enfant handicapé qui ne peut vivre seul (avec son parent).

Cadre réglementaire.

Chaque MRPA doit respecter un certain nombre de règles :

- o Un règlement d'ordre intérieur comportant les droits et devoirs des résidents et des soignants, les éventuelles mesures d'isolement et de contention,...
- o Une convention sur les conditions d'hébergement, les services couverts, les suppléments éventuels, les conditions en cas d'absence,...
- o Un dossier administratif individuel,
- o Un dossier individualisé de soins consultable par le résident : comportant les directives médicales, infirmières, paramédicales, soins, médicaments, dates de visite du médecin, régime. Ce dossier doit être complété quotidiennement.
- o Un dossier médical.
- o Un projet de vie.
- o Le conseil des Résidents.

Le coût

Le prix moyen par mois va de 900 à 1300 €.

Ce montant couvre le minimum à savoir :

- o L'usage de la chambre, des parties communes, les charges (eau, électricité,...)
- o L'usage et l'entretien (chambre, sanitaires, ascenseur, matériel, TV et radio dans les locaux communs,...) ;
- o Les repas et les prestations du personnel sauf kiné ;
- o L'approvisionnement et la distribution de médicaments (ristourne accordée par le pharmacien rétrocédée au résident).

L'établissement doit fournir une liste exhaustive des suppléments éventuels. Le résident n'est pas tenu de payer des suppléments non repris dans la liste.

La programmation.

La Région wallonne maîtrise l'évolution de l'offre du nombre de lits afin de maintenir une répartition homogène sur tout le territoire. Cette répartition géographique des MR s'effectue en fonction du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus par arrondissement : maximum 6,8 lits/100 habitants d'au moins 60 ans (minimum 6,3 lits/PA/arrondissement). De plus, il y a une répartition par secteur : public et privé.

Exemple : 19.09.08

PA (60 et +) : 721.626 ➡ 6,8 % : 49.071 ➡ Moratoire : 47.546

Offre actuelle 47.546 lits.

Taux d'occupation non connu mais estimé à 95 %.

Remarque : Etant donné que nous vivons plus vieux et en bonne santé, la Région wallonne ne va plus prendre les personnes âgées de 60 ans

et plus mais celles âgées de 75 ans et plus pour établir le nombre de lits.

2. Maison de repos et de soins

C'est une maison de repos pour personne âgée (hôpital ou service d'hôpital reconverti) public ou privé hébergeant des personnes nécessitant des soins.

Ces personnes répondent à plusieurs critères :

- Impossibilité de soins à domicile (évaluation pluridisciplinaire),
- Nécessité de soins infirmiers paramédicaux et kiné, aide à la vie journalière,
- Dépendance élevée (Echelle de Katz).

Cadre réglementaire.

Comme les MRPA, les MRS doivent respecter un certain nombre de règle :

- o Un règlement d'ordre intérieur comportant les droits et devoirs des résidents et des soignants, les éventuelles mesures d'isolement et de contention,...
- o Une convention sur les conditions d'hébergement, les services couverts, les suppléments éventuels, les conditions en cas d'absence,...
- o Un dossier administratif individuel,
- o Un dossier individualisé des données sociales, médicales paramédicales et infirmières actualisé quotidiennement.
- o Un projet de vie.
- o Le conseil des Résidents,
- o De plus, une anamnèse, un examen clinique à l'admission, un protocole d'évaluation multidisciplinaire, un rapport sur l'état de santé, un plan de soins,... doit être réalisé.
- o Un programme écrit de qualité de soins et services doit être disponible et consultable par les résidents.

Le coût

Le prix moyen par mois va de 900 à 1300 € et couvre les mêmes frais qu'en MRPA plus les prestations de kiné, d'ergo et de logopédie.

Programmation

Le fédéral a fixé un nombre maximum de lits en MRS = 19.220 lits correspondant à un budget. Cela implique la requalification de lit MR en lits MRS.

L'offre actuelle en MRS est de 19.216 lits.

3. Accueil des patients déments. (décret 05.06.97)

Les patients déments doivent être accueillis dans des unités spécialement adaptées, détentrices d'un agrément spécial. Ces structures sont généralement des immeubles ou parties d'immeuble exclusivement affecté à cette unité.

Au sein de ces structures, la vie des patients est rythmée de manière à ressembler le plus possible à une vie normale grâce à des activités compréhensibles, au maintien des relations sociales ainsi qu'à l'entretien et à la valorisation des capacités restantes. Si possible, les familles sont impliquées, notamment pour le maintien de certains repères.

Des lieux de vie communautaires accompagnent les chambres individuelles et les accès vers l'extérieur doivent toujours être sécurisés par un moyen technique approprié. De plus, des espaces comme la cuisine sont accessibles et adaptés.

Pour l'instant, 11 établissements sont agréés sur 670 ; **l'offre actuelle est de 196 lits.**

Les Cantous : Le « Coin du Feu » en langue d'Oc (Association)

Les Cantous sont des lieux de vie communautaire pour personnes désorientées basé sur l'entraide, la communication, la relation et la participation aux actes de la vie quotidienne. Leur objectif est surtout préventif et réside dans le maintien de l'autonomie, des liens familiaux et sociaux de la personne.

Les trois principes de base des Cantous sont :

1. Communauté
2. Subsidiarité
3. Participation

Pour résumer la problématique des personnes démentes, on peut déterminer plusieurs catégories d'accueil :

1. Les MR/Cantous agréés
2. Les MR agréés non-Cantous
3. Les MR non-Cantous et non agréés

Espace Senior et l'Union Chrétienne des Pensionnés revendiquent une agrégation des structures d'accueil des personnes démentes sur des critères alliant le respect de la qualité de vie, les soins adaptés et le maintien des relations sociales et familiales.

4. Résidences-Services (Décret 05.06.97)

Une résidence-service est un ou plusieurs bâtiment(s) comprenant des logements particuliers permettant une vie indépendante. Les résidents peuvent s'ils le désirent bénéficier des services (repas, aide ménagère,...) de la MR ou MRS attenante.

Cadre réglementaire

Les résidences-services possèdent bien entendu un règlement d'ordre intérieur comprenant les droits et devoirs, les modalités d'accès aux soins, d'utilisation des locaux collectifs,...

Elles doivent fournir à leurs résident une convention comprenant les conditions d'hébergement, le prix mensuel, le nombre max de personnes, le prix des services facultatifs disponibles,...

Pour chaque résident un dossier administratif individuel est établi.

Les résidences-services ont trois catégories de services :

- 1) Obligatoires : entretien des locaux communs, matériel, vitres, info sur les loisirs organisés
- 2) Obligatoirement mis à disposition : «3 repas / jour, nettoyage du logement, entretien du linge
- 3) facultatifs

Le coût

Il s'agit d'un loyer incluant les services obligatoires. Les résidences-services sont généralement onéreuses : de 500 € (CPAS : rare) jusque 3000 €

Programmation

Il faut compter 2 places pour 100 habitants de 60 ans et plus.

Exemple : 721.626 habitants => 14.432 logements

Le 19.09.08, l'offre était de 2.949 logements.

Il n'y a pas de moratoire mais une des exigences est que 30 % des résidences-services appartiennent au secteur privé commercial, 30 % au secteur privé non lucratif et 40 % au secteur public.

5. Domicile.

5.1. Les soins et les services à domiciles

Ce sont des services d'aide aux familles (AF, GAD, AM, « Brico », ...). Ils ont un rôle social, psychologique, ménager (AF), garde-malade (GAD).

On trouve également dans cette catégorie les services d'infirmiers ou les infirmiers indépendants.

Les centres de coordination de soins et services à domicile coordonne l'action des intervenants.

La coordination des soins et services à domicile.

Les Coordinations des Centrales de Soins et de Services, avec le médecin généraliste, sollicitent l'intervention des prestataires et / ou services nécessaires, avec l'accord de la personne à aider / soigner. Le CCSS organise ensuite la prise en charge.

La coordination « externe » ou « intégrée » joue en quelle que sorte le rôle d'aiguilleur ou de conducteur de train pour programmer et organiser les services : l'aide aux familles (y compris l'aide au ménage, garde à domicile, distribution de repas, les aides pour des bricolages), les soins infirmiers, le matériel nécessaire ainsi que les prestataires indépendants (kiné, biotélévigilance, pédicure, logopède, coiffeur) et les transports.

Le coût => Aide aux familles de 0,87 € / h à 7,81 € / h
 Soins infirmiers : tarifs IMANI (TM)
 Le reste n'a pas de tarif imposé (variable)

En ce qui concerne la programmation, il existe un moratoire. De plus, pour le dépôt de plaintes rien n'existe.

5.2. Les centres d'accueil de jour et les centres de soins de jour

Accueil	Soins
Au sein d'un MR/MRS ou lien Fonctionnel	
Agrément par les Régions	
----	Agrément spécial par l'INAMI
PA de 60 ans et + en perte d'autonomie (5 min et 15 max)	Pers nécessitant des soins (médecin généraliste, soins infirmiers, kiné) et aide pour les activités de la vie quotidienne + critères de dépendance (MRS)
5 jours / semaine de 8 à 18 h	Accueil de 6 h minimum (arrivée avant 12 h)

Cadre réglementaire

CAJ	CSJ
•ROI (MR) + continuité des soins (médicaments), collaboration	•Cadre du CAJ •Tenue d'un registre de

<p>avec services d'aide aux familles, activités de récupération de l'autonomie, organisation et coût du transport</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convention, dossiers (individuel et de soins) • Tableau d'affichage : coordonnées, menu de la semaine, heures de visite, activités • Chaises percées interdites 	<p>présence avec heure d'entrée et de sortie, clôturé chaque jour à 13 h.</p>
---	---

Le coût.

Pour le CAJ, le coût n'est pas supérieur au prix d'hébergement le plus bas réclamé dans une MR (y compris les 5 €/jour En Région wallonne).

Pour le CSJ où les soins sont gratuits (y compris kiné, logo, rééducation...), le tarif est en général le même qu'en CAJ mais le matériel d'incontinence est en supplément.

Programmation.

CAJ : 2 places / 100 habitants de 6à ans et+. Il n'y a pas de moratoire mais 30 % maximum des places doivent être dans le secteur privé commercial, 30 % dans le secteur privé non lucratif et 40 % dans le secteur public.

L'offre, le 19.09.08 était de 610 places (sur 14.432).

CSJ : 1045 places (nombre fixé par le fédéral)

L'offre, le 19.09.08 était de 250 places

5.3. Les centres d'accueil de soirée et les centres d'accueil de nuit.

Ce sont des bâtiments ou des parties de bâtiments affecté principalement à l'usage de CAJ qui accueille la soirée et / ou la nuit des résidents autres que ceux accueillis en CAJ, qui y bénéficient de soins familiaux et ménagers et, au besoin, d'une prise en charge thérapeutique et sociale.

5.4. La convalescence en centre.

C'est un accueil temporaire à la suite d'une maladie grave ou d'une intervention chirurgicale pour une durée de minimum 14 jours. Elle est prescrite par le médecin traitant (durée). La direction médicale de la mutualité du patient doit donner son accord. Elle n'est pas financée par l'INAMI sauf s'il s'agit de revalidation. Les

soins infirmiers sont à charge du patient via un service de soins infirmiers à domicile ou via un infirmier indépendant.

L'Union Nationale des Mutualités Socialistes, après accord de la direction médicale intervient à raison de 24 € / jour pour les affiliés en ordre d'assurance complémentaire.

5.5. Le court-séjour.

C'est un séjour temporaire en MRPA. Il est souvent envisagé lors d'une dégradation provisoire de l'état de santé mais quand celle-ci ne nécessite pas d'hospitalisation. Le court-séjour est d'une durée fixée d'un commun accord qui ne peut toutefois pas excéder 3 mois. Il permet aux familles de vivre un moment de répit.

Malheureusement, on constate parfois que les personnes qui entre en MRPA pour un court-séjour y restent définitivement ! Diminution de l'autonomie due à l'institutionnalisation ou véritable dégradation des capacités de la personne ou encore question de facilité ?

Cadre réglementaire

Ils répondent à la même réglementation que les MRPA : ROI, convention, dossier individuel,...

Dans les MRPA, seuls 10 % des lits au maximum peuvent être affectés au court-séjour.

Le coût et les normes sont identiques à celui des MRPA.

9,4 lits par 10.000 habitants de 60 ans et + → 680 lits pour 721.626 (60 et +)

Le nombre de résidents pas plus élevé que la capacité totale par exemple :

Capacité autorisée : 40 lits MRPA

Lits court séjour : 4

→ Maximum 44 personnes ; si 43 résidents présents, 3 courts séjours

L'offre, le 19.09.08 était de 518 lits.

5.6. L'hospitalisation de jour en gériatrie.

C'est un accueil de jour des personnes âgées de 75 ans et + en moyenne, à la demande du médecin généraliste, d'un médecin spécialiste ou après une consultation gériatrique.

Elle a pour but de raccourcir ou d'empêcher une institutionnalisation en favorisant le maintien ou la récupération maximale de l'autonomie.

Elle permet d'effectuer des bilans sur la maladie de Parkinson, l'ostéoporose, le diabète, les problèmes d'incontinence, les chutes, la marche, l'alimentation. C'est lors de ces hospitalisations de jour

que des évaluations neuropsychologique (mémoire,...) sont réalisées. Grâce à ces tests, la mise en évidence de la présence ou de l'absence de troubles cognitifs, psychologiques ou physiques aide au choix du lieu de vie le plus adapté.

Le coût.

L'évaluation gériatrique pluridisciplinaire (consultation chez le gériatre, le neuro-psychiatre, ergo,...) coûte 21,99 € au patient, pour les patients BIM, elle ne revient qu'à 8,79€ (le coût total pour l'INAMI est de 87,98 €).

6. L'habitat groupé.

Ce sont des expériences en développement. Il n'y a donc pas encore de réglementation.

Les habitats groupés sont des lieux de vie de 5 à 15 personnes avec des espaces communs et d'autres privatifs. Ils sont autogérés à des degrés divers selon le type.

6.1. Le concept Abbeyfield.

Le projet de vie est inspiré par des valeurs :

- Respect de soi impliquant le choix et la volonté de rester aux commandes de sa vie ;
- Respect des autres impliquant le partage des responsabilités, l'entraide et la convivialité ;
- L'ouverture au voisinage.

Ce concept et mouvement de volontaires aident les seniors, le plus souvent isolés mais autonomes, à partager un cadre de vie épanouissant. Chaque jour, au moins un repas est préparé et pris en commun.

Il n'y a aucun cadre juridique, ni contrôle, ni protection

Abbeyfield Monticelli est la première maison créée en janvier 2002 à Villers-la-Ville. Elle comporte 11 flats individuels de 33 à 71 m².

Entre Voisins, maison Abbeyfield Etterbeek est le résultat de la fusion de trois maisons contiguës en juin 2003. Elle comportent 8 flats de +/- 40 m².

Le coût est variable et élevé. Il comprend le loyer et les charges (+ un repas en commun). Il est de 1000€ à Monticelli et de 650 € à Etterbeek.

6.2. L'accueil familial.

Des familles accueillent de 1 à 3 personne(s) en mettant à disposition une chambre par personne accueillie. Les expériences française et québécoise servent de modèle en Région wallonne.

Le projet en Wallonie :

C'est un hébergement dans le domicile d'un particulier de maximum trois résidents n'appartenant pas à sa famille (4^e degré inclus). Le particulier offre, en plus de l'hébergement, une aide à l'organisation des soins, à la réalisation des aides à la vie journalière dans le cadre d'une vie familiale.

6.3. L'habitat kangourou.

Dans ce cas, ce sont des familles qui sont accueillies par des personnes âgées habitant une maison trop grande pour leurs propres besoins.

La maison est alors réaménagée en deux appartements séparés (sanitaires, cuisine individuels). La personne âgée ne peut pas être trop invalide.

Exemple : Foyer Dar El Amal

Il s'agit de la location de 2 appartements dans une maison à une famille immigrée et à une personne âgée. Le coût pour la personne âgée est de 175 € et pour la famille de 250 €.

Dans ce cas, le projet est géré par une association qui est l'intermédiaire entre les deux parties. La personne âgée peut faire appel à la famille en cas de problème même la nuit

6.4. L'habitat intergénérationnel.

Des personnes âgées et des jeunes vivent ensemble.

Exemple : le Balloir à Liège

Une MR et une MRS sont sur le même site qu'une maison d'accueil pour mamans et / ou enfants en difficulté. Des personnes âgées font le suivi scolaire des enfants.

6.5. L'habitat groupé pour personnes âgées et jeunes moins valides.

Le Vert Galant (Gembloux) et La Seigneurie (Namur) accueillent des personnes âgées et des personnes accidentées ou avec des traumatismes psychologiques. Cet habitat groupé est autogéré en co-propriété, on peut y être locataire.

Les Trois Pommiers (Bruxelles) regroupe une MR, une maison maternelle et un centre pour personnes à fragilité mentale. Cette structure se compose de flats avec kitchenette et espaces communautaires.

7. Enquête Conseil Wallon du Troisième Age sur l'accueil des - de 60 ans en MR/ MRS

Cette enquête a été réalisée de fin 2007 à début 2008 sur une durée de trois mois. Le CWTA a interpellé 670 établissements, ce qui correspond à 15427 résidents.

Il ressort des résultats que 388 résidents de - de 60 ans (2,5 %) sont pour la plupart des personnes handicapées et que pour 30 % des cas l'intégration de ces personnes est problématique.

8. Conclusions.

Il y a un manque de place pour l'accueil des personnes âgées dépendantes ainsi que pour les personnes handicapées.

Des alternatives sont à l'étude ou en projet.

L'accueil des personnes handicapées en MR et en MRS n'est pas une réussite dans au moins 30 % des cas, selon l'enquête du CWTA.

L'accueil des personnes démentes n'est pas suffisamment réglementé.

Peut-être faut-il envisager des ponts entre les deux secteurs (personnes âgées - personnes handicapées) en ce qui concerne les réglementations, les lieux de vie, les structures d'aide, ... ?

Daisy Populaire

« L'allongement de l'espérance de vie des personnes déficientes intellectuelles en Région Wallonne : un progrès pour l'humanité, un défi à l'humanité ? »

La thématique du vieillissement n'est certes pas un « sujet jeune » mais jamais il n'a été autant au cœur des préoccupations.

En effet, si les structures sont interpellées depuis la fin des années '80 par l'allongement de l'espérance de vie des personnes handicapées et par ses conséquences sur leur accueil et leur accompagnement, bien peu ont mené une réflexion approfondie sur la question du management des âges en lien avec le vieillissement démographique, devenu, selon Michel Loriaux, un phénomène social total.

Aujourd'hui nombre de structures inscrivent leur personnel dans des formations, parfois dans des groupes de travail. Les orientations pédagogiques se dégagent ... en fait elles sont dégagées depuis bon nombre d'années et reviennent inlassablement les mêmes questions fondamentales qui faute de moyens financiers, de ressources humaines, de formation, de méthodologie restent :

- Quelles activités, quelles adaptations ?

L'un des premiers signes de vieillissement évoqués par les professionnels est le retrait d'activités au préalable fort appréciées. Si la tentation est forte d'y voir une perte de compétences chez la personne handicapée, une envie d'un autre rythme, de ne rien faire, ..., nous nous devons de nuancer et de nous placer devant l'obligation de réinterroger les projets, de les réactualiser. Car si le droit pour la personne handicapée de ne rien faire est facilement reconnu, il n'en va pas de même pour le personnel qui l'accompagne...

Ne rien faire ... c'est faire quelque chose, mais quelque chose qui n'a pas de valeur ! On fait « rien » mais on fait quand même !

L'adaptation des activités est souvent pensée quant à leur rythme, leur nature. Ne devrait-on pas davantage les questionner quant à leur sens pour la personne âgée ? Aussi, de nous poser les questions suivantes : L'activité proposée est-elle favorable à l'animation de celle-ci ? Répond-t-elle à un besoin ou à une obligation ? S'agit-il d'un seul activisme déculpabilisant ? Et déculpabilisant pour qui ?

Philippe Meeus nous interpelle à plusieurs niveaux :

- o Les valeurs : quelle valeur a l'activité pour la personne, est-elle importante pour elle ?
- o La motivation : cette activité sera-t-elle pour la personne un motif de ...
- o L'intérêt : l'activité plait-elle ou intéresse-t-elle ?

Rappelons-nous la pyramide des besoins de Maslow et la liste des besoins de V.Henderson et posons-nous cette question : outre les besoins physiologiques et les besoins de sécurisation, visons-nous ou avons-nous encore les moyens d'aller à la rencontre des besoins d'actualisation, de réalisation de soi ... ce type de besoins qui réclament créativité, professionnalisme et disponibilité de la part des professionnels ?

- Quelles ressources : éducatives ou soignantes ?

La qualité de l'accompagnement est certes en jeu. Et la question suivante d'être posée très régulièrement : « Peut-on ou doit-on éduquer une personne qui par ailleurs se trouve être notre aînée ? »

Pouvons-nous « grandir » jusqu'à notre dernier souffle ?

Et le terme « éducation » d'être redéfini ...

Les identités professionnelles se trouvent plus que jamais en jeu, mais il apparaît comme une évidence que repose sur les éducateurs une responsabilité énorme : participer activement à la reconnaissance du professionnalisme nécessaire pour accompagner au mieux les personnes handicapées devenues âgées. Les moyens à leur disposition ? Le passage de la tradition orale à l'écrit, la défense du savoir, du pouvoir être pour les personnes handicapées au travers du savoir faire des professionnels, ... La reconnaissance d'une profession ne peut passer exclusivement par la seule argumentation d'un savoir être, fut-il exceptionnel !

- Quel hébergement ?

Les services confrontés à cette thématique du vieillissement s'interrogent naturellement quant à l'adaptation possible de leur architecture, de leur équipement, aux besoins nouveaux de la population accueillie.

La philosophie de travail a toujours privilégié des conditions d'accueil favorisant chez la personne handicapée le sentiment d'avoir trouvé « une maison ». Et

pourtant, les pathologies se révélant ou se manifestant avec l'âge rappellent pourtant aux professionnels le contexte institutionnel.

Le discours dominant jusqu'à présent « tu es chez toi ! » trouve toute sa fragilité dans la capacité ou la volonté des services à accompagner « jusqu'au bout » les personnes handicapées. Le vieillissement, comme d'autres thématiques telle celle des troubles du comportement, vient rappeler tout le poids et les contraintes de la collectivité.

Partant, certains services émettent l'hypothèse des réorientations vers les maisons de retraite. Ces alternatives ont permis dans certaines situations aux personnes âgées de reconstruire un projet, mais elles ne concernent aujourd'hui que peu de personnes et ne peuvent être considérées comme « La » panacée.

Le travail en réseau (services pour personnes déficientes/maisons de repos/services à domicile/...) semble bien plus prometteur. En permettant aux professionnels une confrontation de savoirs riche, il propose également aux personnes handicapées une ouverture culturelle plus large et peut-être un choix enfin possible quant à leur orientation résidentielle.

Aussi, si des éclairages ont pu être trouvés notamment dans au travers d'une rencontre entre les enseignements de la gérontologie générique et de la gérontologie spécifique, il n'en reste pas moins que la société ne donne pas les moyens de mettre en pratique nos idéaux pédagogiques ...

Aussi s'il est important d'apprendre ce qu'est le vieillissement, il ne faudrait pas qu'une théorisation croissante vienne nous éloigner de notre mission première : « aider les personnes à vivre leur vieillissement ».

La Déclaration de Graz (juin 2006) aurait-elle pour objectif de nous rappeler, pour autant que cela soit nécessaire, que plus que jamais Olof Palm pourrait affirmer qu'une société se juge aux égards qu'elle réserve à ses minorités ... Nos aînés déficients intellectuels seraient-ils menacés à ce point de gérontophobie, leurs droits seraient-ils aussi peu reconnus ...

Aujourd'hui, plus que jamais, il convient de recontextualiser cette thématique du vieillissement.

L'espérance de vie est de plus en plus longue ... bonne nouvelle pour l'individu !
L'Europe vieillit ... mauvaise nouvelle pour l'humanité !

Les défis européens sont importants (l'allongement des temps de carrières, par exemple, touchera sans nul doute les accompagnants mais les personnes handicapées elles-mêmes) et ne seront donc pas si éloignés de nous ...

La thématique du vieillissement se pose certes aujourd'hui comme un réel défi pour les services.... Mais si la problématique réelle n'était pas celle-là, mais celle de leur rajeunissement ?

Nombre de professionnels reconnaissent aujourd'hui les enjeux intergénérationnels et interculturels.

L'intergénérationnel

- Entre personnes handicapées :

Le thème de la cohabitation entre personnes de générations différentes se posent actuellement aux services d'accueils et principalement aux services résidentiels. L'histoire a fait que ceux-ci ont vu leur population relativement stable durant de nombreuses années. Aujourd'hui, le taux de mortalité augmentant, les priorités posées par l'AWIPH étant, c'est le paysage résidentiel qui tend à se modifier. La cohabitation entre personnes âgées et personnes jeunes n'est pas sans poser également ses défis :

- o Comment « protéger » les personnes fragilisées par l'âge du trop plein énergétique des plus jeunes ?
- o Doit-on aborder les besoins des personnes jeunes mais très dépendantes de la manière que ceux des personnes devenues âgées ? La tendance semble être celle-là au risque, peut-être, de confondre « vieillesse » et « dépendance », de favoriser la dépendance de personnes âgées, de ne plus donner une finalité à l'avancée en âge et par là de ne plus valoriser la vieillesse.
- o Faut-il cloisonner les âges de la vie ou les décloisonner ?
- o Quels dispositifs mettre en place afin que chacun puisse reconnaître son appartenance à une tranche de la vie qui est la sienne ?

- Entre professionnels

Une génération d'éducateurs saisit aujourd'hui l'opportunité des mesures telles que les plans Tandem ... remplacés par de jeunes professionnels, remplis d'énergie, certes, mais apportant également d'autres rythmes. Ainsi

l'intergénérationnel apporte-t-il une grande richesse mais également quelques difficultés qu'il convient de gérer au mieux, d'accompagner, de structurer. Les constats se font de plus en plus nombreux : l'intergénérationnel n'est pas un mode de fonctionnement naturel, il demande à être soutenu.

Une génération d'éducateurs s'en va ...c'est un pan de l'histoire de nos services qui part ! Pensons à leur demander de nous laisser leurs souvenirs, permettons-leur de laisser des traces ...

L'interculturel

- Entre personnes handicapées

A l'image de la société, les services résidentiels s'enrichissent progressivement de la présence de personnes handicapées d'origines culturelles différentes. Il convient non seulement d'adapter nos accompagnements afin de les comprendre (prendre avec soi) au mieux.

- Entre professionnels

La cohabitation entre professionnels de générations différentes n'est pas sans révéler des différences culturelles importantes et ce à plusieurs niveaux :

- les valeurs transmises par la formation : de l'esprit communautaire à l'individualisme
- le lien à l'autorité : de la soumission à la contestation
- l'engagement professionnel : de la vocation à la mobilité (?)

Outre ces deux défis (l'intergénérationnel et l'interculturel) , vient se poser comme enjeu pour nos services « l'intégration de la personne handicapée institutionnalisée » dans la société.

En effet, nombre de services accueillent aujourd'hui des personnes de plus grande dépendance ou présentant des besoins nouveaux. Il s'en suit, à n'en pas douter, une modification non seulement de la pyramide des âges mais également des profils de bénéficiaires. Les priorités d'accueil étant posées, restent la volonté de maintenir une politique d'intégration, se pose la question des moyens !

« L'avenir, comme le disait Saint Exupéry, il ne faut pas le prédire, il faut le permettre ! »Populaire Daisy

Synthèse

1. Réaction par rapport à l'exposé de Madame Dominique Blondeel

Des précisions concernant le concept court séjour ont été évoquées.

Le court séjour c'est vraiment :

- un moment de répit pour la famille
- un temps de convalescence pour la personne après une hospitalisation
- un endroit où la personne âgée peut suivre une revalidation avant un retour à domicile (après une opération, une fracture du col du fémur,...)

C'est trop facile de dire que le court séjour est un sas d'entrée pour la maison de repos. Cependant, après un bref passage en maison de repos, la personne se sent bien, en sécurité et veut y rester.

2. Revendication

Il y a un manque criant de structures pour les personnes handicapées dépendantes qui n'ont pas encore l'âge d'aller en maison de repos et de soins.

Par exemple : les personnes souffrant de la sclérose en plaques n'ont pas beaucoup de choix d'hébergement même si elles sont assez jeunes, il n'est pas rare de les voir en maison de repos et de soins. Les personnes handicapées n'ont pas envie d'aller en MRS mais elles n'ont pas toujours le choix. Il n'existe qu'une seule institution pour personnes ayant ce type de pathologie et elle se situe à Melsbroeck.

C'est aussi le cas des personnes ayant subi des accidents de la route et ayant gardé des séquelles ; très peu de structures d'accueil et d'hébergement existent.

3. Que faire avec les personnes ayant une Trisomie 21 qui en vieillissant souffre de la Maladie d'Alzheimer ?

Les institutions sont démunies face au vieillissement et à ses conséquences, les éducateurs n'étant pas des soignants. Madame Daisy Populaire suggère de faire appel aux maisons de repos et de soins. Il est cependant préférable de tisser un réseau entre les institutions, les services d'accompagnement et les maisons de repos et de soins avant que cela ne soit nécessaire. Travailler dans l'urgence, avec des personnes non préparées est souvent source de conflit.

Madame Populaire fait remarquer que les personnes handicapées mentales vieillissantes sont de plus en plus nombreuses et qu'il y a un réel déficit au niveau de leur prise en charge.

En France, il existe un service d'accompagnement qui prend en charge de personnes handicapées vieillissantes dans une structure de type appartement avec au rez-de-chaussée tout ce qui concerne les soins. Il serait intéressant de voir si en Belgique ce genre de projet pourrait se développer mais il semble que le cloisonnement des matières serait un frein.

Conclusions.

Gisèle Marlière

Association Socialiste de la Personne Handicapée

Durant cette journée d'étude, nous avons eu la chance d'écouter des orateurs issus, aussi bien, du milieu politique que du milieu associatif, de l'administration et des mutuelles. Ces intervenants nous ont brossé une vue d'ensemble de diverses difficultés inhérentes au phénomène du vieillissement dans un pays comme la Belgique comptant de plus en plus de personnes âgées vivant des situations de handicap et des personnes handicapées vivant de plus en plus âgées.

Le vieillissement de la population suscite bon nombre de questions politiques et financières. Cette donnée : l'espérance de vie augmente pour tout le monde, sans discrimination, pour les personnes handicapées ; elle aussi confronte notre société à des nouveaux défis.

Le vieillissement a un véritable impact sur le budget des soins de santé. Un âge avancé est souvent le synonyme de l'apparition d'incapacités et, par voie de conséquence, de l'accroissement du besoin en soins médicaux, en hospitalisation.

Les allocations d'aide à la personne âgée sont, en quelque sorte, sources de discrimination. Une fois 65 ans, en considérant le même degré de manque d'autonomie, une personne va percevoir une allocation qui est près d'un tiers moins importante. Monsieur Gubbels a avancé plusieurs arguments expliquant cette différence de traitement mais un en particulier à retenu notre attention : les Allocations d'Intégration de la personne handicapée (AI) ont été mises en place pour faciliter l'intégration des personnes handicapées sur le long terme en général tandis que les Allocations pour la Personne Agée (APA) ne doivent couvrir qu'une durée de dépendance beaucoup plus courte (environ 4 ans). Contrairement à ce que suggère Monsieur Gubbels en disant que la dépendance peut se prévoir – concrètement : chacun peut souscrire une assurance dépendance - l'ASPH préfère miser sur les valeurs de solidarité. Toutefois, il faut rester réaliste et se poser la question de la pérennisation de l'ampleur du financement de la perte d'autonomie dans notre actuel système de solidarité nationale.

A long terme, l'impact de l'accroissement de la population âgée sur l'enveloppe budgétaire allouée aux pensions risque également de mettre à mal notre système solidarité sociale. Le ratio travailleurs-retraités s'inversant, les travailleurs jeunes qui ont les moyens souscrivent des épargnes-pensions auprès

de compagnies d'assurances privées afin de compléter le montant de leur pension.

Au cours des interventions, nous avons pu voir combien parfois les frontières étaient floues entre les personnes handicapées devenant âgées et les personnes âgées vivant une situation de handicap. Notamment au niveau de l'hébergement, les difficultés des éducateurs devant les personnes handicapées mentales souffrant de la maladie d'Alzheimer et celles du personnel des maisons de repos face aux personnes âgées souffrant de divers handicaps ou face à des personnes handicapées jeunes s'entrecroisent.

Il devient obligatoire de créer des synergies, des réseaux entre les structures d'hébergement pour personnes handicapées et les maisons de repos et de soins. L'échange des pratiques est aujourd'hui devenu essentiel aux professionnels afin de leur permettre d'assurer à leurs résidents les activités et les soins adéquats.

Quelques pistes de réflexion intéressantes ont découlé des interventions et des débats notamment pour assurer une plus grande autonomie aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Il faudrait :

- augmenter l'offre de soins et services d'aide à domicile,
- pouvoir aménager le domicile et bénéficier des aides techniques même après 65 ans.

Ces deux revendications sont surtout conditionnées à une volonté politique et à des budgets supplémentaires.

En conclusion, il ressort de la journée d'étude que les politiques personnes handicapées et personnes âgées, si elles étaient transversales, gagneraient en cohérence et apporteraient des réponses plus adaptées en matière d'autonomie.

Etude réalisée par l'

Association Socialiste de la Personne Handicapée

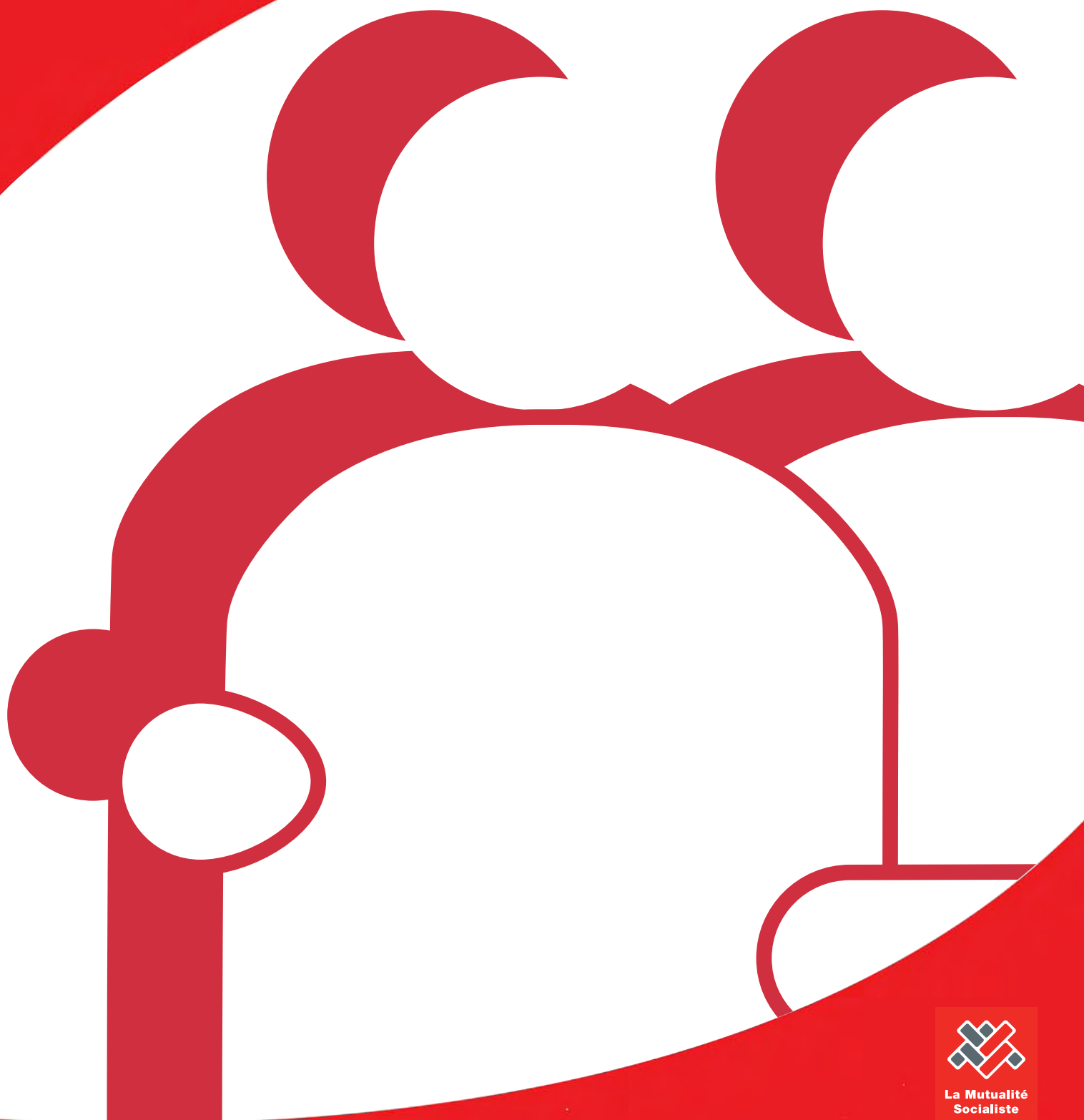


Rue Saint-Jean, 32-38 1000 Bruxelles

Tel : 02 / 515 02 65 Fax : 02/ 515 06 58

E-mail : asph@mutsoc.be

www.asph.be



LA FORCE DE LA SOLIDARITÉ