



DIVERSIFIER L'OFFRE DE MAINTIEN À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES SUR UN TERRITOIRE INSULAIRE

**LA CRÉATION D'UNE MAISON D'ACCUEIL FAMILIAL AU SEIN DU
GCSMS DE L'ÎLE DE LA DÉSIDRADE**

Géraldine DEVARIEUX

2015

cafedes



Remerciements

Merci à mon époux pour son soutien sans faille.

Merci à mon père pour son aide précieuse.

Merci à mon tuteur pour ses conseils avisés.

Sommaire

Introduction	1
1 Un contexte socio-politique particulier qui met en tension politiques territoriales et dispositifs locaux de maintien à domicile.....	3
1.1 Des notions fondamentales à interroger	3
1.1.1 Les « malentendus » du vieillissement.....	3
1.1.2 Le territoire et le sentiment d'appartenance... ..	5
1.2 Des politiques sociales locales limitées en faveur des personnes âgées qui reposent sur l'effort associatif et les solidarités familiales	6
1.2.1 Du rapport Laroque au rapport Broussy... Les grandes orientations des politiques publiques françaises sur la question du vieillissement de la population	6
1.2.2 Les politiques publiques européennes de prise en charge de la dépendance	9
1.2.3 Applications des politiques publiques françaises sur le territoire guadeloupéen ...	9
1.2.4 Le vieillissement de la population désiradienne : une préoccupation politique sans concrétisation	11
1.3 Un GCSMS privé comme acteur central du maintien à domicile sur l'île de La Désirade.....	12
1.3.1 L'île de La Désirade, un territoire fragilisé.....	12
1.3.2 Le Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale « TI KAZ ».....	14
1.3.3 Développement du GCSMS versus développement social communal.....	15
1.4 Une population vieillissante aux besoins partiellement couverts	16
1.4.1 La place de la personne âgée dans la société antillaise	16
1.4.2 La Désirade, un territoire à la population vieillissante	16
1.4.3 Les besoins et les problématiques de la population âgée de plus de 60 ans de La Désirade.....	17
1.4.4 Les aidants familiaux à la fois concernés et impliqués.....	23
1.4.5 Les attentes des usagers et des aidants familiaux.....	24
1.5 Conclusion de la première partie	25

2	Des acteurs engagés permettant d'envisager une diversification de l'offre de maintien à domicile	26
2.1	Le maintien à domicile	26
2.1.1	La notion de domicile	26
2.1.2	Le secteur de l'aide, des soins et de l'accompagnement à domicile aujourd'hui..	28
2.1.3	Les prestations d'aide au maintien à domicile actuellement organisées par le GCSMS	30
2.1.4	Les limites du maintien à domicile en général... et à La Désirade... ..	31
2.1.5	Le maintien à domicile, une réponse au libre choix de la personne âgée ?.....	32
2.2	Des compétences existantes sur lesquelles s'appuyer	33
2.2.1	La professionnalisation de l'aide à domicile, une évolution très récente	33
2.2.2	Des professionnels du GCSMS majoritairement originaires du territoire	34
2.2.3	Des professionnels du GCSMS engagés dans un accompagnement global de l'utilisateur.....	35
2.2.4	Les acteurs communaux et libéraux du territoire	37
2.3	Des collaborations essentielles à redéfinir	38
2.3.1	Une double insularité qui rend inévitable une certaine forme de collaboration	38
2.3.2	Mutualiser pour répondre aux obligations d'efficience	38
2.3.3	De l'équipe pluridisciplinaire au partenariat... Du partenariat au travail en réseau.....	39
2.4	Des pistes de réponses aux besoins des usagers à envisager	41
2.4.1	Un Conseil départemental qui réduit les possibilités d'innovation.....	41
2.4.2	EHPAD à domicile, domotique, baluchonnage : de nouveaux modes d'accompagnement à explorer.....	41
2.4.3	D'autres territoires insulaires aux politiques sociales communales plus appuyées.....	43
2.4.4	Direction, administrateurs et professionnels de terrain : partenaires indispensables à la co-construction d'une offre de service pertinente	44
2.5	Conclusion de la deuxième partie	45
3	Créer une maison d'accueil familial : une opportunité de réponse adaptée	47
3.1	Les finalités du projet ou le « projet-visée »	47
3.1.1	Répondre aux besoins des usagers : des besoins physiologiques aux besoins sociaux.....	47
3.1.2	Prendre en considération les attentes des aidants	48
3.1.3	Contribuer à la mise en place d'un réseau territorial de travail social	49

3.1.4	Le concept spécifique retenu : la maison d'accueil familial	49
3.2	Stratégie de mise en œuvre du projet.....	51
3.2.1	Mobiliser les élus locaux, partenaires incontournables	51
3.2.2	Réfléchir en amont avec les autorités de contrôle et de tarification	52
3.2.3	Stratégie managériale et communication interne.....	53
3.2.4	Impliquer la population dans le projet pour inscrire la MAF dans le territoire	54
3.2.5	Faire reconnaître les particularités territoriales qui obligent à quelques dérogations	55
3.3	Axes de déploiement du projet	56
3.3.1	S'approprier le cadre juridique de l'accueil familial	56
3.3.2	Tenir compte d'un certain nombre de points de vigilance	59
3.3.3	Adapter l'organisation du travail et accompagner le changement	62
3.3.4	Évaluer précisément le budget de fonctionnement pour assurer la pérennité du projet.....	64
3.3.5	Suivre le projet architectural et le plan d'investissement.....	65
3.4	Évaluation continue du projet	66
3.4.1	Évaluer les effets.....	66
3.4.2	Mesurer le niveau d'atteinte des objectifs	67
3.4.3	Au-delà de l'évaluation du projet, un Référentiel Qualité commun à l'ensemble des services du GCSMS.....	68
3.5	Conclusion de la troisième partie	70
	Conclusion.....	71
	Bibliographie	73
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ABS	Analyse des Besoins Sociaux
ACT	Autorité de Contrôle et de Tarification
ACTP	Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
ANESM	Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignant
AVS	Auxiliaire de Vie Sociale
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CAFAD	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CGSS	Caisse Générale de Sécurité Sociale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLASS	Centre Local d'Action de Santé et de Solidarité
CNR	Crédits Non Reconductibles
CNSA	Caisse Nationale Solidarité Autonomie
DASRI	Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux
DEAVS	Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale
DIRECCTE	Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi.
DOM	Département d'Outre-Mer
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ETP	Équivalent Temps Plein
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GIR	Groupe Iso Ressource
GPM	GIR Pondéré Moyen
HQE	Haute Qualité Environnementale
IDE	Infirmier Diplômé d'État
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MAF	Maison d'Accueil Familial
MARPA	Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Âgées

MONALISA	MObilisation NAtionale contre L'ISolement des personnes Âgées
OPCA	Organisme Paritaire Collecteur Agréé
ORSaG	Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe
PAP	Projet d'Accompagnement Personnalisé
PRIAC	PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
PUV	Petite Unité de Vie
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SROMS	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SMIC	Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance
SPASAD	Service Polyvalent d'Aide et de Soins À Domicile
SSIAD	Service de Soins Infirmiers À Domicile

Introduction

Ma formation au Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Établissement ou de Service d'intervention sociale, s'inscrit dans une logique professionnelle entamée depuis vingt ans, sur l'île antillaise de La Désirade. Installée tout d'abord comme infirmière libérale alors qu'aucune structure médico-sociale n'existait, j'ai travaillé au fil des ans, à la mise en place de réponses adaptées aux besoins d'une population vieillissante en ouvrant notamment en 2003, un service de soins infirmiers. Aujourd'hui, je dirige un Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale qui compte depuis 2013 deux associations. L'une est gestionnaire d'un service de soins infirmiers à domicile, l'autre d'un service d'aide et d'accompagnement, de transport accompagné et de petit bricolage. Elles fonctionnent dans le cadre de l'aide au maintien à domicile, en collaboration étroite avec les aidants familiaux. Les usagers sont principalement des personnes âgées, mais le groupement intervient également auprès de personnes de moins de soixante ans souffrant de pathologies chroniques ou en situation de handicap. Vingt-cinq professionnels (auxiliaires de vie sociale, aides-soignantes, aides médico-psychologiques, infirmières, animatrices en service civique et personnels administratifs) accompagnent environ quatre-vingt bénéficiaires. Ce GCSMS travaille en partenariat avec les quelques acteurs libéraux de l'île (médecin, infirmier libéral, kinésithérapeute et pharmacien) et le Centre Communal d'Action Sociale.

Malgré cette organisation en apparence cohérente, les limites du maintien à domicile interrogent quotidiennement l'inexistence sur l'île d'établissements d'hébergement, ou de structures intermédiaires d'accueil temporaire ou de jour. Entre habitats inadaptés, isolement, insuffisance d'heures d'auxiliaire de vie financées, fatigue des aidants familiaux, complexités administratives... certaines situations de vies confrontent les limites du maintien à domicile. À La Désirade comme ailleurs, les intervenants de terrain s'interrogent sur la cohérence de certaines pratiques. Le maintien à domicile ne relève parfois plus d'un choix, mais s'impose par l'absence de structures d'hébergement sur le territoire et génère des situations de vie intolérables. Il y a quelques années, cette réalité a amené les administrateurs à redéfinir leur projet associatif et à envisager l'ouverture d'un établissement d'hébergement. Mais les particularités territoriales sont nombreuses et ont souvent fait obstacle aux premières tentatives.

La première partie de ce mémoire, après avoir défini les notions fondamentales de vieillissement et de territoire, mettra en avant les particularités sociales et politiques de ce territoire singulier qu'il est nécessaire de connaître. Elles permettent de mieux comprendre la place centrale qu'occupe aujourd'hui le GCSMS dans le maintien à domicile des personnes âgées de l'île. L'analyse des besoins de la population âgée désiradienne est basée principalement sur mes rencontres régulières avec les usagers des services et leurs aidants familiaux. Croisée avec les résultats d'une enquête auprès des seniors et des entretiens semi-directifs d'intervenants de terrain, elle me permettra de mettre en avant l'inadéquation qui existe aujourd'hui, entre besoins des usagers et plus largement de la population âgée de l'île, et offres de prestations.

Dans la deuxième partie de ce travail, nous nous interrogerons sur la notion de maintien à domicile et sur ses limites. Il s'agira d'identifier les acteurs sociaux territoriaux du maintien à domicile, au sens de ceux qui font le territoire et concrétisent les politiques publiques. Représentants de l'État ou du Département, élus municipaux, agents communaux, socioprofessionnels du GCSMS, professionnels libéraux et évidemment usagers des services et citoyens ; ils mettent en tension l'action sociale territoriale et la construisent. Il faudra identifier leurs compétences et comprendre les formes de collaboration qu'ils ont plus ou moins instituées. Celles-ci ont conduit à l'organisation actuelle du travail social territorial. Il faudra s'interroger sur la pertinence de cette logique de collaboration et éventuellement en envisager une nouvelle.

La politique associative définie par les administrateurs et le rôle essentiel et exclusif des services du GCSMS dans l'aide aux plus âgés, m'obligent aujourd'hui à trouver des réponses en adéquation avec les besoins d'une population qui semble avoir été bien longtemps, si ce n'est oubliée, en tout cas non priorisée, par les pouvoirs publics locaux. Mais, sans un positionnement nouveau du GCSMS et la mise en place d'un véritable réseau social territorial, nous aurons du mal à sensibiliser et mobiliser l'ensemble des acteurs concernés, pour apporter une réponse aux besoins des usagers et plus largement de l'ensemble de la population âgée de l'île.

Consciente de la réalité des politiques publiques actuelles, des tensions et contraintes territoriales, des obligations tutélaires ; mais aussi forte de ressources humaines expérimentées, impliquées et de potentialités de collaborations pertinentes, j'élaborerai en troisième partie, une proposition de réponse adaptée aux besoins des aînés de l'île, confrontés aux difficultés de leur vie quotidienne dans leur domicile habituel.

1 Un contexte socio-politique particulier qui met en tension politiques territoriales et dispositifs locaux de maintien à domicile

1.1 Des notions fondamentales à interroger

1.1.1 Les « malentendus » du vieillissement...

Je me permettrai de détourner le titre de l'ouvrage de Bernard Ennuyer « *Les malentendus de la dépendance* »¹ pour reprendre certaines de ses idées qui m'ont paru particulièrement intéressantes. Elles proposent de dépasser le pessimisme ambiant que façonnent discours politiques et statistiques INSEE, dès qu'il s'agit d'évoquer le vieillissement de la population française.

Selon l'INSEE, la population de plus de 60 ans en France métropolitaine constituait 16.7% de la population globale en 1960 puis 20,8 % en 2005. Cette proportion serait de 31,9 % en 2050². Les chiffres sont clairs et les discours quasi uniformes : la France vieillit et ce vieillissement inquiète. La France va devoir faire face !

Mais « *L'âge est une donnée biologique socialement manipulée et manipulable* »³ (Bourdieu, 1984). Les personnes de plus de 60 ans du rapport Laroque⁴ (1962) ne sont pas celles présentées dans le rapport Broussy⁵ (2013). Nous avons gagné depuis 1960 près de 15 ans d'espérance de vie. Selon B. Ennuyer (2004), « *Le vieillissement populationnel annoncé, c'est-à-dire l'augmentation de la proportion des « personnes âgées », est dû, uniquement au fait qu'on a laissé inchangé l'âge d'entrée dans le groupe des « personnes âgées » à 60 ans et ce malgré l'allongement de l'espérance de vie. Si l'on considérait aujourd'hui comme « personnes âgées » les personnes de plus de 75 ans, ce groupe serait passé de 11.6% à 9%. »*

¹ ENNUYER B., 2004, *Les malentendus de la dépendance - De l'incapacité au lien social*, 1ère édition, Paris : DUNOD, 330 p.

² INSEE, situations démographiques et projections de population 2005-2050, scénario central.

[visité le 10/06/15], disponible sur internet : <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1089/ip1089.pdf>

³ BOURDIEU P., 1984, La jeunesse n'est qu'un mot, *Questions de sociologie*, Editions de Minuit, p 145.

⁴ Haut Comité consultatif de la population et de la famille (1962). *Politique de la vieillesse. Rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse présidée par P. Laroque*, Paris, la documentation française.

⁵ *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : FRANCE: ANNÉE ZÉRO. (2013)* Rapport de la Mission interministérielle sur l'adaptation de la société au vieillissement de sa population présidée par L. BROUSSY.

Le vieillissement de la population française annoncé par certains et contesté par d'autres, ne change rien au fait qu'aujourd'hui déjà, comme demain, un certain nombre de personnes âgées vieillissent mal et souffrent de nombreuses incapacités qui accroissent leur niveau de dépendance aux autres.

Les aînés ayant perdu une partie de leur autonomie sont, dans un consensus quasi général, appelés « personnes âgées dépendantes ». La notion de « dépendance » a été définie comme suit dans la loi PSD⁶ du 24 janvier 1997 : « *l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou requiert une surveillance prolongée.* »

En l'état, la dépendance est comprise comme directement liée à une pathologie. Elle est connotée de façon négative. On ne naît pas dépendant, on le devient en vieillissant...

Or, la dépendance est inhérente à la condition humaine. Reynald BRIZAIS (2007) rappelle que « *L'histoire du sujet humain démarre dans la plus grande des dépendances. [...] L'incapacité radicale de l'humain à satisfaire, par ses seules ressources et sa seule activité, ses désirs-besoins l'oblige au lien social. Le sujet est en situation de dépendance quand il éprouve un désir-besoin et qu'il n'a pas accédé à un objet de satisfaction de celui-ci. Sa dépendance répétée et continue l'inscrit dans le rapport à autrui, dès l'origine.* »⁷ La dépendance définit donc l'homme en général et non seulement la « personne âgée » souffrant d'incapacité. On préférera, par conséquent, l'utilisation du terme « incapacité » à celui de « dépendance », qui s'applique traditionnellement plus aux personnes en situation de handicap et qui, selon la classification internationale des handicaps, correspond à « *toute réduction, résultant d'une déficience, partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans des limites considérées comme normales pour l'être humain* ».⁸

La notion « d'autonomie » que l'on oppose traditionnellement à celle de « dépendance », peut être définie, toujours selon Reynald Brizais, comme « *la capacité à gérer, à son initiative, ses dépendances* ».⁹

Il me paraît important de ne pas inquiéter le grand public avec l'utilisation abusive du terme de « personnes âgées dépendantes » en rappelant d'une part, que les hommes sont interdépendants, et d'autre part, que la grande majorité « des vieux » est en pleine forme.

⁶ Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance. Journal officiel 25/01/1997

⁷ BRIZAIS R., 2006, L'optimisation du rapport au monde, Polycopié de cours. Université de Nantes : UFR de Psychologie — Bibliothèque de section.

⁸ Ctnerhi-inserm (1988) Classification internationale des handicaps ; PUF

⁹ Op. Cit., p4

1.1.2 Le territoire et le sentiment d'appartenance...

Le domicile d'une personne est intégré à un territoire géographique donné, qu'il s'agisse d'un quartier, d'un village, d'une ville, d'une région ou d'une île... Le concept de territoire est aujourd'hui très largement utilisé en politique publique mais pas toujours clairement défini. Il est très souvent réduit à un espace géographique alors qu'il correspond à un véritable système. Il est pour Alexandre Moine (2006), « *un système complexe évolutif qui associe un ensemble d'acteurs d'une part, l'espace géographique que ces acteurs utilisent, aménagent et gèrent d'autre part.* »¹⁰ « *Le territoire est un tout [...]. Il relève de la matérialité [...]; il est approprié, [...]. Il est enfin ce que certains acteurs veulent ou souhaitent qu'il devienne [...].* »¹¹ Il s'avère alors indispensable d'étudier les différents acteurs d'un territoire donné et de tenter de comprendre leurs interrelations pour appréhender ce système. Ils sont État, citoyens, collectivités territoriales, société civile, intercommunalités ou entreprises et sont en tension au sein du système qu'ils construisent.

La notion d'appartenance à un territoire reste souvent très forte pour beaucoup de citoyens et certainement plus particulièrement pour les plus âgés d'entre eux. Chez les plus jeunes, si certains se disent « citoyens du monde », force est de constater que nombreux sont ceux qui revendiquent toujours aujourd'hui leur appartenance à un territoire, par leur vêtue, leur langue régionale, leurs mobilisations associatives ou politiques... Dans un environnement qui se mondialise, le territoire comme espace psychique sécurisant semble avoir de beaux jours devant lui.

Même si, toujours selon A. Moine, « *la notion d'appartenance ne doit pas se réduire à celle d'appropriation* »¹², le sentiment d'appartenance semble encore plus développé dès qu'il s'agit de s'être approprié un petit territoire insulaire. Les fragilités sociales et économiques de ce lieu particulier poussent ses habitants à revendiquer leurs spécificités pour en assurer la survie. Les personnes les plus âgées de ces régions insulaires ne les ont bien souvent que rarement quittées. Elles n'ont eu d'autres horizons que leurs limites géographiques. Nombreux sont en effet les Désiradiens âgés qui ne sont jamais allés en France métropolitaine. Ils n'ont quitté l'île que pour se rendre par obligation sur « le continent », terme lourd de sens, qu'ils utilisent pour désigner la Guadeloupe. Aucune des personnes interrogées lors de l'enquête « Seniors 2015 » que nous avons réalisée, et sur laquelle nous reviendrons, n'a envisagé un déménagement vers la Guadeloupe si son état de santé ne lui permettait plus de rester à domicile. Seule l'éventualité d'un nouveau domicile sur le même territoire semble acceptable. Les soignants du SSIAD sont bien

¹⁰ MOINE A., 2006, « Le territoire comme un système complexe : un concept opératoire pour l'aménagement et la géographie », L'espace géographique, Tome 35, p123.

¹¹ Ibid., p120

¹² Ibid., p120

placés pour savoir que certains préfèrent rester sur l'île même s'ils ne peuvent pas bénéficier des mêmes soins que s'ils étaient hospitalisés en Guadeloupe. Le médecin fait régulièrement face à des refus d'hospitalisation. En cas de nécessité, les usagers des services peuvent être hospitalisés au CHU de Pointe-à-Pitre. Ils sont transférés soit par bateau, soit par hélicoptère en cas d'urgence. Mais toute hospitalisation oblige à un déracinement et n'est souvent consentie que parce qu'elle est inévitable et envisagée comme limitée dans le temps. Les médecins hospitaliers l'ont bien compris. Ils collaborent régulièrement avec le GCSMS pour faire revenir sur l'île les personnes en fin de vie qui le souhaitent. Dans ces conditions, on imagine combien le maintien à domicile prend sur l'île tout son sens.

De même qu'il peut être inenvisageable pour une personne vieillissante de quitter son domicile, il est d'autant plus impensable de quitter son territoire, ancrage de toute une vie. Double peine donc, dès qu'il s'agit de devoir quitter son domicile pour intégrer une structure d'hébergement, hors du territoire d'appartenance.

1.2 Des politiques sociales locales limitées en faveur des personnes âgées qui reposent sur l'effort associatif et les solidarités familiales

1.2.1 Du rapport Laroque au rapport Broussy... Les grandes orientations des politiques publiques françaises sur la question du vieillissement de la population

Pierre Laroque, haut fonctionnaire, reconnu pour être le père fondateur de la Sécurité sociale, a également joué un rôle fondamental dans l'orientation prise par les politiques dans l'organisation de notre société face au vieillissement de sa population. Chargé par Michel Debré de travailler sur la vieillesse, le rapport¹³ qu'il a rendu en 1962 fait encore aujourd'hui référence. Pas un nouveau projet politique, pas une nouvelle critique sociologique, pas un nouveau rapport sur ce sujet qui ne s'appuie sur les premières notions fondamentales affirmées par M. Laroque : maintien de la personne vieillissante au sein de la société et nécessaire prise en charge collective, puisqu'il s'agit désormais d'une question d'intérêt général.

¹³ Op. cit., p3

Auparavant, la prise en charge des personnes vieillissantes se faisait au sein même des familles, ou à défaut dans des hospices gérés par des associations religieuses ou caritatives, loin des préoccupations étatiques¹⁴. Avec P. Laroque, les hommes politiques prennent conscience de l'enjeu sociétal que représente l'augmentation exponentielle à venir de la proportion de seniors au sein de la population française. Il s'agit alors de trouver les moyens de répondre aux besoins des personnes devenues « dépendantes », à qui l'État reconnaît le droit de choisir de rester à domicile.

Dans un premier temps, on crée la prestation d'aide-ménagère légale servie par le département, pour ceux qui disposent du minimum vieillesse et celle d'aide-ménagère, financée par la Sécurité sociale au titre de l'action sociale, pour les autres. Dans les années 1980, l'ACTP créée en 1975 et initialement destinée aux adultes handicapées, devient la prestation la plus utilisée dans l'aide sociale aux personnes âgées à domicile. Elle sera progressivement remplacée par la PSD à la fin des années 1990 puis par l'APA à partir de 2002. Plus que des changements de titre, il s'agit pour les gouvernements successifs, de trouver les financements nécessaires à la prise en charge des aînés et de trancher entre financement Sécurité sociale au titre d'un cinquième risque, ou financement par les départements, confortés dans leurs prérogatives par les lois de décentralisation. Parallèlement au développement de l'aide à domicile s'organise le secteur des soins à domicile, avec la création, au début des années 1980, de nombreux services de soins infirmiers.

En remontant l'histoire récente des politiques du vieillissement, on notera l'évolution de quelques tendances majeures. Le désengagement familial dans la prise en charge des personnes âgées, impensable après-guerre, semble largement expliqué par nos modes de vie actuels et compensé par une prise en charge sociétale de plus en plus importante. La création de l'APA fait, par exemple, disparaître le recours sur succession. L'acte II de l'APA, prévoit une baisse du reste à charge et le rapport Broussy¹⁵ va jusqu'à proposer la suppression de l'obligation alimentaire sur l'aide sociale à l'hébergement. Ces propositions semblent contribuer à l'institutionnalisation d'une prise en charge intégrale par l'État. Certes, les aidants familiaux sont bel et bien présents, accomplissant un travail considérable, et comme l'écrit Alain Cordier (2006) « *Solidarité familiale et solidarité collective se renforcent mutuellement et ne se substituent pas l'une à l'autre* »¹⁶ ; mais il est recensé, sur le terrain, un trop grand nombre de situations d'isolement des aînés. Dans son rapport remis à Michèle Delaunay, ministre déléguée aux personnes âgées, en

¹⁴ ANKRI J., HENRARD J-C., 2003, *Vieillesse, grand âge et santé publique*, 1ère édition, Rennes : ENSP, 277 p.

¹⁵ Op. Cit., p3

¹⁶ CORDIER A., 2006, *La famille, espace de solidarité entre générations*, Conférence de la famille, 94p.

juillet 2013, Jean-François Serres estimait à 1,2 million le nombre de personnes de plus de 75 ans en situation « d'isolement relationnel »¹⁷. Ce rapport a d'ailleurs conduit le ministre à mettre en place le programme MONALISA. Autre tendance : après avoir largement facilité la création d'établissements d'hébergement pour personnes âgées et les avoir médicalisés en grande majorité dans les années 1980, les orientations politiques semblent aujourd'hui différentes et vont jusqu'à affirmer dans le projet de loi à venir, la priorité au domicile. Une réponse au libre choix de la personne âgée et une stratégie de financement semblent guider ce choix politique... Dernière tendance très récente, le vieillissement de la population - considéré dans un premier temps comme un « problème » auquel il fallait trouver des solutions - tend à devenir aujourd'hui, dans le discours politique, l'opportunité d'un nouveau développement économique. Les secteurs des services à la personne, du bâtiment, des nouvelles technologies deviennent créateurs d'emplois et de richesses. Le domicile au sens du lieu de vie d'une personne, ne se limite plus à la maison individuelle mais s'étend au quartier et s'ouvre aux nouvelles technologies. Il est prévu, dans le « *projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement* »¹⁸, toute une série de mesures tendant à permettre l'inclusion des aînés et plus largement de toute personne en perte d'autonomie. Plus qu'une intégration des personnes âgées dans la société, il s'agit d'affirmer leur appartenance naturelle à cette société et d'institutionnaliser cet état de fait. La première partie de ce projet de loi fait d'ailleurs la part belle au domicile, lieu de vie de la majorité des personnes vieillissantes et espace d'intervention professionnelle des services du GCSMS. Il est notamment programmé d'aider à l'aménagement des logements, d'augmenter le nombre d'heures d'aide à domicile, d'instaurer un droit au répit pour les aidants familiaux, de soutenir la mise en place de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)... Mais des voix s'élèvent non seulement sur les nombreux reports du projet de loi, mais également sur le trop faible financement prévu au regard des ambitions du texte.

¹⁷ SERRES J-F., 2014, Rapport MONALISA, Préconisations pour une mobilisation nationale contre l'isolement social des âgés, p17.

¹⁸ MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES, Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, version du 13 février 2014. [consulté le 13/09/2015], disponible sur internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPreparation.do;jsessionid=3C30C79F9317CE73277BCCCABFBFE947.tpdila11v_1?idDocument=JORFDOLE000029039475&type=contenu&id=2&typeLoi=proj&legislature=14

1.2.2 Les politiques publiques européennes de prise en charge de la dépendance¹⁹

Le vieillissement de la population et par voie de conséquence l'adaptation des sociétés à ces évolutions structurelles, préoccupent actuellement la majorité des pays européens. La Commission des affaires européennes à l'Assemblée nationale a publié, en juillet 2011, un rapport d'information²⁰ sur la prise en charge de la dépendance en Europe. On y découvre une grande diversité de réponses proposées qui témoigne de conceptions étatiques différentes de la politique sociale. Cette diversité, s'explique également sans doute, parce le fait que l'Union Européenne ne soit pas intervenue sur le sujet ; aucune directive particulière n'a été donnée. Comme la France, l'Allemagne et la Grande-Bretagne sont engagées dans une réforme de la prise en charge de la dépendance. Actuellement, l'Allemagne et les Pays Bas ont intégré la dépendance comme « un cinquième risque » de Sécurité sociale, indépendamment de l'âge des personnes. La France s'appuie principalement sur l'APA. Le Royaume-Uni verse des aides, sous conditions de ressources, aux plus de 65 ans, mais compte principalement sur les aidants familiaux.

Certains éléments de convergence apparaissent dans les réflexions et réformes engagées :

- Une orientation des aides vers le maintien à domicile.
- Un développement des prestations monétaires plutôt qu'en nature, pour laisser le choix du prestataire de service à la personne dépendante.
- Une limitation du développement des assurances privées, source d'inégalités importantes.

1.2.3 Applications des politiques publiques françaises sur le territoire guadeloupéen

Nous l'avons vu, l'essentiel de la politique française d'aide au maintien à domicile repose actuellement sur l'APA, versée par les Conseils départementaux. Cette allocation est un droit attribué à toute personne de plus de 60 ans souffrant d'incapacité dans l'accomplissement d'activités essentielles (GIR 1 à GIR 4). Le montant de cette allocation varie en fonction du niveau d'incapacité et des conditions de vie de la personne. Une fois le plan d'aide défini par l'équipe médico-sociale du Conseil départemental en charge du

¹⁹ Nous choisissons d'utiliser ici le terme « dépendance » puisque utilisé dans le cadre des politiques publiques, même si, comme expliqué précédemment, nous préférons la notion « d'incapacité ».

²⁰ ROSSO-DEBORD V., Juillet 2011, La prise en charge de la dépendance en Europe, rapport d'information de la Commission des Affaires Européennes, 126 p.

dossier, une participation financière de l'allocataire peut être demandée, en fonction de ses ressources. Cette allocation lui permet de financer des heures d'aide à domicile soit en employant directement un salarié, soit en faisant appel à un service d'aide à domicile, en gestion prestataire ou mandataire.

Comme tous les Conseils départementaux de France métropolitaine, celui de Guadeloupe est en charge de l'action sociale en faveur des personnes âgées. En 2014, son budget prévisionnel consacré aux personnes âgées s'élevait à 82,7²¹ millions d'euros soit près de 20% de son budget action sociale. Sa politique sociale prévisionnelle en faveur des aînés est présentée dans son schéma départemental 2010-2014²². Les personnes âgées guadeloupéennes vivent aujourd'hui principalement à domicile, accompagnées par des aides à domicile et soignées par des services particulièrement nombreux sur le département (SSIAD, HAD ou infirmiers libéraux). Actuellement, à peine 1 % des personnes âgées en Guadeloupe, est pris en charge par une structure spécialisée. Ce pourcentage est nettement moins important qu'en France métropolitaine (9,5 %) et que dans les autres DOM (entre 2 % et 4 %)²³. Le nombre de places en structure d'hébergement ou en EHPAD est faible par rapport aux ratios métropolitains, ce qui a conduit État et Département à s'engager depuis quelques années dans une politique volontariste de développement de ces structures.

En 2012, tous dispositifs confondus, le budget consacré à la prise en charge de la dépendance s'élevait à 83 millions d'euros. Plus de la moitié de cette dépense (44 millions d'euros) a été consacrée au versement de l'APA, au profit de 6 931 bénéficiaires²⁴.

Dans son discours d'investiture en avril dernier, la nouvelle présidente du tout nouveau Conseil départemental de Guadeloupe s'est engagée à « *œuvrer à une meilleure prise en charge des personnes âgées et de la dépendance* »²⁵.

²¹ CONSEIL GÉNÉRAL DE LA GUADELOUPE. [consulté le 02 /06/2015], disponible sur internet : http://www.cg971.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=2520&Itemid=100804

²² CONSEIL GÉNÉRAL DE LA GUADELOUPE, Schéma départemental 2010-2014 en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées, 121p.

²³ INSEE, janvier 2013, En Guadeloupe, le doublement du nombre de personnes âgées dépendantes d'ici 2030 crée de nouveaux besoins, disponible sur internet : http://insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=26&ref_id=19535

²⁴ Ibid., INSEE

²⁵ BOREL-LINCERTIN J., 2 avril 2015, Discours d'investiture,[consulté le 20/04/2015], disponible sur internet : <http://www.guadeloupe4-tv.com/discours-dinvestiture-de-la-presidente-du-conseil-departemental-de-la-guadeloupe-mme-josette-borel-lincertin/>

1.2.4 Le vieillissement de la population désiradienne : une préoccupation politique sans concrétisation

Les acteurs politiques locaux, soucieux de développer un territoire économiquement peu attractif, signent en 2006 leur « agenda 21 »²⁶. Il impulse un développement pérenne et respectueux de l'environnement, avec l'ensemble des acteurs de l'île, pour une meilleure qualité de vie des habitants. Il se veut transgénérationnel et prévoit un certain nombre de mesures en faveur des aînés (diffusion d'une brochure « *vivre à La Désirade à plus de 60 ans* », généralisation du système de téléalarme sur le territoire, création d'une structure de repos et de remise en forme). Mais aujourd'hui, près de dix ans plus tard, seule la volonté associative semble avoir permis de développer certaines prestations d'aide au maintien à domicile des plus âgés. Les efforts des pouvoirs publics locaux se sont concentrés sur le développement touristique et économique de l'île et sur la préservation de son environnement, mais aucun des projets communaux précédemment cités n'a vu le jour...

EHPAD, PUV, MARPA... Des projets juste engagés...

La petitesse du territoire a toujours été un frein à la mise en place d'un EHPAD même si ce projet avait été envisagé par les élus municipaux, lors de la campagne électorale de 2001. Le Conseil départemental a d'ailleurs toujours affirmé, que les charges de fonctionnement d'un tel établissement ne peuvent être couvertes qu'avec un minimum de soixante-dix places d'accueil. « *Cette taille d'établissement est souvent considérée comme permettant de concilier le double objectif de gestion efficiente et de maintien d'un cadre de vie de qualité pour les résidents. (Arnaiz-Maume F., 2013)* »²⁷ Non seulement l'île ne compte que très peu d'habitants souhaitant intégrer une structure d'hébergement, mais on imagine mal comment elle pourrait attirer des Guadeloupéens en nombre suffisant. Par ailleurs, les difficultés de recrutement de personnel soignant, enregistrées à ce moment-là par le SSIAD, laissent à penser que la mise en place d'une structure médicalisée indépendante nécessitant du personnel soignant supplémentaire, poserait problème. Les administrateurs de l'association n'ont pas soutenu un projet qui leur semblait disproportionné et le Conseil départemental l'a rapidement écarté.

En 2009, la municipalité et l'association ont travaillé ensemble à un projet de création d'une Petite Unité de Vie de vingt-cinq places, dont dix étaient envisagées pour accueillir des personnes « dépendantes ». Il était prévu d'utiliser les possibilités du décret « Petite

²⁶ L'Agenda 21 est un plan d'action pour le XXI^e siècle adopté par 178 chefs d'État lors du sommet de la Terre, à Rio de Janeiro, en 1992. Les collectivités locales sont appelées à mettre en place un « agenda 21 » à leur échelle.

²⁷ ARNAIZ-MAUME F., 2013, Observatoire des EHPAD, KPMG, p18

Unité de Vie » et de la circulaire du 17 mai 2006²⁸ pour faire intervenir le SSIAD au sein de cette structure. Les volontés associatives et politiques n'ont pas été suffisamment convaincantes face à un Conseil départemental qui s'opposait malgré la circulaire, à ce que cette structure puisse accueillir des personnes classées en GIR 1 et 2.

En 2012, la commune de La Désirade s'est positionnée sur un appel à projet d'ouverture de deux MARPA sur le territoire de la Guadeloupe. Elle a engagé un consultant extérieur pour soutenir le montage du projet. Les administrateurs du SSIAD n'ont pas adhéré au projet. Ils ont considéré dès le départ que la création d'une MARPA ne répondait pas aux besoins des Désiradiens, puisqu'elle ne pouvait pas accueillir des personnes nécessitant une aide importante dans les actes essentiels de la vie. La municipalité qui souhaitait, en ouvrant une telle structure, attirer la diaspora désiradienne, n'a cependant pas été en mesure de répondre au cahier des charges très précis du label MARPA. Le projet a été abandonné.

Après des années d'hésitations politiques et de collaborations superficielles entre élus et professionnels du secteur médico-social, La Désirade se retrouve aujourd'hui sans solution pour des aînés isolés, souffrant d'incapacité, pour qui les prestations de services à domicile ne suffisent plus. Se reposant sur une prise en charge familiale traditionnelle des personnes âgées, les élus locaux n'ont jamais réellement inscrit à leur agenda politique, l'ouverture d'une structure d'hébergement comme prioritaire.

1.3 Un GCSMS privé comme acteur central du maintien à domicile sur l'île de La Désirade

1.3.1 L'île de La Désirade, un territoire fragilisé

La Désirade est rattachée au département d'outre-mer de la Guadeloupe, au même titre que les îles des Saintes et de Marie-Galante. Ce petit territoire de 22 km² et de 1600 habitants est nettement moins touristique que ses consœurs et a la réputation de « se mériter », tant l'unique traversée maritime quotidienne peut s'avérer houleuse. Pourtant, malgré son rattachement et sa petitesse, il semble que l'on puisse la concevoir comme un territoire à part entière, indépendamment de la Guadeloupe. D'abord, par son espace

²⁸ Circulaire DGAS/SD2C no 2006-217 du 17 mai 2006 relative aux modalités de médicalisation et de tarification des soins dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes d'une capacité inférieure à 25 places autorisées.

géographique clairement défini. Ensuite, parce que son isolement l'a contrainte, à l'origine, à un développement économique et social autarcique qui laisse encore des traces aujourd'hui. Enfin et surtout, parce que l'identité désiradienne est forte, comme l'est celle des Saintes ou celle de Marie-Galante. Ces îles de l'archipel guadeloupéen n'ont pas les mêmes histoires de colonisations et regroupent encore aujourd'hui des populations très différentes.

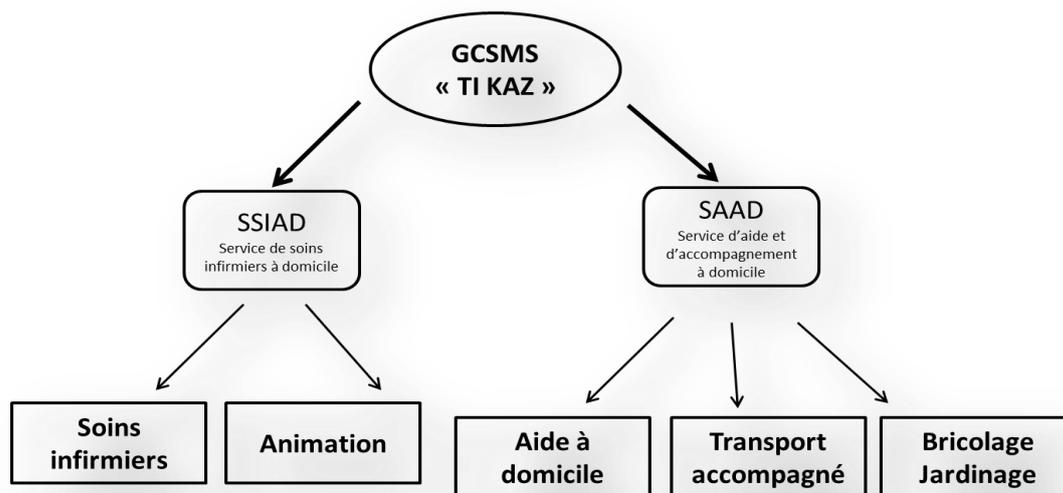
La Désirade est la première terre découverte par Christophe Colomb lors de son deuxième périple en 1493. Longtemps fréquentée par les Amérindiens, elle devient dépendance de la Guadeloupe en 1648. Peu propice à l'agriculture, elle sera pendant plusieurs siècles l'île de la relégation où l'on isole mauvais sujets du royaume de France et lépreux. En 1956, la dernière léproserie ferme. Les patients sont transférés dans une structure médicale plus adaptée en Guadeloupe. Les Guadeloupéens gardent encore aujourd'hui une vision quelque peu négative de la petite Désirade, que s'efforcent de transformer élus et militants associatifs locaux.

L'île se développe dans un contexte difficile de double insularité : île dépendante d'une autre île. Son activité économique principale reste encore la pêche, même si le tourisme s'y implante doucement.

L'île est quasi exclusivement habitée par de grandes familles installées depuis plusieurs décennies. La mixité raciale qui caractérise sa population actuelle est le reflet de son histoire. Le creux observé dans sa pyramide des âges entre 16 et 34 ans, témoigne du départ des jeunes en Guadeloupe ou en métropole pour la poursuite de leurs études et leurs premiers emplois. La Désirade ne dispose pas de lycée ; les jeunes quittent l'île à la sortie du collège et ne reviennent pour la plupart, éventuellement, qu'à l'âge de la retraite.

1.3.2 Le Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale « TI KAZ »

Le GCSMS « TI KAZ » a été constitué en mai 2013 par le regroupement des deux seules associations gestionnaires de services à domicile : l'une du service de soins infirmiers (SSIAD) et l'autre du service d'aide et d'accompagnement (SAAD). Implantées l'une et l'autre sur l'île depuis quelques années, la signature de la convention constitutive du GCSMS a formalisé une collaboration nécessaire à l'amélioration des prestations dispensées.



Le GCSMS « TI KAZ » a pour objets :

- De permettre à ses membres d'exercer ensemble des activités dans les domaines de l'action sociale et médico-sociale au sens de l'article L. 311-1 du CASF.
- De faciliter les actions concourant à l'amélioration de la qualité des prestations fournies aux usagers des services, en développant notamment des procédures communes et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles en lien avec les travaux de l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux.
- D'organiser des actions de formation à destination des personnels de ses membres.
- De promouvoir les synergies locales en matière d'action sociale et médico-sociale sur le territoire de La Désirade.
- De favoriser les contacts entre les institutions publiques et les membres du groupement.
- De réduire les frais de fonctionnement des structures gérées par les associations membres du groupement, notamment en mutualisant les locaux administratifs, en partageant un certain nombre de frais de fonctionnement (télécommunications,

fournitures administratives...), en regroupant certains contrats de prestations extérieures et en réalisant des achats groupés.

Le GCSMS regroupe les missions propres au service de soins infirmiers à domicile qui est actuellement autorisé par l'ARS pour vingt-trois patients et au service d'aide et d'accompagnement à domicile agréé par la DIRECCTE.

Par ailleurs, l'association gestionnaire du SSIAD est agréée au titre du Service Civique²⁹ et reçoit chaque année deux jeunes engagés. Ils se voient confier des missions de lutte contre l'isolement des aînés du territoire, à travers la mise en place d'animations diverses, au domicile des personnes ou en groupe.

Au total, ce sont environ quatre-vingt personnes âgées qui font appel à un ou à plusieurs services proposés par le GCSMS.

1.3.3 Développement du GCSMS versus développement social communal

Nous l'avons vu, seul le travail des associations du GCSMS a permis ces dernières années de développer de nouvelles offres de services, au profit de la population âgée de l'île. Les élus locaux se sont fixé d'autres priorités. Ils ont choisi de développer le tourisme et de favoriser l'activité économique, pour sauver un territoire pauvre et fragile. Ils se sont alors tournés vers le service de soins infirmiers, puis plus tard vers le GCSMS, pour répondre aux situations sanitaires et sociales problématiques qui leur étaient soumises... Le GCSMS y a systématiquement répondu. Concrètement, le maire (ou un des adjoints), me soumettait le problème par téléphone et me demandait d'y apporter une réponse. Une personne âgée isolée en difficulté qu'un voisin venait signaler en mairie ; un retour à domicile en urgence d'une personne en fin de vie ; jusqu'aux soins mortuaires que le personnel communal n'assurait désormais plus... Il fallait faire toujours plus... Les valeurs morales et éthiques portées par l'association m'ont obligée à répondre aux demandes et à faire toujours mieux. Le GCSMS, petit à petit, a organisé et officialisé une étroite collaboration avec la municipalité, soulageant d'autant les services communaux et créant par là même un cercle vicieux de logique d'externalisation, aux dépens d'un développement du CCAS. Il l'a fait parce qu'il avait l'impression de ne pas avoir le choix devant l'absence d'autres intervenants potentiels. Le GCSMS a-t-il, en ce sens, développé des prestations que le CCAS n'aurait pas été en mesure de mettre en place ? A-t-il contribué à affaiblir la politique sociale communale en se développant ? La question se pose aujourd'hui... Il me semble cependant que les choses se sont institutionnalisées

²⁹ L'engagement de service civique est un dispositif national qui permet à un jeune volontaire de contribuer à renforcer la cohésion nationale et la mixité sociale par des actions à caractère éducatif, environnemental, humanitaire, sportif, etc.

en toute conscience des parties concernées et amènent aujourd'hui une organisation particulière. Les administrateurs du GCSMS et la directrice que je suis, se retrouvent dans l'obligation de continuer à apporter des réponses adaptées aux besoins de la population de l'île. Le groupement devient initiateur et tente de convertir les problématiques actuelles des usagers en priorité politique.

1.4 Une population vieillissante aux besoins partiellement couverts

1.4.1 La place de la personne âgée dans la société antillaise

Même si la société antillaise a gardé longtemps un respect tel pour ses anciens qu'il obligeait les enfants à prendre en charge leurs parents vieillissants, elle rejoint aujourd'hui les réalités métropolitaines. Nous aurions tort de continuer à penser que, plus qu'ailleurs, aux Antilles et donc à La Désirade, les enfants s'occupent naturellement de leurs parents. La cohabitation entre générations qui se rencontre encore actuellement, se révèle plus liée à des contraintes économiques, qu'à un réel désir de partager le même toit. Chômage massif des jeunes et faible niveau de revenu des retraités antillais obligent encore bien souvent à une cohabitation transitoire. Mais c'est aussi cette même réalité économique, couplée à des changements culturels, qui explique l'accroissement du nombre de personnes âgées seules à domicile. Le départ des jeunes vers la métropole, en étude ou à la recherche d'un emploi, l'accroissement du salariat des femmes, l'épuisement des aidants familiaux, entraînent une augmentation régulière du nombre de personnes isolées. La Désirade est d'ailleurs la commune de Guadeloupe où le nombre de personnes âgées isolées est le plus important : 40% des Désiradiens de plus de 65 ans vivent seuls à leur domicile, contre 33% sur l'ensemble de la Guadeloupe³⁰. L'enquête « seniors 2015 » réalisée sur La Désirade en janvier 2015, montre également que la part des personnes âgées vivant avec un enfant est de 16% dans la tranche d'âge des 60-69 ans et n'est plus que de 10% pour les plus de 85 ans. La part des personnes vivant seules passe de 29% pour les 60-69 ans à 70% pour les plus de 85 ans.

1.4.2 La Désirade, un territoire à la population vieillissante

La Guadeloupe est aujourd'hui une des plus jeunes régions françaises. En 2009, les personnes de plus de 65 ans ne représentaient que 13% de la population

³⁰ ORSaG, mars 2013, « Les seniors en Guadeloupe »

guadeloupéenne contre 17% en France hexagonale³¹. Cependant, nombreux sont les observateurs qui alertent les pouvoirs publics : « *les migrations et le vieillissement constituent aujourd'hui pour les départements d'outre-mer, un défi majeur... Plus frappante encore est la rapidité avec laquelle ces changements s'opèrent. Les conséquences en sont multiples : renouvellement des modes de vie des individus, des familles et des groupes sociaux, émergence de nouvelles précarités, accentuation des inégalités et apparition de nouveaux besoins (Claude-Valentin Marie, 2010) »*.³² En 2040, migrations et vieillissement feront donc de la Guadeloupe la région française la plus vieille avec 34% de sa population âgée de plus de 65 ans contre 29% en France métropolitaine. La Désirade semble enregistrer plus vite encore les évolutions structurelles de sa population. Elle se distingue d'ores et déjà des autres communes de la Guadeloupe par une proportion de personnes âgées de plus de 60 ans très importante à près de 28%³³ (elle n'est que d'un peu plus de 19% en Guadeloupe et de 23.5% en France hexagonale). Elle est particulièrement touchée par le vieillissement démographique. Depuis 1990, le nombre de personnes de moins de 40 ans a baissé de 27.5% et le nombre des plus de 40 ans a progressé de 53%³⁴.

1.4.3 Les besoins et les problématiques de la population âgée de plus de 60 ans de La Désirade

Diversifier l'offre de maintien à domicile des personnes âgées sur un territoire quel qu'il soit n'a de sens que si cette diversification est pensée au regard des besoins de la population concernée.

À La Désirade, les besoins de la population âgée de plus de 60 ans n'ont jamais fait l'objet d'étude ou d'enquête précise. Les créations du service de soins infirmiers à domicile (2003), puis du service d'aide à domicile (2005), ont fait suite aux observations rapportées par les professionnels de santé installés sur l'île (infirmière libérale et médecin). Ils justifiaient ces nécessités par les situations sanitaires et sociales problématiques de leurs patients, sans pour autant les avoir quantifiées. Par ailleurs, l'analyse des besoins sociaux (ABS), pourtant obligatoire depuis 1995, n'a pas été réalisée par le CCAS. Même si les chiffres globaux n'ont parfois que peu d'intérêt pour les travailleurs sociaux confrontés à des situations de vie toutes plus singulières les unes que les autres, ils n'en restent pas moins exigés par les pouvoirs publics qui s'appuient

³¹ Ibid.

³² MARIE C-V, 2010, « Les DOM à l'horizon 2030 entre migrations, vieillissement et précarité : quel projet de société ? » Note pour le commissariat général à la stratégie et à la prospective

³³ Commune de La Désirade -2015- « Enquête seniors »

³⁴ ORSaG - décembre 2013- Profil socio-sanitaire des communes de Saint-François et de la Désirade.

bien souvent sur ces derniers, pour construire leurs politiques sociales (PRIAC, SROMS, Schéma départemental d'action sociale...) et justifier les appels à projets. Dernièrement, la mise en place de la Communauté de communes « La Riviera du Levant » à laquelle appartient la commune de La Désirade, a également exigé le chiffrage d'une forme de « réalité sociale désiradienne ».

L'enquête seniors « 2015 »

Face à ces obligations statistiques, la municipalité a constitué, en octobre 2014, un petit groupe de travail réunissant la responsable du CCAS, une chargée de projet de la mairie, le président du club du troisième âge³⁵, l'administrateur du GCSMS et moi-même. Ce groupe a élaboré un questionnaire anonyme³⁶ qui a été distribué à 457 personnes âgées de plus de 60 ans sur les 473³⁷ inscrites sur la liste électorale communale. Un taux de retour de 26% permet aujourd'hui de disposer de données exploitables. Les résultats de cette enquête ont été présentés à la population en juin 2015, lors d'une réunion-débat.

L'analyse des réponses de cette enquête fait apparaître les points significatifs suivants :

- Les Désiradiens vivent majoritairement en couple de 60 à 74 ans, mais sont par la suite majoritairement seuls (70% des personnes de 85 ans et plus vivent seules). Le nombre de personnes habitant avec un de leurs enfants n'augmente pas avec l'âge comme on aurait pu l'imaginer (seuls 10% des plus de 85 ans vivent chez un des enfants).
- Leurs revenus mensuels sont dans l'ensemble très modestes. 57% de la population âgée de plus de 60 ans dispose de moins de 1000€ par mois pour subvenir à ses besoins et 78% moins de 1500€.
- 22% d'entre eux disent éprouver des difficultés à vivre chez eux (environ 10% des 60-74 ans et près de 30% des 75 ans et plus). Les difficultés rencontrées sont à 42% liées à la solitude (nuit et/ou jour) et à des logements inadaptés (22%).
- 81.6% d'entre eux ne souhaitent pas quitter leur logement. Les autres l'envisagent seulement une fois que leur état de santé ne leur permettra plus de rester à domicile, c'est-à-dire le plus tard possible.
- Aucune des 117 personnes ayant répondu n' imagine quitter l'île. Seul un établissement d'hébergement sur La Désirade est souhaité par ceux qui peuvent envisager de quitter un jour leur domicile.

³⁵ Club « Soleil et Vie », 130 adhérents.

³⁶ Annexe I

³⁷ Certains courriers nous sont retournés.

- Selon eux, les services de proximité essentiels pour rester à domicile sont, par ordre d'importance, les services d'aide et d'accompagnement à domicile, les services de santé, les commerces de proximité puis le portage de repas.

Les commentaires qui suivent sont retranscrits tels qu'ils apparaissent dans les réponses ouvertes et expressions libres du questionnaire. Ils sont le reflet du souhait de tous de rester à domicile le plus longtemps possible, mais également, de la nécessité de construire une structure d'accueil sur l'île.

Enquête « Seniors 2015 » : Quelques commentaires pertinents...

Seriez-vous prêt(e) à quitter votre logement actuel pour un logement plus adapté :

« Non, je suis bien chez moi »

« Non, c'est ma vie chez moi »

« Non, nous avons le logement conforme à notre choix »

« Non, j'ai mes habitudes »

« Non, mon tout c'est ma maison »

« Non, je suis encore apte à vivre seul chez moi »

« Non, je suis bien chez moi, j'ai mes repères »

« Non, la famille c'est sacrée »

« Non, je pense jusqu'à la fin de vie dans ma maison »

« Non, An bien la an yé la »*

« Non, Je souhaite rester chez moi ou j'y suis habitué malgré les difficultés que je rencontre à vivre seul ; »

**(traduction : je suis bien où je suis)*

Enquête « Seniors 2015 » : Quelques commentaires pertinents...

Expression libre :

Silvia (60-69 ans) : « Il y a toujours à faire mais moi je pense à nos jeunes qui n'ont rien. Est-ce que la Désirade va devenir une île de vieux ? »

Marie Jeanne (60-69 ans) : « D'après diverses expériences d'hébergement des personnes âgées, il ressort qu'il faut maintenir celles-ci au milieu des autres générations pour maintenir les liens de solidarité naturels. Il convient simplement d'aménager leur espace de vie de manière fonctionnelle et adaptée à leurs handicaps. En France, on a malheureusement pris l'habitude d'isoler les vieillards et de les regrouper dans des maisons de retraite ».

Bernard (60-69 ans) : « Je pense que devrait exister dans notre île, une structure pouvant regrouper les seniors qui vivent seuls et qui le désirent... »

X (60-69 ans) : « je remplis ce document pour faire avancer l'enquête mais je ne peux pas répondre clairement je ne suis pas encore dans le cas. Mais une structure à la Désirade pouvant recueillir les personnes âgées serait très bien »

Y (60-69 ans) : « Une structure de regroupement et d'accompagnement est souhaitable dans notre commune. Il y a de plus en plus de personnes seules »

Claude (75-79 ans) : « ce n'est pas pq on est âgé que l'on doit être parqué dans un troupeau pour attendre la mort. Les personnes âgées doivent, autant que possible, rester dans le même environnement auquel ils ont toujours vécu. »

Z (75-79 ans) : « Une structure à Désirade, quel en sera le prix ? »

M (85 ans et +) : « Je me sens bien jusqu'à présent, quand je serai plus autonome je ne veux pas embêter mes enfants mais aller dans une maison de retraite »

Ces résultats, sans surprise majeure, confirment les remontées des professionnels de terrain et les statistiques relatives aux usagers du service de soins infirmiers et extraites de son logiciel de gestion.

Le niveau de revenu par exemple, particulièrement faible, n'avait jamais donné lieu à une véritable estimation, mais n'étonne pas les acteurs sociaux confrontés quotidiennement au reflet concret de ce manque de ressources. Certains des usagers des services vivent encore dans des cases en bois, composées d'une à trois pièces, offertes par l'État à la suite des ravages du cyclone Hugo³⁸ en 1989. Le CCAS accompagne leurs propriétaires dans la mise en place de dossiers d'aide à l'amélioration de l'habitat pour refaire des toitures, installer des chauffe-eaux ou carreler les pièces. D'autres ont construit des pièces additionnelles, autour de ces cases en bois, sans respecter pour autant le plain-pied rendant difficile, voire impossible, l'accessibilité à certaines zones en fauteuil roulant. La précarité de ces logements devient difficilement supportable pour les usagers en perte de mobilité et les expose nécessairement à des dangers supplémentaires. Je suis régulièrement amenée à intervenir pour conseiller quelques petits travaux d'aménagement des domiciles (plans inclinés, douche à l'italienne, fixation de barre de maintien...) et les associations gestionnaires sont parfois sollicitées pour aider à les financer. Le manque de revenu se fait également ressentir dans les habitudes alimentaires. Principalement composés de produits de longue conservation à bas prix (riz, pâtes, farine, légumes secs...), les repas sont déséquilibrés et les produits frais de qualité (fruits, légumes, viande, fromage...) aux prix excessifs sur l'île, manquent cruellement dans les assiettes de certains et fragilisent leur état de santé.

La solitude est également un élément majeur de souffrance des aînés accompagnés par les services du GCSMS. Ils s'en plaignent régulièrement auprès des intervenants qui par ailleurs, supportent parfois des agressivités consécutives à leur mal-être et tentent de remédier à des états dépressifs ou des syndromes de glissement. Ils sont 36%³⁹ à vivre seuls chez eux malgré des incapacités importantes nécessitant une aide pour assurer leurs soins d'hygiène et pour se déplacer. Pour certains usagers alités, les passages des intervenants constituent les seules visites quotidiennes. Le GCSMS tente de pallier à cette solitude grâce aux visites complémentaires des animatrices en mission de service civique, mais les quelques heures de passage de professionnels ne compensent pas durablement l'absence de soutien familial et ne fait pas disparaître le sentiment d'abandon ressenti par certains.

Beaucoup de personnes âgées, souffrant de simples difficultés de déplacement, réduisent leurs sorties, faute d'accompagnement, affaiblissant d'autant leurs liens sociaux. Le groupement a ouvert il y a deux ans, un service de transport accompagné car aucun service public de transport n'existe sur l'île. Il est financé à 50% par le Conseil

³⁸ L'ouragan Hugo est l'un des plus violents cyclones tropicaux qu'ont connus les Antilles depuis que des observations scientifiques sont réalisées. Il a dévasté La Désirade le 16 septembre 1989.

³⁹ Logiciel de gestion APOZEME, 2010-2014 SSIAD « Soins Ti Kaz ».

départemental. Les administrateurs ont fait le choix de le rendre gratuit aux adhérents de l'association. Ils espèrent ainsi redonner la possibilité et surtout l'envie de ressortir à un certain nombre de personnes.

Par ailleurs, plus d'un tiers⁴⁰ des usagers du SSIAD sont touchés par la maladie d'Alzheimer ou par des troubles apparentés qui rendent leur maintien à domicile particulièrement complexe, voire impossible, s'ils ne bénéficient pas d'un accompagnement familial permanent. Les rares usagers ayant quitté le service, pour entrer en structure spécialisée en Guadeloupe, sont d'ailleurs exclusivement des personnes touchées par cette pathologie. Sans enfant, leurs proches se sont trouvés dans l'obligation de confier leur prise en charge à un établissement médico-social. Pour les autres, leur accompagnement est particulièrement difficile pour leurs aidants familiaux qui ne trouvent ici aucune structure de répit. Le seul soutien sur une île où tout le monde se connaît, est alors la vigilance de l'entourage. Les usagers sont régulièrement raccompagnés chez eux par des voisins, quand ils décident de quitter leur domicile et d'échapper à la surveillance de leurs aidants.

Les services accompagnent également encore trop souvent des personnes atteintes de troubles du comportement qui ne bénéficient ni d'aide familiale complémentaire, ni de protection juridique. Ces situations mettent les équipes en grande difficulté et imposent de nombreuses visites (aide à l'hygiène, aide à l'alimentation, entretien du logement, courses, achats de médicaments...). Concrètement, elles m'obligent à une gestion quelque peu paradoxale : il faut faire face à des situations sociales complexes tout en restant dans le cadre de travail défini par les missions des services que je dirige. Quotidiennement, les besoins des usagers les plus vulnérables dépassent les compétences que je suis en mesure de mobiliser. Il faut pourtant trouver des compromis, c'est à dire un juste équilibre dans la réponse sociale sans lequel les situations de vie de ces personnes seraient intolérables et les situations de travail des professionnels difficilement supportables. Il devient urgent de trouver des solutions pérennes et saines à ces situations particulières qui semblent, à elles seules, démontrer combien le maintien à domicile peut être maltraitant.

Les deux tiers des usagers du SSIAD souffrent d'incapacités importantes qui les classent en GIR 1 et 2. Ils sont alités ou levés au fauteuil et nécessitent l'intervention de professionnels en binôme. La pharmacie de l'île assure la gestion du matériel médical nécessaire, installé si la configuration du domicile le permet.

Le SSIAD enregistre quelques spécificités en lien direct avec les particularités de son secteur d'intervention. Il réalise par exemple un nombre important de suivis de fin de vie (70% des sorties des usagers sont consécutives à leur décès à domicile contre seulement

⁴⁰ Op. Cit., p21

2.8% de décès en cours d'hospitalisation)⁴¹. Cet accompagnement palliatif répond à une demande plus ou moins directement exprimée par une grande majorité des usagers. Ils veulent mourir à domicile et le disent. Nombreux sont ceux qui ont préparé leurs vêtements et indiquent aux équipes où ils se trouvent. Les intervenants sont à l'écoute des souhaits de chacun et les jeunes professionnels se familiarisent et se forment aux techniques spécifiques des soins palliatifs. La culture antillaise rend la mort des aînés beaucoup plus acceptable et moins taboue qu'en métropole. Les décès ayant lieu principalement à domicile, les soins mortuaires sont réalisés simplement par les soignants. Les veillées traditionnelles se déroulent au domicile des personnes, même si cette tradition tend à disparaître pour laisser place à une gestion plus professionnelle des funérailles.

1.4.4 Les aidants familiaux à la fois concernés et impliqués

Les aidants familiaux sont bien évidemment les premiers impliqués dans le maintien à domicile des personnes âgées. Ils sont aujourd'hui indispensables au maintien à domicile. Même si les politiques publiques le reconnaissent, elles ne leur accordent pas encore les compensations nécessaires (financières ou en nature) pour faire face aux importantes difficultés quotidiennes. Par ailleurs, ils sont très souvent à la fois impliqués comme acteurs du maintien à domicile mais aussi concernés, car régulièrement âgés de plus de 60 ans (conjoint ou enfants à la retraite). Sur les 39 usagers suivis par le SSIAD de La Désirade de 2010 à 2014 et vivant avec un aidant familial, 68% des aidants avaient plus de 60 ans⁴².

Si les services d'aide, de soins, d'accompagnement à domicile œuvrent à répondre aux besoins des personnes accompagnées ; il me semble qu'ils doivent également répondre aux besoins des aidants familiaux. Les visites régulières que j'effectue aux domiciles des usagers sont l'occasion d'échanges avec les aidants familiaux et de recueils de leurs attentes qui complètent celles des personnes qu'ils soutiennent. Ils sont très souvent épuisés et expriment leur besoin de repos. Ils ont cependant, paradoxalement, bien du mal à lâcher prise ou à accepter les interventions des socioprofessionnels, comme s'ils éprouaient une certaine culpabilité à se faire aider. Le GCSMS n'a pas encore réussi à faire intervenir des associations spécialisées dans l'aide aux aidants, mais y travaille. Il me paraît essentiel que les aidants puissent échanger entre eux et ainsi prendre un peu de distance avec leur quotidien. En concomitance, la mise en place d'une solution de répit sur l'île est bien sûr à organiser.

⁴¹ Op. Cit., p21

⁴² Ibid.

1.4.5 Les attentes des usagers et des aidants familiaux

L'analyse des besoins des usagers et de leurs aidants familiaux que nous venons de détailler relève d'une logique interprétative des socioprofessionnels qui les accompagnent. Même si ces observations sont pertinentes et doivent être prises en considération dans la recherche de solutions de diversification de l'offre de maintien à domicile sur le territoire, il n'en reste pas moins qu'il est également nécessaire de se pencher plus précisément sur les attentes des usagers et de leurs aidants. Nous entendons par attente l'action de compter sur quelque chose, d'espérer. Attentes et besoins sont ainsi complémentaires.

Les attentes des usagers sont directement exprimées à l'oral de façon informelle ou parfois de façon écrite dans le cadre des enquêtes annuelles de satisfaction, aucun autre système de captation n'ayant été développé. Les usagers qui espèrent le plus, sont les plus isolés. Ils réclament un accompagnement de nuit, ce qui n'est désormais plus financé par le Conseil départemental. Ils trouvent tout simplement anormal d'être seuls la nuit et ne comprennent pas nos « *zéro solution* »⁴³.

Les aidants sont principalement en attente de relais ; de personnes en mesure de les remplacer quelques heures ou quelques jours chez eux... Tout cela doit, selon eux, être pris en charge par les aides sociales.

De façon plus générale, de nombreuses personnes viennent au bureau pour obtenir une aide-ménagère et acceptent parfois difficilement de ne pas être éligibles à l'APA ou de devoir financer une partie des aides proposées par leur caisse de retraite.

Les attentes de la population doivent être entendues même si elles relèvent parfois d'une logique d'assistance étatique qui tend aujourd'hui à se restreindre. Les personnels administratifs du GCSMS et moi-même devons connaître les aides sociales envisageables au regard de chaque situation individuelle, savoir expliquer les choses et trouver compromis et solutions intermédiaires pour que ces attentes soient, au minimum, en partie comblées.

⁴³ Allusion au rapport du conseiller d'État D.PIVETEAU : « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches.

1.5 Conclusion de la première partie

L'histoire, l'isolement et la petitesse de l'île de La Désirade ont fait d'elle, jusqu'à une époque très récente encore, un territoire quelque peu oublié des pouvoirs publics, en particulier sur le plan du développement des politiques sociales. Les élus locaux, se reposant sur les solidarités familiales existantes compatibles avec une sédentarité importante, n'ont pas jugé nécessaire d'ouvrir des services communaux d'aide et d'accompagnement au maintien à domicile et encore moins de structures d'hébergement pour personnes âgées. Au fil du temps, du vieillissement de la population et du départ des plus jeunes générations, la question cruciale de « *l'adaptation de cette société au vieillissement de sa population* » a fait débat sans pour autant qu'une réponse politique forte y soit apportée. Seule la volonté associative a, depuis l'année 2000, conduit progressivement à la mise en place de services d'aide au maintien à domicile.

Aujourd'hui, malgré leur récente restructuration au sein d'un GCSMS, ils ne répondent pas intégralement aux besoins et aux attentes d'une population âgée de plus en plus isolée. Leurs usagers souffrent de solitude dans des logements inadaptés à leurs difficultés de déplacement ; ceux qui sont atteints de troubles neurologiques et non accompagnés par des aidants familiaux se mettent régulièrement en danger. Les familles ne disposent d'aucune solution de répit et se retrouvent dans l'impossibilité de quitter l'île ne serait-ce que pour une journée. À cela s'ajoute un contexte de faible niveau de revenu qui limite le recours à des aides complémentaires...

La Désirade semble pourtant à première vue, disposer de socioprofessionnels engagés qui, par leurs expériences de l'accompagnement global de l'utilisateur à domicile, peuvent faire valoir une certaine forme d'expertise. Il est maintenant nécessaire de questionner leurs compétences et leur organisation de travail, pour voir en quoi ils peuvent constituer un atout dans la mise en place d'une diversification des services. Il faudra également rechercher, dans ce qui se fait ailleurs, des pistes de réflexion afin que cette diversification réponde au mieux aux besoins non satisfaits des usagers des services.

2 Des acteurs engagés permettant d'envisager une diversification de l'offre de maintien à domicile

2.1 Le maintien à domicile

Il s'agit aujourd'hui pour certains de discuter la notion communément admise de « maintien » à domicile, qui semble faire référence à l'idée de personnes davantage « contenues » à domicile, dans l'attente d'une hypothétique entrée en établissement, que « soutenues » dans leur perte d'autonomie à domicile. Il ne faudrait donc plus dire « maintien » car cela signifierait qu'on oblige les gens à rester chez eux.

Bernard Ennuyer (2014) rappelle simplement qu'étymologiquement, « maintien » vient du latin *manutenere* : tenir avec la main.

Le verbe « soutenir » signifie : maintenir debout, empêcher de tomber. Empêcher de fléchir en apportant secours, réconfort.

« En ce sens, on voit bien comment il est assez stupide d'opposer maintien et soutien à domicile, alors que l'un – maintien – qui renvoie au désir des gens de conserver leur place dans la société, suppose l'autre – soutien – c'est-à-dire des services et des aides pour accompagner et rendre possible ce désir et que les deux termes sont donc complémentaires. »⁴⁴

2.1.1 La notion de domicile

Nous serons donc un tiers de la population française à avoir plus de 60 ans en 2050, et la majorité d'entre nous vieillirons à domicile. C'est le souhait de tous, et le rapport Laroque⁴⁵ en faisait déjà état en 1962. À l'échelle de La Désirade, l'enquête « seniors 2015 » le confirme ; seulement 8% (60-69 ans) à 20% (85 ans et +) des Désiradiens envisagent de quitter leur domicile, mais « *le plus tard possible* » et « *seulement quand leur état de santé ne leur permettra plus de rester chez eux* ».

Elian Djaoui (2014) précise que le domicile est à la fois un espace social et un espace psychique⁴⁶. Il est un espace social car il est lieu de rencontres et lieu de réalités quotidiennes. Il est un espace psychique car, « *Le chez soi relève du subjectif : dans un*

⁴⁴ ENNUYER B., 2014, *Repenser le maintien à domicile – Enjeux, acteurs, organisation*, 2ème édition, Paris : DUNOD, p29.

⁴⁵ Op. Cit., p3

⁴⁶ DJAOUI E., 2014, *Intervenir au domicile - Politiques et interventions sociales*, 3ème édition, Rennes : Presses de l'EHESP, p91.

*logement, on se « sent » ou pas, chez soi selon que l'on y trouve, ou non, les caractéristiques idéales attendues d'un domicile. La perception que chaque individu peut avoir du lieu qu'il habite est liée à des significations éminemment singulières qui échappent souvent aux autres.»*⁴⁷ C'est son caractère psychique qui le rend très personnel et difficilement modifiable, en particulier pour des personnes âgées qui y ont construit leurs repères et amassé leurs souvenirs. Les auxiliaires de vie et plus largement tous les intervenants à domicile apprennent très vite et souvent à leurs dépens, que les objets ne doivent pas être déplacés... C'est un espace sécuritaire où l'on se sent capable d'exercer sur autrui une certaine autorité. Il suffit de comparer les relations soignants/soignés en établissement sanitaire et à domicile pour comprendre le rôle essentiel de l'espace « domicile » dans la posture adoptée par le soigné. Cependant, malgré tout ce que le domicile comporte de rassurant pour une personne âgée souffrant d'incapacité, l'intervention d'autrui au sein de cet espace est bien souvent vécue comme une souffrance psychique. Elle n'a pas été souhaitée, mais résulte de l'impossibilité pour la personne de faire autrement. Mon expérience professionnelle me permet de dire que nous sommes, en tant qu'intervenants à domicile (AVS, AS, IDE, travailleurs sociaux...), régulièrement beaucoup trop intrusifs. Considérant que nous sommes à même de définir ce qui « est bien » pour la personne accompagnée, ce qui « est obligatoire » pour sa sécurité et ce qui « est nécessaire » à nos conditions de travail, nous modifions et imposons en toute certitude, mais aussi en toute inconscience des bouleversements psychiques que nous créons. Même si les méthodes d'intervention ont évolué et que des progrès considérables ont été réalisés notamment grâce à la formation des intervenants, il me semble que beaucoup reste à faire. La loi du 2 janvier 2002⁴⁸ en particulier, a obligé les professionnels du secteur social et médico-social à s'interroger sur leurs pratiques et sur la place donnée à la personne accompagnée. Les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM,⁴⁹ de plus en plus intégrées dans les établissements et services, ont contribué à l'amélioration des pratiques. Les professionnels savent que des actions qui paraissent anodines pour eux, peuvent être perçues par l'utilisateur, comme déroutantes, intrusives voire violentes. Ils le savent ... mais la routine, la fatigue, l'usure professionnelle ou parfois l'exigence des personnes accompagnées, concourent à créer des situations conflictuelles. J'essaie, en tant que directrice de structures intervenant à domicile, de travailler ce sujet, mais je me rends compte qu'il est bien difficile de trouver le juste équilibre entre respect du domicile comme espace psychique des personnes et bien être

⁴⁷ Op. Cit., p26.

⁴⁸ MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

⁴⁹ Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

des salariés. Nombreuses sont les situations où s'opposent perceptions de la personne accompagnée et celles des intervenants.

2.1.2 Le secteur de l'aide, des soins et de l'accompagnement à domicile aujourd'hui

La photographie du secteur semble peu reluisante. Entre multitude d'acteurs, manque de coordination, manque de professionnalisation des intervenants et difficultés financières, beaucoup reste à faire. En l'absence d'une réelle politique globale de structuration du secteur, pourtant préconisée par beaucoup dont l'IGAS dans son rapport de 2009⁵⁰, on assiste à un développement empirique d'organisations diverses tentant de répondre aux besoins des usagers de leurs territoires d'implantation. Dans un premier temps, les services d'aide à domicile étaient principalement gérés par des associations à but non lucratif. Par la suite, des politiques sociales avantageuses, telle que la Loi Borloo⁵¹ de 2005 relative au développement des services à la personne, ont contribué à la création de très nombreuses autres formes de structures, notamment commerciales et privées, modifiant ainsi considérablement la configuration du secteur. Le nombre de structures privées a considérablement augmenté ces dernières années. Elles proposent seulement de l'aide à domicile ou tout un panel de prestations : aide-ménagère, petit bricolage, livraison de courses, repassage à domicile, etc. Les heures d'interventions réalisées aux domiciles des personnes sont passées de moins de 600 millions durant l'année 2000, à près de 860 millions en 2013⁵², avec une forte progression des entreprises privées au détriment de l'emploi direct des particuliers employeurs et des associations prestataires. Le secteur s'est d'ailleurs étendu à tout un chacun bien au-delà de ses usagers de prédilection : les personnes fragilisées. Les réductions et crédits d'impôts proposés favorisent la consommation de prestations par les ménages disposant de revenus imposables. Les structures associatives les plus anciennes craignent parfois d'y perdre leurs valeurs et tentent de lutter contre une inexorable marche en avant vers la « marchandisation » du secteur dénoncée entre autre par Michel Chauvière⁵³. Devant cette multitude de structures, dont beaucoup sont considérées comme trop petites pour

⁵⁰ RAYMOND M., ROUSSILLE B., STROHL H., 2009, Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées, RM2009-035P, Rapport de l'IGAS, p5

⁵¹ MINISTÈRE DU TRAVAIL, LOI n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale, Journal Officiel n°173 du 27 juillet 2005 page 12152,[consulté le 30 juin 2015] disponible sur internet : [http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000632799&dateTexte=&cat](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000632799&dateTexte=&categorieLien=id)

⁵² DIRECTION DE L'ANIMATION DE LA RECHERCHE DE L'ÉTUDE ET DES STATISTIQUES, février 2015, « Les services à la personne en 2013 », DARES Analyses, n°10, p1.

⁵³ CHAUVIÈRE M., 2010, *Trop de gestion tue le social*, 2ème édition, Paris, Editions La Découverte, 217p.

être viables, les Conseils départementaux et l'État à travers la CNSA, mènent actuellement une politique d'incitation aux regroupements, aux fusions ou aux mutualisations, en signant des conventions de modernisation et de professionnalisation des services d'aide à domicile.

Là où les SSIAD disposent d'un budget global quelle que soit la fluctuation de leur nombre d'usagers, les services d'aide fonctionnent grâce à la marge réalisée sur le volume d'heures d'intervention effectuées. Ils sont par conséquent soumis à la pression du nombre d'usagers et au risque d'une gestion trop commerciale. Le nombre de plus en plus important de services en difficultés financières a obligé le gouvernement à débloquer des enveloppes complémentaires pour redresser les situations les plus critiques⁵⁴. La marge de manœuvre reste la même que l'on emploie un salarié non diplômé payé au SMIC ou une auxiliaire de vie sociale, catégorie C dans la convention de l'aide des soins et de l'accompagnement à domicile⁵⁵. La tentation est donc grande pour certains de ne recourir qu'à du personnel non qualifié. Par ailleurs, le personnel d'intervention est en très grande majorité féminin, en emplois précaires, à temps partiel imposé. Les dernières obligations légales poussent les employeurs à engager leurs salariés dans une démarche diplômante, en formation continue ou en validation des acquis de l'expérience, mais le chemin reste long. La formation initiale et continue du personnel d'intervention est pourtant incontournable dès lors qu'il s'agit d'améliorer la qualité des prestations rendues et d'intégrer la notion de bienveillance.

Les directeurs et les administrateurs se sentent parfois mal à l'aise dans un secteur qui semble se transformer en marché. Ils affirment leur appartenance au secteur de l'économie sociale et solidaire pour ne pas perdre leur âme, parce qu'il semble falloir lutter contre les autres, ceux qui font de l'augmentation du nombre de personnes en perte d'autonomie une véritable manne où prospéreront les plus commercialement attractifs. Aux directeurs d'être conscients des difficultés réelles des structures associatives actuelles sans tomber dans ce qui me semble être une crainte excessive du marché. À eux de trouver une stratégie de juste équilibre entre coût et qualité de service. Aux militants associatifs et aux fédérations de continuer à œuvrer pour que le gouvernement reconnaisse l'importance du travail accompli, des valeurs défendues et ne s'oriente pas vers le tout libéral.

⁵⁴ Fonds de restructuration des services d'aide à domicile autorisés et agréés, loi des finances 2012, 2013, 2014.

⁵⁵ BAD du 21 mai 2010.

2.1.3 Les prestations d'aide au maintien à domicile actuellement organisées par le GCSMS

Dans la configuration que nous venons de décrire, le GCSMS de La Désirade s'appuie sur la mutualisation des locaux et des personnels administratifs pour réduire les charges des services qui le composent et être en mesure de fonctionner correctement, malgré un petit nombre de bénéficiaires.

Il propose aujourd'hui à la population du territoire :

- Un service de soins infirmiers à domicile assure, sur prescription médicale des soins infirmiers sous la forme de soins techniques, de base ou relationnels. Infirmières et aides-soignantes se relaient auprès des usagers 7 jours sur 7, une à plusieurs fois par jour.
- Un service d'aide et d'accompagnement à domicile fait intervenir auxiliaires de vie sociale et agents à domicile, dans le cadre de l'APA et des aides financées par les caisses de retraite. Elles assurent l'entretien du logement et du linge, préparent les repas et effectuent les courses. Elles accompagnent les personnes dans les démarches administratives et les activités sociales. Elles collaborent avec les soignants dans des actes complémentaires d'hygiène, d'alimentation ou d'administration de traitement. Elles sont en mesure d'intervenir 6 jours sur 7.
- Un service de transport accompagné permet aux personnes à mobilité réduite de bénéficier d'une aide dans leurs déplacements. Elles l'utilisent principalement pour faire les courses, se rendre à la poste (seule banque de l'île), à la mairie ou chez le médecin. Elles peuvent également le solliciter dans le cadre de déplacements liés aux activités de loisirs. Il fonctionne du lundi au vendredi.
- Un service d'animation, où deux jeunes en service civique se rendent 2 à 3 fois par semaine auprès des usagers, propose de partager avec eux quelques activités manuelles ou jeux divers et organise plusieurs fois par an des après-midi détente en groupe. Il facilite également le regroupement de plusieurs usagers au domicile de l'un d'entre eux pour des concours de dominos, sport national aux Antilles !
- Un service de petit bricolage et de petit jardinage propose dans le cadre des services à la personne, des interventions simples mais rapides. Il est régulièrement utilisé pour de la petite plomberie, du débroussaillage, un peu d'électricité et des dépannages en tout genre (bouteille de gaz, meubles à déplacer, téléviseurs à régler...). Ce service est le seul qui ne fait pas l'objet d'aide

financière. Il donne cependant droit à des crédits ou des réductions d'impôts dans le cadre de la loi Borloo⁵⁶.

2.1.4 Les limites du maintien à domicile en général... et à La Désirade...

Le rapport Laroque⁵⁷ pose comme état de fait l'existence d'une limite au maintien à domicile rendant inévitable la solution collective pour les « *grands vieillards* ». Rares sont aujourd'hui les acteurs du maintien à domicile qui ne lui donnent pas spontanément des limites. Leurs expériences variées font état de situations de vie qui confrontent les limites du maintien à domicile. État de santé de la personne, déficience cognitive, absence d'aidants familiaux, habitat inadapté, insécurité, difficultés financières, absence de structures de proximité, isolement social sont évoqués comme difficultés qui ont conduit à l'hospitalisation ou au « placement » en institution de personnes souhaitant pourtant rester chez elles.

Les habitats désiradiens, régulièrement précaires et construits par aménagements successifs de pièces additionnelles, sont rarement adaptés aux difficultés de déplacement des occupants ou à l'installation de matériel médicalisé. L'éloignement des aidants familiaux ou leur épuisement participent à l'isolement des plus fragiles, que les quelques heures d'auxiliaire de vie financées par les aides sociales ne compensent pas. Des situations de non-recours aux droits sociaux sont également régulièrement découvertes quand le service de soins est appelé pour intervenir en urgence. Les limites au maintien à domicile existent donc, mais semblent ici repoussées plus qu'ailleurs devant le refus catégorique des personnes de quitter leur territoire et l'absence de structure d'hébergement ou d'accueil sur l'île. Comme nous l'avons déjà évoqué, la quasi-totalité des usagers du service sont accompagnés jusqu'au bout à domicile. La situation particulière d'intervention du SSIAD ne permet pas d'avoir le réflexe du placement et impose donc de repousser les limites, grâce notamment à la coordination des services de proximité et à la petitesse du territoire qui facilite le cumul du nombre de visites. Nous ne pouvons donc qu'être d'accord avec Bernard Ennuyer (2014) qui affirme que « *Ce n'est jamais l'état de la personne elle-même, état physique et mental, quel qu'il soit, qui est, à lui tout seul, la limite au maintien à domicile, comme on l'entend souvent dire, notamment par le monde médical.* »⁵⁸ En effet, certains des usagers des services souffrent depuis longtemps de fortes incapacités et vivent pourtant à domicile grâce à un minimum de présence d'aidants familiaux et de moyens financiers. Nous convenons par contre, que

⁵⁶ Op. Cit., p28

⁵⁷ Op. Cit., p3

⁵⁸ Op. cit., p26

les situations d'isolement social combinées à des situations financières précaires, compliquent de façon extrême le maintien à domicile et nous obligent à redoubler d'efforts et d'imagination pour le rendre acceptable, puisque inévitable.

Nous avons et avons eu à accompagner des personnes souffrant physiquement et psychologiquement de leur vie à domicile. Nous avons retrouvé, au petit matin, des personnes âgées décédées seules, à terre, durant la nuit... Nous nous interrogeons donc régulièrement sur la cohérence de nos pratiques : pourquoi aider au maintien à domicile d'une personne alors que nous ne sommes pas en mesure de garantir sa sécurité ? Comment réagir face à des aidants en souffrance qui franchissent parfois les limites de la maltraitance ? De quel droit imposer un « placement » source de déracinement ? Toutes ces interrogations nous confortent dans l'idée qu'une solution de structure alternative devrait être trouvée sur le territoire, pour les personnes nécessitant de l'aide dans les actes essentiels de la vie quotidienne et qui n'ont ni aidants familiaux en mesure de les soutenir ni moyens suffisants permettant de financer des aides complémentaires importantes.

2.1.5 Le maintien à domicile, une réponse au libre choix de la personne âgée ?

Pouvoir rester chez soi comporte donc quelques limites. Si le maintien à domicile est actuellement bien souvent prôné comme la solution idéale, il ne doit pourtant pas conduire à la stigmatisation de celles et ceux qui ne souhaitent pas, ou ne peuvent pas, accompagner au quotidien leur parent âgé. Les valeurs morales ou religieuses de certains professionnels du domicile empêchent parfois de comprendre que certains enfants décident de « placer » un parent en institution contre sa volonté ou le laissent à domicile dans de mauvaises conditions. Imposer le maintien à domicile ou faire de ses valeurs un idéal, peut être générateur de véritables angoisses et d'un sentiment de culpabilité extrême pour certaines personnes. Il y a, pour Reynald Brizais, « *un point de vue très idéologique à poser la supériorité en soi du maintien à domicile pour tous* »⁵⁹. Imposer un maintien à domicile quand on n'est pas en mesure de le financer et de l'organiser, peut s'avérer aussi déshumanisant que contraindre à une entrée en EHPAD. Alors même que depuis de nombreuses années, le GCSMS travaille à améliorer la vie à domicile des personnes âgées du territoire de La Désirade, il est également conscient des coûts humains et financiers que cela engendre. Mes rencontres régulières avec les aidants familiaux des usagers me font toucher du doigt leurs difficultés quotidiennes et leur extrême fatigue. Les relais que je suis en mesure de leur proposer sont encore très largement insuffisants. Il s'avère par conséquent essentiel de mettre en place, sur l'île,

⁵⁹ 2015, commentaire devoir personnel.

une structure en capacité de prendre le relais de l'aidant qui, selon Serge Guérin (2012) « pour un tiers d'entre eux disparaît avant la personne aidée »⁶⁰.

2.2 Des compétences existantes sur lesquelles s'appuyer...

La gestion du personnel est un des aspects de mon activité des plus passionnants, mais paradoxalement, des plus compliqués. La grève générale guadeloupéenne de 2009⁶¹ a mis en exergue d'importantes incompréhensions entre salariés et dirigeants et incite tout directeur à plus d'attention. Plus que le développement d'outils de travail performants (indispensables par ailleurs), le directeur d'un service ou d'un établissement social ou médico-social ne sera en mesure de garantir la qualité du service rendu aux usagers que si les intervenants sociaux qu'il encadre sont épanouis et investis dans leurs fonctions, rassurés par un cadre de travail précis et disposant du temps et des moyens nécessaires à une intervention de qualité.

2.2.1 La professionnalisation de l'aide à domicile, une évolution très récente

À l'origine à La Désirade, les heures d'aide à domicile octroyées par le Conseil départemental au titre de l'ACTP, de la PSD ou de l'APA, étaient uniquement dispensées dans le cadre de contrat de gré à gré, par de jeunes femmes non diplômées, bien souvent au profit d'un membre de leur famille. Seules les heures financées par la caisse de retraite des marins pêcheurs faisaient l'objet d'une convention avec la mairie qui employait une aide-ménagère titulaire du CAFAD⁶². En 2005, le premier service d'aide à domicile créé sur l'île a employé du personnel non diplômé. En 2009, alors qu'un rapprochement s'organisait avec le service de soins infirmiers, une formation pilotée par Pôle Emploi, conduisant au diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale, a été mise en place sur l'île sur notre demande, dans la perspective de création de postes. Un an plus tard, ce sont 10 des 12 stagiaires engagées qui sont sorties diplômées et ont été, pour la grande majorité d'entre elles, recrutées par la suite par le tout nouveau GCSMS.

⁶⁰ GUERIN S., Colloque MIPES Mission d'information sur la pauvreté et l'exclusion sociale « Les aidants non professionnels, Pour qui ? Pourquoi ? Comment ? » Octobre 2012, Paris, Ubiquis, 2012, p4.

⁶¹ La grève générale a commencé en Guadeloupe le 20 janvier 2009. Elle a paralysé pendant un mois et demi tous les secteurs, privés et publics, notamment les stations-services, les petits et grands commerces, les hôtels et les industries liés au tourisme, les établissements scolaires et les transports publics.

⁶² Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile, créé par l'arrêté du 30 novembre 1988 et remplacé en 2002 par le DEAVS (Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale)

Cette formation a constitué un levier essentiel dans la dynamique de professionnalisation de l'aide à domicile sur le territoire. Des mères de famille expérimentées dans l'aide à la personne ont pu, à travers leur tout nouveau diplôme, faire reconnaître leurs compétences et s'affirmer comme professionnelles de l'accompagnement à part entière. Le GCSMS avait ainsi l'opportunité de recruter du personnel qualifié, qu'il savait motivé, pour avoir fait l'effort de reprendre une formation. Il avait largement participé à la formation de ces professionnelles et continue aujourd'hui à accompagner des candidates à l'obtention du DEAVS par la VAE.

Par ailleurs, on note également une évolution importante du nombre de bénéficiaires de l'APA qui demandent une prise en charge par le service sur un mode prestataire au détriment de l'emploi direct. Petit à petit, les habitudes changent et les familles préfèrent confier l'ensemble de la gestion de l'accompagnement à un service agréé.

2.2.2 Des professionnels du GCSMS majoritairement originaires du territoire

Alors que cela n'était pas le cas il y a quelques années, la politique de recrutement du GCSMS, privilégie désormais l'emploi de personnel originaire de l'île ou pleinement installé. Les difficultés de recrutement, notamment infirmier, rencontrées les premières années de fonctionnement du SSIAD, avaient obligé le GCSMS à faire appel à du personnel de métropole via des annonces sur le site de Pôle Emploi. Il avait alors fait l'expérience d'un trop important turn-over de salariés qui fragilisait la cohésion des équipes et par là même la qualité de l'accompagnement des usagers. Les infirmières recrutées arrivaient avec déjà dans l'idée de ne rester que six mois avant de partir à la découverte d'une nouvelle île des Caraïbes ou de Polynésie... La vie sur une île aussi petite que La Désirade ne convient pas à tout le monde : la promiscuité sociale peut perturber, le sentiment de fortes limites géographiques peut stresser, l'accessibilité aux biens de consommation réduite peut déranger. Or, il me semble que, pour être investi dans un travail social réalisé aux domiciles de personnes fragilisées, il faut non seulement avoir une certaine appétence pour celui-ci et son public mais également se sentir à l'aise sur son territoire d'implantation. À diplômes et expériences équivalents, j'assume le fait de préférer recruter une personne originaire de l'île qui, même si rien n'est certain, sera à même de s'adapter plus rapidement et de rester plus longtemps. Plusieurs des salariés actuels du GCSMS ont fait le choix de rester ou de revenir sur l'île, pour à la fois y travailler mais aussi contribuer à la prise en charge de leurs parents vieillissants. Désormais bien implanté, le groupement enregistre des candidatures spontanées de soignants ou de travailleurs sociaux originaires de La Désirade et souhaitant « rentrer au pays ».

Il est préférable que tout projet de diversification d'offre de service se conçoive au regard des compétences humaines disponibles sur le territoire. Il faudra, si elles n'existent pas, anticiper les besoins et proposer des formations adaptées comme cela a été fait pour les auxiliaires de vie sociale. Il en va de la stabilité des équipes et de la pérennité du système de prestations choisi.

2.2.3 Des professionnels du GCSMS engagés dans un accompagnement global de l'utilisateur

Les soignants du SSIAD sont aujourd'hui contraints, au regard de la situation des usagers des services, à un accompagnement moins classique, à caractère plus social. S'il est vrai qu'ils soient rentrés en contact avec les usagers du service par le biais d'actes de soins, ils ont vite été confrontés à leurs difficultés sociales. Ils ont rapidement intégré la nécessité de prendre en considération l'utilisateur dans sa globalité physique, psychique, sociale, familiale et culturelle. L'intervention aux domiciles des usagers ne peut faire l'impasse d'un accompagnement global.

Convaincus par les soignants, de la nécessité de coordonner l'aide et les soins à domicile pour assurer un accompagnement de qualité, les administrateurs du service de soins infirmiers se sont rapprochés, il y a quelques années, des administrateurs du service d'aide à domicile. Ils ont alors envisagé la création d'un SPASAD. Ces services de proximité sont remis aujourd'hui sur le « devant de la scène » avec « *le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement* »⁶³, ce qui n'était pas le cas à cette période. Aucun appel à projet n'était par ailleurs envisagé. De plus, les salariés des services de soins infirmiers à domicile disposent d'une « prime guadeloupéenne de vie chère » de 20%, négociée avec les financeurs dans les années 1990, alors qu'aucune prime équivalente n'est attribuée aux salariés des services d'aide à domicile. Cet élément notable constitue un frein majeur aux rapprochements effectifs des services d'aide et de soins sur le territoire guadeloupéen. Pour faire sans « appel à projet » de SPASAD, ils ont donc choisi de constituer un GCSMS. Ce rapprochement était pressenti par tous les intervenants de terrain comme fondamental dans le travail d'amélioration de la qualité de leur accompagnement. Les soins n'allant pas sans l'aide et l'aide sans les soins.

Les auxiliaires de vie contactent désormais directement les soignants si elles le jugent nécessaire ; les soignants savent qu'ils peuvent compter sur celles-ci pour respecter la prise des médicaments préparés ou l'équilibre d'un régime alimentaire particulier... Les dossiers de transmissions sont communs. Le nombre et les heures de visites des

⁶³ Op. Cit., p8

soignants et des aidants évoluent en fonction des besoins des usagers dans une certaine limite bien sûr, mais de façon beaucoup plus souple qu'au préalable.

Les soins se coordonnent donc avec l'aide et cette dernière avec la possibilité d'intervention des animatrices, du transport accompagné ou du petit bricolage. Les salariés, aux prises régulières avec de menus problèmes aux domiciles des usagers qui compliquent leurs interventions (fuite de plomberie, lampe brulée, bouteille de gaz vide, matériel à déplacer...), savent désormais qu'ils peuvent faire appel au bricoleur du service, si les familles des usagers ne sont pas en mesure d'intervenir rapidement. Ces petits tracassés du quotidien peuvent paraître anodins et ne pas intéresser les directeurs de structures, mais ils sont pourtant source d'inquiétude pour les usagers et de complications pour les intervenants. Leur résolution rapide apaise et oriente les priorités vers l'essentiel, c'est-à-dire l'accompagnement de l'utilisateur.

Au-delà des interventions quotidiennes à domicile, c'est toute une philosophie commune de travail qui doit être partagée. Ce n'est ni évident ni naturel. Mon rôle de directrice lors du regroupement des services a été de mettre en avant la complémentarité des compétences individuelles et de tenter de faire disparaître le sentiment de supériorité presque naturelle des soignants, face à des aidants dévalorisés. Il a fallu rappeler à tous, que les diplômes des auxiliaires de vie équivalent ceux des aides-soignantes et qu'elles étaient des collaboratrices à part entière.

Les intervenants de terrain ont vu leur environnement de travail considérablement évoluer ces dernières années : d'un travail d'équipe spécialisée, ils sont passés à une action coordonnée d'équipe pluridisciplinaire où chacun se doit de faire confiance au travail de l'autre. Au final, c'est une certaine satisfaction de voir s'améliorer les situations de vie à domicile des usagers et en particulier des plus isolés, et la conviction de ne pouvoir faire un travail de qualité qu'avec les autres.

Dans cette logique, la mise en place de prestations nouvelles avec de nouveaux intervenants devrait s'inscrire dans la continuité, même si elle devra, bien entendu, être préparée en amont.

2.2.4 Les acteurs communaux et libéraux du territoire

Le centre communal d'action sociale.

Il a une place historique dans l'action sociale territoriale puisqu'il a été longtemps le seul interlocuteur de la population. Il continue aujourd'hui à mettre en lien les institutions départementales et nationales (CGSS, CAF, Conseil départemental, Pôle-Emploi...), qui viennent occasionnellement sur le territoire et leurs ayants droit. Il semble cependant manquer de moyens face à une population de plus en plus en demande d'aide à la création et à la gestion de dossiers administratifs de plus en plus complexes. Les deux seules employées du CCAS se partagent un petit bureau qui sert également à recevoir le public et ne disposent pas de logiciel de gestion digne de ce nom, diminuant d'autant leur efficacité.

Les professionnels de santé libéraux.

L'île compte un seul médecin généraliste, un seul infirmier libéral, un seul kinésithérapeute et une seule pharmacie. Une pédicure-podologue réalise des consultations sur place, une fois tous les quinze jours. L'ancien « dispensaire » désormais CLASS, géré par le Conseil Départemental, très actif il y a vingt ans, se limite désormais à la gestion de la venue épisodique de quelques acteurs (médecine du travail, associations de prévention...) et à l'organisation de séances de vaccination.

Les aides à domicile en emploi direct

Elles sont encore très nombreuses à travailler auprès des bénéficiaires de l'APA, mais je n'ai pas eu accès à des données chiffrées. J'estime qu'une petite cinquantaine de bénéficiaires de l'APA ont recours, en emploi direct, à une aide à domicile, bien souvent une personne de la famille (enfant ou nièce). Elles sont en grande majorité expérimentées mais non diplômées.

Les accueillants familiaux

Deux accueillantes familiales sont agréées sur La Désirade mais ne s'occupent d'aucune personne actuellement. L'une d'entre elles a plus de 60 ans et ne souhaite plus travailler à temps plein. L'autre, plus jeune, a obtenu son agrément il y a un an environ, mais absente de l'île, elle n'a pas démarré son activité.

2.3 Des collaborations essentielles à redéfinir

2.3.1 Une double insularité qui rend inévitable une certaine forme de collaboration

Au-delà d'un rapprochement des professionnels de terrain dans le cadre du GCSMS, la collaboration de l'ensemble des socioprofessionnels du territoire est rendue obligatoire par le contexte insulaire. Elle est reconnue par de nombreux observateurs (ARS, évaluateurs externes, CGSS...). Le GCSMS « TI KAZ » tient une place centrale dans cette organisation, d'abord parce qu'il compte le plus grand nombre de professionnels, ensuite parce qu'il s'occupe des usagers les plus dépendants, enfin parce qu'il est à l'origine de la mise en place d'outils communs de travail (dossiers de transmissions, procédures transversales de gestion des DASRI, plaquette d'information « santé Désirade »).

Le GCSMS est en lien étroit avec les professionnels libéraux et le CCAS. Les usagers de des services ont tous le même médecin traitant, en l'occurrence le seul de l'île. Il en est de même pour le kinésithérapeute ou l'infirmier libéral. Les prescriptions et transmissions entre professionnels sont simplifiées. L'infirmier libéral intervient auprès des usagers des services en dehors des plages d'intervention des soignants si leur état de santé le nécessite.

Les situations sociales difficiles des usagers sont traitées en partenariat avec le CCAS pour tenter de trouver des solutions et mettre en place des dossiers de demande d'aides complémentaires. Inversement, le CCAS conseille de plus en plus souvent aux personnes qui le sollicitent de faire appel au GCSMS.

Le GCSMS participe activement au « plan ORSEC cyclone » communal ; il est en charge de la mise en sécurité des usagers en cas d'alerte cyclonique, en collaboration étroite avec les employés communaux et les sapeurs-pompiers.

2.3.2 Mutualiser pour répondre aux obligations d'efficience

Selon Sabrina Sinigaglia-Amadio (2006) « *La logique partenariale, permettant notamment une mutualisation des moyens humains et non humains (c'est-à-dire immobiliers, mobiliers, techniques, etc.) et des échanges de compétences s'est transformée en impératif synonyme de déclenchement de financements.* »⁶⁴ Les autorités de contrôle et

⁶⁴ SINIGAGLIA-AMADIO S., 2006, « Le travail associatif dans les quartiers dits sensibles, une action territorialisée. », Colloque Territoires, Action sociale et Emploi, Paris, 22 et 23 juin 2006, p11.

de tarification ont été claires. elles souhaitent travailler avec le GCSMS et non pas avec chaque service de façon indépendante. La mise en place du GCSMS a d'ailleurs permis d'obtenir des financements complémentaires dans le cadre des CNR de l'ARS. D'autres financements, issus de la convention de modernisation de l'aide à domicile signée entre la CNSA et le Conseil départemental, devraient également être obtenus.

Une nouvelle offre de service permettant de mieux répondre aux besoins de la population âgée de La Désirade ne fera pas l'impasse sur une mutualisation des moyens humains et matériels des acteurs du territoire. Elle permettra, non seulement de réduire les coûts de fonctionnement de ce service, mais également de lever des fonds supplémentaires par la démonstration de la volonté des acteurs territoriaux de rendre efficient et pérenne le projet.

2.3.3 De l'équipe pluridisciplinaire au partenariat... Du partenariat au travail en réseau...

La notion « d'équipe pluridisciplinaire » est apparue dans le champ médico-social dans les années 1965⁶⁵. « *Cette nouvelle configuration de travail [...] s'invente pour contrer les effets déshumanisants de l'intervention morcelée de différents professionnels auprès de l'usager* » (Brizais, 2005). Les professionnels des services sont unis dans une tâche commune et se mettent d'accord sur une méthode de travail précise. Mais alors que chacun devrait trouver sa place au sein de cette équipe ; inévitablement les jeux de pouvoirs prennent le dessus et les plus diplômés imposent aux autres leur méthodologie, faisant parfois fi des observations des collègues. Au sein du groupement, les auxiliaires de vie, celles qui pourtant passent le plus de temps avec les usagers, éprouvent des difficultés à faire reconnaître leur expertise. L'équipe pluridisciplinaire n'a parfois d'équipe que le nom. Par ailleurs, l'équipe peut avoir parfois tendance à se replier sur elle-même alors qu'à partir des années 1980, les politiques publiques l'avaient invitée à s'ouvrir sur l'extérieur, d'abord par la création de services en « milieu ouvert », puis par la constitution de partenariats.

La situation particulière d'implantation du GCSMS a inévitablement obligé aux partenariats, puisque trop petit, il ne disposait pas en interne des ressources nécessaires à la prise en charge globale des usagers. Les partenariats amènent une certaine forme de contradiction : les partenaires ont des intérêts communs, mais en même temps, leur lien est fondé sur un partage... En cela ils sont fragiles. Je le découvre au fur et à mesure que

⁶⁵ BRIZAIS R., 2005, « Du travail en équipe au travail en réseau - Rupture ou continuité ? », Espace social Revue du CNAEMO, CDRom n°11.

les services se développent. Les habitudes de partenariats sont aujourd'hui fragilisées par un contexte socio-politique qui évolue. Bien que formalisées par quelques procédures, elles reposent encore aujourd'hui principalement sur « le bon vouloir » d'acteurs principaux qui se connaissent depuis longtemps et y ont trouvé un certain équilibre. Mais l'évolution du secteur d'activité sociale et médico-sociale et en particulier la baisse des financements publics, couplée à la croissance des besoins, met en tension ces acteurs. Certains rentrent en concurrence directe, en particulier dans le secteur de l'aide à domicile.

Dernièrement, le changement de médecin sur l'île m'a fait toucher du doigt la fragilité de notre collaboration. Les feuilles de prolongation de prise en charge que l'ancien médecin remplissait directement dans le service, doivent désormais transiter par les usagers, retardant le délai de traitement des dossiers. Autre exemple : l'augmentation croissante des actes infirmiers libéraux auquel le service doit faire face m'a obligée à repenser la collaboration avec le cabinet libéral. J'ai stratégiquement fait le choix de recruter une infirmière supplémentaire, diminuant d'autant le recours à l'infirmier libéral. Ce choix, soutenu financièrement par l'ARS en « mesures nouvelles », a dû être judicieusement expliqué, pour éviter de rompre un partenariat pour autant toujours nécessaire.

Reynald Brizais définit le réseau comme « *un système non symétrique de relations, par lequel se réalisent des échanges plus ou moins réguliers, entre des entités identifiées, possédant des ressources propres, c'est-à-dire différenciées, liées entre elles par des liens plus ou moins institués, plus ou moins prévus, dans une logique d'intérêt éventuellement repérable.* »⁶⁶ Il s'agit aujourd'hui pour moi d'inscrire le GCSMS dans un travail de réseau, plutôt que de chercher à formaliser à tout prix, pléthore de partenariats. Le travail en réseau présente l'avantage de laisser à chacun une place claire et identifiée. Les liens tissés sont activés seulement si besoin. L'utilisateur est au centre du travail en réseau ; on ne cherche pas à savoir qui pilote, mais pour qui, et pourquoi, on travaille ensemble. Le développement important du groupement ces dernières années a contribué, évidemment à une meilleure prise en charge de l'utilisateur à domicile, mais a sans doute également inquiété certains de ses partenaires. Au GCSMS de soutenir la constitution d'un véritable réseau de travail territorial au profit des usagers. En interne, il sera également pertinent de passer d'un travail en équipe à un travail en réseau, pour un plus grand respect de la place de chacun et un renforcement de l'efficacité de l'accompagnement.

⁶⁶ Ibid., p39.

2.4 Des pistes de réponses aux besoins des usagers à envisager...

2.4.1 Un Conseil départemental qui réduit les possibilités d'innovation

En novembre 2014, lors de sa venue sur l'île, la directrice du service de l'autonomie au Conseil départemental s'est longuement entretenue avec l'administrateur du groupement et moi-même. Nous lui avons rappelé l'urgence de créer sur l'île une structure d'accueil répondant aux besoins de la population et suffisamment réfléchi par rapport au contexte, pour être pérenne. Elle a d'emblée écarté tout projet innovant ou expérimental, dans la même logique que celle qui avait conduit à stopper le projet de PUV avec accueil de personnes en GIR I et II, grâce à une convention de partenariat avec le SSIAD. Des discussions constructives ont cependant permis d'envisager d'autres pistes. Elle nous a demandé d'étudier la faisabilité de l'accueil familial sur l'île et en particulier de l'accueil familial salarié. Selon le Conseil départemental, la gestion de l'accueil familial par le GCSMS, pourrait permettre de contrer le refus de prise en charge de certains patients par des accueillants familiaux indépendants.

Le Conseil départemental de Guadeloupe impose donc aujourd'hui au GCSMS une orientation qui s'inscrit dans le cadre de la politique qu'il a choisie. Devant le peu de places en EHPAD sur le département, il mène depuis quelques années une politique d'incitation au développement de l'accueil familial, à laquelle le groupement n'échappe pas.

2.4.2 EHPAD à domicile, domotique, baluchonnage : de nouveaux modes d'accompagnement à explorer

Même si très rapidement le GCSMS s'est vu imposer une certaine forme de réponse à mettre en place, il était essentiel d'élargir la réflexion et de voir dans quelle mesure d'autres modes d'intervention pourraient se coupler à l'accueil familial salarié pour l'adapter d'autant aux besoins des usagers des services.

Je me suis intéressée entre autre à l'EHPAD à domicile. *« L'objectif de ce nouveau dispositif est de faire entrer la qualité des soins en établissement au domicile des bénéficiaires afin de leur garantir le plus longtemps possible leur autonomie⁶⁷. »* Cette phrase d'un promoteur de ce nouveau service m'a bien sûr fait bondir tant elle sous-

⁶⁷ Site internet du Département des Hauts de Seine : Personnes âgées : le Département va tester l'Ehpad à domicile, octobre 2014 consulté le 27/07/2015 <http://www.hauts-de-seine.net/actualite/social-sante/personnes-agees-le-departement-va-tester-lehpad-a-domicile-1168/>

entend que la qualité des soins à domicile serait moindre que celle réalisée en établissement ! Pour le reste, ce dispositif s'appuie sur un EHPAD « support », inexistant sur le territoire, et sur la mise en place au domicile de la personne d'un certain nombre de dispositifs technologiques (capteurs de chute, détecteurs de mouvements, caméras...). Ces nouvelles technologies et toute la domotique en général, se développent actuellement de façon importante et constituent pour certains l'avenir du maintien à domicile. Même si elles présentent des intérêts certains, il me semble cependant qu'elles ne doivent pas remplacer la présence humaine. Leur utilisation limitée doit être recherchée afin d'assurer la sécurité nécessaire sans pour autant entraver liberté et intimité. Les réalités désiradiennes risquent par ailleurs de faire obstacle au développement de toutes ces nouvelles technologies. Les communications par téléphones portables et le réseau internet déjà lent, sont très régulièrement provisoirement interrompus et rendent peu fiables ces prestations. Le relais humain qui doit être pris en cas d'alerte, ne repose actuellement que sur la bonne volonté des voisins (installation actuelle de téléalarme) puisque le peu d'utilisateurs potentiels du service, ne permet pas d'assurer une permanence professionnelle. D'autre part, il faudrait envisager que l'entretien et la réparation de cette technologie soient assurés par un professionnel déjà présent sur l'île, pour garantir une intervention dans des délais raisonnables.

Le baluchonnage est un service de remplacement temporaire, de un à plusieurs jours, d'aidants familiaux vivant avec un proche souffrant d'incapacité. Le "baluchonneur" prend le relais de l'aidant pendant son absence, au domicile de l'utilisateur, 24h/24. Ce dispositif pertinent pour lutter contre la fatigue des aidants, sans perturber de manière excessive les habitudes de la personne accompagnée, créé au Canada, s'implante difficilement en France. Les freins à une transposition du baluchonnage en France ont essentiellement trait au droit du travail : le travail d'une amplitude supérieure à douze heures nécessite une dérogation inexistante actuellement, malgré quelques tentatives d'adaptation de la législation. La seule possibilité de mise en place de ce type de remplacement impose un roulement des professionnels toutes les huit heures. S'il semble de prime abord complexe et coûteux à organiser, il constitue pourtant un axe de réflexion à ne pas négliger dans notre contexte. Un couplage entre des remplacements à domicile (dans le cadre de l'aide au répit prévu par le projet de loi) et des remplacements au sein d'une structure d'hébergement, pourrait permettre de pérenniser le système, si par ailleurs il obtient des aides financières complémentaires.

2.4.3 D'autres territoires insulaires aux politiques sociales communales plus appuyées

En m'intéressant à ce qui se faisait sur d'autres territoires insulaires similaires au nôtre, j'ai découvert que les communes étaient systématiquement gestionnaires des services en faveur des personnes âgées.

Je me suis rapprochée de structures existantes sur trois îles bretonnes comptant environ le même nombre d'habitants que La Désirade. Même si leur climat n'est pas comparable au climat antillais et complique les visites à domicile et les conditions de vie en certaines saisons, leur isolement et la proportion importante du nombre de personnes âgées, conduisent à des réflexions identiques.

Elles ont toutes les trois des caractéristiques similaires :

- Elles comptent de 600 à 1700 habitants à l'année.
- Une population vieillissante : des jeunes qui quittent le territoire pour étudier ou chercher du travail et des retraités qui s'y installent.
- Peu de médecins, voire un seul pour deux d'entre elles, des infirmiers libéraux et des kinésithérapeutes.
- Aucune structure sanitaire (hôpital ou clinique).
- Un collège pour deux d'entre elles mais pas de lycée.
- Une seule pharmacie.

Contrairement à La Désirade, aucun SSIAD n'intervient sur ces îles, les soins infirmiers étant dispensés par des infirmiers libéraux. Les communes proposent également des services d'aide à domicile gérés par les CCAS.

Chacune de ces îles dispose d'une structure d'hébergement pour personnes âgées. Il s'agit d'EHPAD pour deux d'entre elles (25 et 47 places) et d'une « résidence seniors » pour une autre. Ces trois structures ont été créées à l'initiative des communes et sont rattachées aux CCAS. Plusieurs entretiens avec leurs directeurs réciproques m'ont permis de mesurer tout l'intérêt de ces structures pour la population âgée de ces îles, mais également de toucher du doigt les difficultés de gestion liées aux particularités territoriales. Leur création et leur fonctionnement ont obligé et obligent encore quelques dérogations autorisées par les Conseils départementaux et les Agences régionales de santé concernés et un soutien régulier de ces ACT. Mais ces structures fonctionnent et se développent puisqu'elles accueillent un nombre croissant de résidents.

Ces trois situations territoriales viennent donc, en quelque sorte, contrecarrer les arguments des ACT locales qui ont conduit à l'abandon de certains des projets associatifs et communaux et au refus de soutenir des propositions innovantes. Elles me confortent dans l'idée que le GCSMS doit obtenir le soutien des élus locaux. Il a besoin de force politique pour convaincre les décideurs. Je comprends les obligations des ACT et la

logique de la loi HPST⁶⁸ qui tend à permettre une meilleure efficacité dans l'utilisation des finances publiques, mais je suis également convaincue qu'il est de mon rôle de directrice d'insister et de travailler à obtenir une réponse adaptée aux besoins des usagers, même si les particularités territoriales rendent impossible la mise en place d'une structure classique et nécessitent innovations ou dérogations. Selon Nicolas Amadio (2014) « *La politique sociale territorialisée exige en effet qu'au désengagement financier de l'État correspondent une implication et une responsabilisation croissante des acteurs locaux (usagers, travailleurs sociaux, bénévoles, élus, administrateurs territoriaux)* »⁶⁹.

2.4.4 Direction, administrateurs et professionnels de terrain : partenaires indispensables à la co-construction d'une offre de service pertinente

Quel que soit le mode de réponse aux besoins de la population âgée de l'île que le GCSMS choisira de mettre en place, il faudra anticiper les besoins en ressources humaines, nous l'avons déjà évoqué. Nous avons également précisé qu'il nous semblait essentiel de tenter de recruter du personnel originaire du territoire ou du moins, implanté sur l'île, pour faciliter l'intégration et l'acceptation des particularités de la vie insulaire.

En ce sens, le projet que le groupement développera devra très rapidement être envisagé, avec le personnel à qui une nouvelle orientation professionnelle pourra être proposée, mais également avec d'autres acteurs privés. Je pense notamment aux deux familles d'accueil qui sont agréées mais n'exercent pas, aux remplaçantes occasionnelles, aux étudiants du secteur social et médico-social que nous accueillons en stage, aux aides à domicile qui postulent spontanément, aux anciennes animatrices en service civique... Autant d'expériences de travail complémentaires sur le territoire qui peuvent, non seulement attirer mon attention sur des points particuliers de potentialité ou de difficulté que j'aurais omis, mais également constituer de futurs salariés ou collaborateurs.

⁶⁸ MINISTÈRE DE LA SANTÉ DES AFFAIRES SOCIALES ET DU DROIT DES FEMMES, LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal Officiel n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184, [consulté le 28/06/2015] disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

⁶⁹ AMADIO N., 2014, « L'espace et ses enjeux pour l'action sociale versus l'espace de vie comme enjeu de l'intervention sociale », Laboratoire Cultures et sociétés en Europe, Université Marc Bloch, Strasbourg, p2.

2.5 Conclusion de la deuxième partie

Quel que soit le projet que le GCSMS va finalement développer (accueil familial salarié classique comme demandé par le Conseil départemental ou accueil familial innovant), il ne faudra pas faire l'impasse sur des points d'appui essentiels.

Il faudra fédérer l'ensemble des acteurs territoriaux du maintien à domicile au sein d'un réseau, au sens où nous l'avons développé, afin d'éviter de créer chez certains acteurs un sentiment de sous-traitance qui freinera leur investissement. Il faut être convaincu des compétences de chacun, savoir déléguer et faire confiance. La mutualisation des moyens et des compétences est indispensable.

Il s'agira de s'appuyer sur les forces humaines en présence, et pas seulement sur les professionnels des services. Il faudra anticiper et accompagner si besoin de nouvelles orientations professionnelles.

S'appuyer sur l'expérience des autres est également primordiale ; le GCSMS n'est ni le seul ni le premier à chercher à adapter ses services aux besoins des usagers.

La réalité des politiques publiques actuelles nous impose une certaine option et un travail conjoint de réflexion et de concertation avec le Conseil départemental et l'Agence régionale de santé dès le début du projet. Mais le pouvoir des élus locaux (maire et conseiller départemental) doit permettre de sensibiliser les ACT aux particularités territoriales. Sans les élus, il me semble difficile de faire aboutir un projet qui nécessitera certainement innovations et financements importants rapportés à un petit territoire.

3 Créer une maison d'accueil familial : une opportunité de réponse adaptée

Le projet sur lequel je travaille aujourd'hui s'inscrit dans une histoire : celle des fondateurs des associations gestionnaires des services et celle plus récente des administrateurs du groupement. Ils militent pour que soient reconnus les besoins des personnes âgées du territoire et que des réponses puissent leur être proposées. Ils sont porteurs de valeurs à travers les statuts associatifs et définissent une ligne politique sur laquelle je dois m'appuyer. En ce sens, ils conçoivent le « *projet-visée* »⁷⁰, tel que le définit Jacques Ardoino (1984) et me confient plus particulièrement la conception et le suivi du « *projet-programmatique* ». Ces deux dimensions du projet sont extrêmement liées et se retrouvent dans tout projet. Le « *projet-visée* » plus politique et intentionnel reste sans effet s'il ne peut se traduire en actions réalisables dans un « *projet-programmatique* ». Ce dernier ne peut exister indépendamment d'une réflexion plus politique voire militante qui lui donne du sens et du fondement.

3.1 Les finalités du projet ou le « *projet-visée* »

Le « *projet-visée* » constitue en soi les finalités du projet, les objectifs à atteindre. Si l'objectif principal reste de répondre aux besoins des usagers, il faut également que tous les acteurs territoriaux s'y reconnaissent au travers d'objectifs transversaux.

3.1.1 Répondre aux besoins des usagers : des besoins physiologiques aux besoins sociaux...

Les besoins de la population âgée de La Désirade ont évolué ces dernières années et continuent à évoluer. À la fin des années 1990, souvent très entourés, les aînés ne semblaient n'avoir besoin que de soins infirmiers techniques ou d'aide aux soins d'hygiène, d'où la création en premier lieu du service de soins. Par la suite, les aidants familiaux, de moins en moins disponibles, ont contribué à l'apparition de nouveaux besoins en aide et en accompagnement, qu'il a fallu organiser en créant un service complémentaire d'auxiliaires de vie sociale. Aujourd'hui, l'isolement de plus en plus important et l'insécurité consécutive à de l'habitat inadapté imposent la mise en place d'un hébergement permanent. Malgré la coordination des différents services d'aide au

⁷⁰ ARDOINO J., 1984, « Pédagogie du projet ou projet éducatif ». *Pour*, Numéro 94- Mars/avril 84. pp. 5-13.

maintien à domicile, je perçois quotidiennement les limites de cette organisation. Je ne vois pas comment le GCSMS pourrait éviter complètement isolement et insécurité, sans passer par la mise en place d'une structure collective. Les usagers ne réclament pas forcément et directement un hébergement, mais se plaignent de solitude et craignent pour leur sécurité. Envisager de quitter son habitation est un processus long qui ne peut se construire sans que soit concrètement visualisée une autre forme de domicile. Or, aujourd'hui à la Désirade, rien n'est visualisable. Les possibilités « d'ailleurs » ne peuvent donc pas se dessiner. Certains usagers sont en attente de solution face à leur isolement, mais seuls les professionnels qui les accompagnent, parlent de l'hébergement comme un besoin. De même que l'acceptation d'un recours à des intervenants professionnels pour réaliser des actes de soins, puis d'aide, s'est faite petit à petit ; je suis convaincue que les personnes âgées intégreront progressivement la possibilité d'une vie en institution dès lors qu'elle sera matérialisable.

Le GCSMS cherche à répondre à l'intégralité des besoins des personnes souffrant d'incapacités en organisant un mode d'hébergement adapté qui prenne en considération l'ensemble de leurs besoins au sens où le définit Virginia Henderson⁷¹. Au-delà des besoins physiologiques et de sécurité, il faudra répondre aux besoins de communiquer, d'agir selon ses croyances, de s'occuper, de se divertir et d'apprendre. Le groupement envisage une structure à taille humaine, à caractère familial, une maison, permettant par le choix de son implantation de conserver ou de recréer les liens sociaux. Une maison collective mais personnalisable où chacun pourra recréer son espace psychique.

3.1.2 Prendre en considération les attentes des aidants

Ce projet doit aussi obligatoirement prendre en considération les attentes des aidants familiaux qui accompagnent les usagers. Elles tournent systématiquement autour d'une solution de répit. Ils souhaitent pouvoir « souffler un peu », s'absenter une journée pour se rendre en Guadeloupe, et même un peu plus longtemps si besoin. Il faut donc pouvoir coupler au sein de cette maison d'accueil de l'hébergement permanent, de l'hébergement temporaire et de l'accueil de jour. Le simple fait de savoir que cette dernière solution soit possible permettra de soulager l'angoisse des aidants ; ils se projeteront vers le « possible » et ne se retrouveront plus dans l'impasse qu'ils connaissent actuellement. C'est un élément psychologiquement aussi important que la dimension physique. Le GCSMS pourra à la fois leur proposer une réelle opportunité de répit, mais également leur

⁷¹ Selon le modèle de l'américaine Virginia Henderson (1897-1996), les besoins fondamentaux de l'être humain peuvent être classés selon une liste ordonnée de 14 besoins.

permettre d'envisager, à plus ou moins long terme, une autre solution d'accompagnement pour celles ou ceux qu'ils soutiennent quotidiennement.

3.1.3 Contribuer à la mise en place d'un réseau territorial de travail social

Nous l'avons vu, il est essentiel que les acteurs du territoire s'investissent dans un réseau de travail social. Ce projet ne doit pas être « le nôtre » ; personne n'en est « propriétaire », chaque acteur devant pouvoir se l'approprier et y participer. Il ne prendra sens que s'il fait l'unanimité et pourra alors s'inscrire dans une logique d'utilité territoriale. Si le GCSMS initie ce projet, c'est également à lui et donc à moi, de favoriser la mise en place d'un travail en réseau. Ce projet de structure d'hébergement constituera le point de départ de la création d'un réseau. À travers un tel projet, important pour un si petit territoire, les acteurs sociaux apprendront à mieux se connaître. Certains interviendront au sein de la structure quotidiennement, d'autres occasionnellement voire très ponctuellement ; il n'importe ! Chacun devra trouver légitimité à son intervention. Au-delà de ce projet, les acteurs du réseau seront en mesure de se retrouver autour de nouveaux projets d'action sociale.

3.1.4 Le concept spécifique retenu : la maison d'accueil familial

Il s'agit aujourd'hui de construire, sur le terrain communal dédié à un projet d'hébergement pour personnes âgées, une maison d'accueil familial. Cette MAF sera architecturalement conçue pour deux accueillants familiaux et permettra l'accompagnement d'un maximum de six personnes (âgées ou en situation de handicap). Deux places d'accueil de jour sont prévues permettant de soulager les aidants familiaux qui bénéficieront alors chacun de deux à trois journées de répit par semaine.

Sa construction au sein du bourg de La Désirade, à proximité de la marina, garantira à ses habitants, accueillants comme accueillis, la proximité avec les commerces, services et associations, favorisant d'autant le maintien du lien social.

La commune de La Désirade sera propriétaire du terrain et du bâtiment. Elle les entretiendra en s'appuyant sur son service technique. Elle confiera sa gestion au GCSMS « Ti KAZ » d'ores et déjà gestionnaire des services de soins infirmiers et d'aide à domicile. La commune a en effet tout intérêt à externaliser la gestion de cette structure. Elle ne dispose pas actuellement en interne, des compétences nécessaires. Elle devra donc, soit envisager de former un professionnel et lui dégager du temps de travail, soit engager un gestionnaire par recrutement externe, alors même que l'impact financier est 40% plus élevé dans le secteur public que dans le privé (prime de vie chère en Guadeloupe). Ce principe de gestion externalisée avait d'ailleurs déjà été recommandé par le Conseil départemental lors du projet MARPA. Connaissant les difficultés

rencontrées par certaines communes dans la gestion de structures sociales et médico-sociales, le département estimait non négligeable l'impact financier. Il insistait également sur le risque de crise sociale plus important dans le secteur public.

Le service de soins infirmiers à domicile interviendra au sein de la MAF pour dispenser aux personnes accueillies les soins infirmiers techniques et d'hygiène nécessaires, soulageant d'autant les accueillants familiaux. La proximité de la MAF avec le bâtiment municipal dédié à l'installation des professionnels libéraux facilitera les consultations médicales et de kinésithérapie.

Les personnes accueillies pourront bénéficier d'un certain nombre d'aides financières applicables à domicile (APL, APA, PCH...), mais aussi de l'aide sociale. Il serait impensable de construire cette MAF sans avoir eu préalablement la certitude que le Conseil départemental l'habilitera à l'aide sociale.

Cette MAF sera un domicile à part entière au sens où nous l'avons précédemment défini, même si la définition du « domicile » que donne le code civil constituera un point de vigilance sur lequel nous reviendrons. Comme nous l'avons vu dans un chapitre précédent, le domicile est à la fois un espace social et un espace psychique. Il sera espace social partagé entre accueillant et accueilli mais devra être espace psychique individuel.

Un domicile pour les accueillants familiaux.

Le choix d'assurer de l'accueil familial salarié peut faire craindre de perdre le sens de l'accueil familial et de transformer plus ou moins consciemment cette MAF en établissement d'hébergement classique, faisant fi de la notion de domicile. Ce sont d'abord aux gestionnaires, que sont les administrateurs et la direction du GCSMS, d'être conscients du risque de dérive et de non-respect des lieux comme espace privé des personnes. En devenant trop intrusifs ou trop présents au sein de la MAF, en la considérant uniquement comme leur établissement, ils risquent effectivement d'en perdre la valeur famille et donc de domicile. La confiance n'empêche pas le contrôle, mais de manière excessive, il met en doute la confiance et risque de provoquer une impression de harcèlement chez les accueillants et de non-respect de leur vie privée. La MAF ne gardera son caractère familial que si les accueillants se sentent réellement chez eux et sont en mesure de partager leur vie familiale. Les gestionnaires du GCSMS et la direction veilleront également à mettre en place des heures de visites précises pour les familles et amis via un règlement de fonctionnement.

Un domicile pour les personnes accueillies.

Avant tout accueil, une période d'adaptation sera organisée comme cela existe déjà dans de très nombreuses structures d'hébergement. La proximité entre domicile d'origine et MAF permettra de prévoir des journées de rencontre entre accueillant et personne accueillie sans grande difficulté. L'accueil en journée, préalablement à un accueil permanent, pourra constituer une période d'adaptation pertinente.

Il est également prévu que les personnes accueillies puissent s'installer avec leur mobilier. Le respect de l'espace personnel que représente la chambre est primordial ; pouvoir y conserver objets et meubles personnels facilitera l'acceptation de ce lieu comme nouveau domicile.

3.2 Stratégie de mise en œuvre du projet

3.2.1 Mobiliser les élus locaux, partenaires incontournables

Il existe un lien entre territoire et réseau, et un petit territoire bien défini comme celui de La Désirade devrait être à même de développer une collaboration étroite entre socioprofessionnels et pouvoirs publics. Mais, comme le rappelle Marcel Jaeger (2003) « *la seule référence géographique à une relation de proximité dans un territoire donné n'est pas une garantie absolue pour l'émergence d'un travail en réseau.* »⁷² Preuve en est que plusieurs projets n'ont jamais abouti. Nous l'avons déjà évoqué, les élus, jusqu'à ce jour, ne semblent pas avoir pris la mesure de l'urgence sociale dans laquelle se trouvent certaines personnes âgées. Cependant, l'élection en mars 2014 d'une nouvelle équipe municipale, l'élan de mutualisation insufflé par la mise en place d'un GCSMS, l'intérêt porté au territoire par l'Agence régionale de santé lors de l'organisation d'un forum santé sur l'île en novembre 2014, sont autant d'éléments qui permettent d'entrevoir de nouvelles pistes de collaboration et de développement de l'activité sociale et médico-sociale. Le territoire ne fera pas l'impasse sur une mutualisation de ses moyens et devra s'appuyer sur les prestataires existants, associatifs ou communaux, pour pérenniser le fonctionnement de la MAF. Il se doit d'ores et déjà de proposer à sa population âgée, une réponse à ses besoins, en organisant l'accès à des prestations adaptées, à domicile comme en structure d'hébergement.

⁷² JAEGER M., 2003, « Travail en réseau et logiques de territoire », *Les cahiers de l'Actif*, N°324/325, p 49.

La création d'une MAF sur l'île ne peut donc être que le fruit d'une co-construction entre le CGSMS et la commune de La Désirade. Un comité de pilotage du projet, avec comme président le maire, a été créé en octobre 2014. S'il a travaillé dans un premier temps à la réalisation de l'enquête « Seniors 2015 », il s'assure désormais de l'avancée des démarches du projet de MAF, qu'il a validé.

La nouvelle élue au Conseil départemental, d'origine désiradienne, a été rapidement sensibilisée aux besoins de la population âgée. Elle a assuré l'administrateur du GCSMS de son soutien et considère le concept pertinent et adapté au territoire. Elle est actuellement en attente d'un dossier précis sur l'investissement nécessaire, pour aider à mobiliser les financeurs.

3.2.2 Réfléchir en amont avec les autorités de contrôle et de tarification

Depuis la loi HPST⁷³, les Agences régionales de santé établissent leurs schémas régionaux médico-sociaux, qui se coordonnent avec les schémas des Conseils départementaux. Ils programment pour les cinq ans à venir les ouvertures d'établissements ou de services, au regard des besoins des territoires qu'ils gèrent, en fonction des perspectives d'évolution de la population et en accord bien sûr avec les politiques publiques nationales. On ne peut donc plus, comme cela avait été le cas au début des années 2000, pour la création du service de soins infirmiers à domicile, présenter un dossier de création de structure devant une commission et tenter de convaincre. Il faut désormais répondre à un appel à projet.

La venue sur La Désirade, en novembre 2014, lors d'un « forum santé », des ACT et de la CGSS, a été l'occasion d'entretiens sur la problématique des limites du maintien à domicile et les besoins des personnes âgées désiradiennes. Ces rencontres m'ont permis d'enclencher des réflexions intéressantes. Je suis convaincue que ces décideurs doivent être co-constructeurs des projets sociaux ou de santé du territoire, au même titre que les élus locaux. Il est utopique de vouloir créer une structure d'hébergement quelle qu'elle soit si, dès le début, le Conseil départemental et l'Agence régionale de santé ne valident pas l'idée.

Même si la création d'une MAF ne rentre pas dans le cadre de la procédure d'appel à projet, j'ai prévu de faire valider, de façon régulière, les avancées du projet par la Direction de l'autonomie au Conseil départemental. Le concept de maison d'accueil que le GCSMS envisage sera présenté avant la fin de l'année 2015 au service gestionnaire de l'accueil familial en Guadeloupe. Les professionnels de ce service (assistants sociaux et

⁷³ Op. Cit., p 44.

psychologue) avec qui j'ai déjà échangé par téléphone seront à même de percevoir le caractère réalisable ou non de l'organisation choisie. Nous le verrons dans le chapitre suivant, certains des choix que je propose sont différents de ce qui est pratiqué ou autorisé actuellement par le département ; il faudra donc les expliquer et mettre en avant les perspectives qu'ils ouvrent, face à des socioprofessionnels expérimentés.

Le conseil départemental devra valider :

- L'habilitation à l'aide sociale.
- L'agrément systématique de trois personnes accueillies par accueillant.
- L'accueil de personnes en situation de handicap et/ou de personnes âgées.
- L'accueil permanent, temporaire et de jour.
- L'accueil de personnes en GIR 1 et 2.
- L'agrément du GCSMS comme employeur d'accueillants familiaux.

Ce sont autant de réflexions qu'il faut mener en amont avec le Conseil départemental auquel sera associée l'Agence régionale de santé puisque le SSIAD interviendra en soutien aux accueillants familiaux.

Sans un accord précis sur les modalités de fonctionnement de la MAF et sans les autorisations nécessaires délivrées par le Conseil départemental, la municipalité n'engagera aucun investissement.

3.2.3 Stratégie managériale et communication interne

La création de cette MAF, dans laquelle le GCSMS sera particulièrement impliqué, a nécessité de ma part une réflexion préalable sur la stratégie de communication du projet en interne. Tout directeur, tout cadre, doit être conscient des limites que les équipes ou les salariés encadrés peuvent poser s'ils n'adhèrent pas à un projet. Frederick Mispelblom Beyer (2010) démontre que le cadre est avant tout contraint par ses équipes⁷⁴. Elles sont décrites dans son ouvrage comme anciennes ou nouvelles, syndiquées ou pas, plus ou moins honnêtes et investies... Elles obligent le cadre à adapter ses stratégies d'encadrement et de communication. Les équipes sont en effet en capacité de limiter les actions du directeur et même de s'y opposer. Il ne peut faire sans trouver de compromis et arriver à des accords.

Il m'a semblé pertinent de présenter ce projet d'abord comme une réponse aux besoins des usagers, mais également comme une réponse aux questionnements et aux

⁷⁴ MISPELBLOOM BEYER F., 2010, *Encadrer, un métier impossible ?*, 2ème édition, Paris : Armand Colin, pp116-121.

inquiétudes des équipes face aux limites du maintien à domicile et de leur travail. Il est nécessaire que les équipes sachent que ce projet est né de leurs observations et de leurs remontées. Elles sont les expertes de terrain et la direction en tient compte. Le GCSMS ne répond pas à un appel à projet ; il tente de faire comprendre ses difficultés et de faire connaître les besoins des usagers aux décideurs et aux financeurs... La démarche est différente.

J'ai présenté les grandes lignes du projet en réunion d'équipe et animé ensuite des échanges notamment sur les prestations qu'il sera nécessaire de mettre en place. J'ai également dû régulièrement apporter certaines informations, plus techniques, sur ce qui est réalisable ou ce qui ne l'est pas, et sur les différentes réglementations que tout le monde ne maîtrise pas. J'ai choisi d'accepter de répondre à certaines questions sur l'avancée du projet de façon plus informelle, lors des pauses café ou lors d'entretiens individuels avec des salariés.

Il est primordial que les salariés se projettent dans un avenir professionnel qui évolue, qui s'améliore, pour eux et pour les usagers qu'ils accompagnent. Il en va de leur envie de continuer à s'investir dans leur travail malgré les nombreuses difficultés rencontrées.

Par ailleurs, pour certains, ce projet est l'occasion d'une nouvelle orientation professionnelle. Des auxiliaires de vie ou des aides-soignantes peuvent envisager d'être candidates à un agrément d'accueillant familial par exemple, d'autres de devenir remplaçantes... Tout cela, avant de se préparer concrètement, se réfléchit et peut faire l'objet d'un questionnement plus personnel que l'on se doit d'accompagner.

3.2.4 Impliquer la population dans le projet pour inscrire la MAF dans le territoire

De promesses électorales en pré-projets diffusés par voie médiatique, la population entend parler de l'ouverture d'une structure pour personnes âgées sur le territoire depuis de nombreuses années déjà. Les personnes présentes en juin 2015, à la réunion de présentation des résultats de l'enquête « Seniors 2015 », ont été très surprises d'apprendre que rien n'est finalisé à ce jour. Pour le grand public, les choses sont simples ; La Désirade a besoin d'une structure pour les personnes âgées qui ne peuvent pas rester chez elles ... Donc elle en aura une... Pour certains, ce sera une maison de retraite qui attirera du monde de Guadeloupe et créera de l'emploi, pour d'autres, quelque chose de plus intimiste en adéquation avec notre mode de vie insulaire. Ils ont tous peu conscience des difficultés auxquelles il faut faire face pour aboutir à un tel projet, qui plus est sur un territoire minuscule, sans grand financement, dans un contexte général de baisse des investissements publics.

En tant qu'acteur du secteur médico-social, le GCSMS doit sensibiliser la population aux besoins des plus âgés souffrant d'incapacité, mais aussi aux réalités économiques du

secteur social et médico-social. Je dois faire comprendre à la population, qu'en tant qu'aidants d'usagers ou usagers potentiels de cette maison d'accueil, elle est promotrice tout comme le GCSMS, du projet. Le rôle du groupement consiste à accompagner les personnes vers la reconnaissance de leur droit à bénéficier d'un service adapté à leur situation. Sans une réelle volonté politique, il ne sera pas en mesure, seul, de mener à bien un tel projet. C'est à la population en général et plus particulièrement aux bénévoles militants des associations locales (club du troisième âge, gestionnaires du SSIAD et du SAAD...) de pousser les politiques. C'est un projet que les Désiradiens doivent porter. C'est en le portant qu'ils l'intégreront. C'est en l'intégrant qu'ils accepteront d'y entrer. C'est en y entrant qu'ils en feront une solution pérenne.

3.2.5 Faire reconnaître les particularités territoriales qui obligent à quelques dérogations

À travers ce projet spécifique, ce sont toutes les particularités territoriales qu'il s'agira de faire reconnaître par les ACT. Elles ne sont pas assez prises en considération aujourd'hui. Par exemple, le coût de fonctionnement à la place du service de soins infirmiers est systématiquement comparé avec celui des autres services de Guadeloupe. Le financement des heures d'auxiliaires de vie ne fait l'objet d'aucune majoration malgré des frais de fonctionnement supérieurs, liés à la petitesse du service et à la double insularité du territoire qu'il couvre. Au-delà de l'aspect purement financier, il est également difficile de faire tomber les barrières administratives ou législatives... Il est difficile de faire comprendre que, ne pouvant multiplier le nombre de structures ; il faudra être en mesure d'accueillir au sein d'une seule entité des publics très différents... Les caisses de retraite qui lancent des appels à projets pour mettre en place des réponses aux besoins de leur population de prédilection que sont les personnes en GIR 5 et 6, devraient accepter que soient également concernées par le projet présenté, des personnes en GIR 1 ou 4... Le Conseil départemental et l'Agence régionale de santé devraient autoriser l'accompagnement de personnes souffrant de fortes incapacités en accueil familial ou en structure non médicalisée, sous couvert de conventionnement avec un service de soins ou des professionnels libéraux. La barrière de l'âge doit également être levée. La MAF devrait pouvoir accueillir des personnes âgées comme des personnes en situation de handicap.

Il s'agira à travers ce projet de prouver que l'organisation proposée garantit le respect des droits des usagers. Il faut obtenir la confiance des autorités décisionnelles pour qu'une fois pour toute, certaines barrières soient levées et que les projets qui ne rentrent pas dans les cadres officiels prédéfinis, aient tout de même une chance d'être étudiés.

3.3 Axes de déploiement du projet

3.3.1 S'approprier le cadre juridique de l'accueil familial

Déjà en 2008, dans son rapport parlementaire⁷⁵, Valérie Rosso-Debord, rappelait tout l'intérêt de l'accueil familial qui permet « *d'offrir aux personnes accueillies, au-delà du seul hébergement, un cadre de vie familial et sécurisant afin de lutter contre l'isolement* », mais également toutes les difficultés rencontrées par ce mode d'accueil. Elle dressait par la suite, une liste de dix propositions pour améliorer l'accueil familial et l'adapter aux besoins de notre société et des personnes accueillies. Malgré quelques améliorations apportées par les textes, la longueur des procédures d'agrément et la complexité du statut d'accueillant restent aujourd'hui un frein à son développement sur le territoire national.

Le cadre juridique de l'accueil familial

« L'accueil par des particuliers, à domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou de personnes handicapées adultes n'appartenant pas à leur famille jusqu'au 4^{ème} degré inclus, est une activité réglementée par le Code de l'Action Sociale et des Familles et placé sous le contrôle du président du Conseil départemental. »⁷⁶

L'accueil familial a été organisé par la loi du 10 juillet 1989⁷⁷. Depuis, il a connu plusieurs adaptations législatives :

- En 2002, par l'article 51 de la loi de modernisation sociale n° 2002-73⁷⁸ qui a modifié les dispositions de la loi de 1989 et qui, par décrets a réformé la procédure d'agrément, amélioré le statut des accueillants familiaux (sans pour autant leur donner le statut de salarié) et fixé un modèle de contrat négocié entre la personne accueillie à titre onéreux ou son représentant légal et l'accueillant familial.

⁷⁵ ROSSO-DEBORD V., 2008, Vers un nouvel accueil familial des personnes âgées et des personnes handicapées, rapport parlementaire, p6.

⁷⁶ MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, Direction générale de la cohésion sociale, janvier 2013, Guide de l'accueil familial pour les personnes âgées et les personnes handicapées, Paris, éditions DICOM, p11.

⁷⁷ MINISTÈRE DE LA SOLIDARITÉ DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, LOI n°89-475 du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes, Journal Officiel du 12 juillet 1989, abrogé le 23 décembre 2000, [consulté le 21/03/2015], disponible sur internet : <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000322092>.

⁷⁸ MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, LOI n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, Journal Officiel du 18 janvier 2002 page 1008, [consulté le 21/03/2015], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000408905&categorieLien=id>

- En 2007, par l'article 57 de la loi du 5 mars 2007⁷⁹ instituant le droit au logement opposable, qui a autorisé des personnes morales, de statut privé ou public, à recruter, en tant que salariés, des accueillants familiaux.

Les accueils familiaux peuvent être permanents, temporaires, séquentiels à temps plein ou à temps partiel, en chambre individuelle ou en logement indépendant sous certaines conditions (article L444-1 du CASF).

Le département est chargé de délivrer les agréments des accueillants familiaux, d'organiser la formation initiale et continue des accueillants familiaux agréés, d'effectuer le contrôle des conditions d'accueil ainsi que le suivi social et médico-social des personnes accueillies.

Il existe aujourd'hui deux modes d'accueil :

- l'accueil direct, de gré à gré, de personnes âgées ou handicapées, par des accueillants familiaux agréés ;
- le salariat d'accueillants familiaux, par une personne morale de droit public ou de droit privé, autorisée par le Conseil départemental à être employeur d'accueillants familiaux, eux-mêmes agréés.

L'accueil familial en France aujourd'hui

Dans son étude récente⁸⁰, Catherine Horel estime à 9742 le nombre d'accueillants agréés en France, alors qu'ils étaient 8950 en 1996, soit une augmentation de moins de 9% en 17 ans. La possibilité d'accueil s'élève à 18 600 places. On note une importante disparité entre les départements qui ne semblent pas tous mener la même politique de développement de ce type d'accueil sur leur territoire. Certains n'ont que 2 accueillants agréés alors que d'autres en totalisent plus de 500. Les agréments sont de plus en plus délivrés pour trois personnes, alors que le nombre de trois constituait une dérogation il y a encore quelques années.

Le taux d'occupation serait en moyenne de 80% ; l'accueil familial serait donc sous exploité. Mme Horel envisage comme explications entre autre : la méconnaissance par les professionnels et le grand public de ce type d'accueil, des accueillants agréés par

⁷⁹ MINISTÈRE DU LOGEMENT, DE L'ÉGALITÉ DES TERRITOIRES ET DE LA RURALITÉ, Loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale, Journal officiel du 06/03/2007, [consulté le 21/03/2015], disponible sur internet :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=36CBCEB101966E8BCDE60230278AA2D_E.tpdila23v_2?cidTexte=JORFTEXT000000271094&dateTexte=29990101

⁸⁰ HOREL C., 2014, *L'accueil familial des personnes âgées ou handicapées, État des lieux 2014*, Institut de formation de recherche et d'évaluation des pratiques médico-sociales, p7.

principe mais qui n'utilisent pas ou plus l'ensemble de leurs places, un coût proche de celui d'un établissement, ou une offre éventuellement inadaptée aux besoins.

L'accueil de jour, dans le cadre de l'accueil à temps partiel, tend à se développer sous l'impulsion de quelques départements, mais reste encore à ce stade assez rare. Certains accueillants en avaient fait une spécialisation comme en Loire-Atlantique, mais ont arrêté devant des taux d'occupation trop faibles pour être rentables.

Les personnes accueillies sont entre 14 et 15 000 alors qu'elles étaient moins de 12 000 en 1996, soit une augmentation de 24% nettement supérieure à l'augmentation du nombre d'accueillants agréés, mais logiquement en relation avec le nombre de plus en plus important d'agrément accordés pour trois personnes.⁸¹ Elles sont environ réparties à part égale entre personnes âgées et personnes handicapées. Ces dernières vieillissant, la distinction est trop infime pour donner plus de précisions aux informations recueillies auprès des conseils départementaux.

L'accueil familial salarié est quant à lui encore très peu répandu. Il ne représente que 1.42%⁸² du nombre d'accueillants et concerne plus particulièrement l'accueil de personnes en situation de handicap. Seulement 17 départements français ont autorisé des employeurs d'accueillants familiaux

L'accueil familial en Guadeloupe

Fin 2013, 185 accueillants familiaux sont agréés en Guadeloupe pour 282 personnes accueillies. Le Conseil départemental est en charge des agréments et du suivi des accueillants. En Martinique, département voisin, ce suivi est confié à une association indépendante.

Un entretien réalisé avec l'une des assistantes sociales en charge des dossiers d'agrément et du suivi des accueillants familiaux sur une partie du territoire guadeloupéen, m'a permis de me rendre compte que les difficultés rencontrées sont identiques à celles observées en métropole. Les textes ne sont pas suffisamment précis sur les pré requis pour devenir accueillant familial, ce qui complique le travail de celles et ceux qui doivent instruire les dossiers. Souvent les prétendants à l'agrément n'ont pas mesuré l'ampleur de la tâche. Elle me confirme également que la majorité des accueillants familiaux sont des femmes d'un certain âge, principalement seules, ce qui pose question quant au caractère familial de l'accueil et à l'investissement psychique et physique qu'il représente.

⁸¹ Ibid., p40.

⁸² Ibid., p71.

Le Conseil départemental tolère que soient accueillies des personnes en GIR I et II mais limite au maximum cette tolérance, même si les textes officiels ne font pas état de contours particuliers.

Les remplacements sont organisés aux domiciles d'autres accueillants agréés. Les personnes accueillies sont donc délogées lors des vacances de l'accueillant familial. Il n'existe pas d'autre système de remplacement sur le département.

3.3.2 Tenir compte d'un certain nombre de points de vigilance

Tout au long du déploiement de ce projet, il ne faudra pas perdre de vue un certain nombre de points de vigilance ; risques et limites issus de l'expérience des autres et réglementations complexes doivent constamment m'alerter et m'obliger à prendre le temps de la réflexion avant d'agir, que ce soit durant la phase de réalisation du projet ou par la suite, quand il s'agira de gérer la structure.

Des expériences révélatrices de difficultés

Envisageant la création d'une MAF et sa gestion par le GCSMS comme employeur des accueillants familiaux, je me suis particulièrement intéressée aux expériences d'accueillants familiaux salariés ou d'employeurs d'accueillants.

Les entretiens que j'ai pu réaliser avec certains acteurs de l'accueil familial salarié, les recherches⁸³ et lectures effectuées, font clairement apparaître un certain nombre de difficultés de ce mode d'accueil :

Pour les employeurs :

- La complexité administrative rend la gestion difficile. L'accueillant familial doit signer un contrat d'accueil avec chaque personne accueillie (contrat de droit privé), mais également un contrat de travail avec son employeur toujours pour chaque personne accueillie. En cas de problème (nombre de personnes accueillies inférieur au nombre de places agréées, rupture de contrat, démission), il faut se référer à différents codes (code du travail et code de l'action sociale et des familles, voire code de la fonction publique...) ; ce qui ne clarifie pas les éventuelles situations conflictuelles.

⁸³ En particulier sur le site <http://www.famidac.fr>

- Les accueillants ne sont pas dans l'obligation d'accepter les personnes proposées par l'organisme employeur. Le contrat d'accueil signé entre l'accueillant familial et la personne accueillie est un contrat de droit privé.
- La limitation à 258 journées travaillées par an pose un problème de remplacement ; il est compliqué de les organiser, en particulier lorsque la personne accueillie reste au domicile de l'accueillant. Déloger la personne accueillie, pendant les congés de l'accueillant, semble par ailleurs illogique au regard des valeurs de l'accueil familial ; la maison d'accueil devant se substituer au domicile de la personne accueillie. En emploi de gré à gré, l'accueillant familial peut se faire remplacer sur de courtes périodes, par une personne non agréée. Ce qui s'avère impossible en accueil familial salarié, le remplaçant devant être agréé.
- Le budget est difficile à équilibrer. Il faut avoir bien anticipé l'ensemble des charges potentielles. Le budget prévisionnel doit être calculé soit avec un taux d'occupation en deçà du taux plein ou avec des indemnités de sujétions moyennes.
- La collaboration avec le Conseil départemental est primordiale. Il est le seul en mesure d'agréer les accueillants familiaux et le GCSMS comme employeur d'accueillants familiaux. Or, pour équilibrer son budget, il faut que le Conseil départemental accorde systématiquement trois accueils potentiels par accueillant.

Pour les accueillants salariés :

- L'espace privé des accueillants salariés est parfois difficile à protéger face à des employeurs trop intrusifs qui les sollicitent en permanence ou effectuent de nombreuses visites. L'équilibre entre vie privée et vie professionnelle est ici particulièrement délicat.

Un entretien téléphonique avec le maire d'une commune du sud de la France m'a particulièrement alerté sur l'ensemble de ces difficultés. En 2007, cette commune s'était associée à d'autres communes de la région et avait fait confiance à un promoteur privé qui leur avait vendu le concept de « maison d'accueil familial » comme réponse idéale aux besoins de leur population âgée, génératrice qui plus est, de nombreux emplois non délocalisables. Quelques années plus tard, le bilan est dramatique et les communes sont en procès contre ce promoteur. Madame le maire ne considère pas aujourd'hui l'accueil

familial salarié comme de l'accueil familial : « *soit on fait de l'accueil familial en famille, soit on travaille dans une structure... le reste est bâtard !* ». Selon elle, les valeurs fondamentales de l'accueil familial ne sont pas respectées. Les accueillants familiaux n'ont pas pu être recrutés au niveau local. Les accueillants potentiels du territoire ne peuvent pas quitter le logement dont ils sont propriétaires, pour intégrer une MAF où ils deviennent locataires. Les accueillants sont donc recrutés bien souvent hors du département et sont en fait, pour la plupart, des femmes isolées. Elles n'hésitent pas à refuser l'accueil d'une troisième personne. Elles quittent parfois leur emploi tout en gardant leurs agréments, pour s'installer en privé. Le Conseil départemental se plaint d'instruire des dossiers qui, au final ne servent pas sur le département.

Les frais de fonctionnement du GCSMS constitué à l'époque ont été sous évalués ; couplés à l'insuffisance du nombre de personnes accueillies actuellement, ils plongent le groupement dans un gouffre financier.

« Domicile » : un terme de droit entre autre...

Très rapidement, je me suis posé la question de savoir si une personne accueillie au sein d'une maison d'accueil familial se trouvait vraiment à « domicile ». Le GCSMS a choisi de travailler à ce que ce projet d'accueil puisse constituer un domicile à part entière pour la personne accueillie, au sens d'espace social et psychique. Mais, cette notion de « domicile » se doit également d'être abordée sur le plan juridique.

Le code civil donne la définition suivante du domicile : « *Le domicile de tout Français, quant à l'exercice de ses droits civils, est au lieu où il a son principal établissement* »⁸⁴. La détermination du domicile permet de localiser les individus sur le territoire et provoque de nombreux effets aux niveaux civique, fiscal et civil. L'inviolabilité du domicile est l'une des libertés reconnues comme fondamentales et constitutionnelles. Elle se traduit par l'interdiction de s'introduire ou de se maintenir dans les lieux où habite une autre personne, sans son consentement et a fortiori contre son gré. De ce principe d'inviolabilité découle notamment le fait qu'une personne ne peut pas être expulsée de son domicile sans une décision de justice et le respect d'une procédure longue et précise. Or, le contrat initial, signé entre la personne accueillie et l'accueillant familial, prévoit que l'une ou l'autre des parties puisse mettre fin au contrat sans avoir à s'en justifier tout en respectant un délai de préavis de deux mois. En ce sens, l'accueil familial ne pourrait pas être « le domicile » de la personne accueillie, puisqu'elle pourrait se voir « expulsée » en deux mois, si, par exemple, l'accueillant familial ne se sentait plus en capacité d'accompagner une personne dont l'état de santé s'était soudainement dégradé ou si le comportement social de la personne accueillie n'était plus compatible avec un partage

⁸⁴ Code civil, Article 102.

des lieux de vie. Il en est de même dans le cas de l'hébergement d'une personne âgée en EHPAD où, bien qu'il puisse constituer son domicile et la chambre un lieu privatif, l'établissement peut mettre fin à cet accueil dans les conditions fixées par son contrat et dans un délai minimum légal de trois mois.

Nous pourrions alors parler de « résidence habituelle » plutôt que de « domicile », la « résidence habituelle » se définissant comme le lieu où l'on vit de façon habituelle. Mais ces deux notions pourtant distinctes sont parfois similaires, et la « résidence habituelle » en l'absence de « domicile » déclaré, provoquera les mêmes conséquences juridiques...

Par ailleurs, de nombreuses dispositions fiscales et sociales s'appliquent de façon identique à domicile comme en accueil familial, rendant d'autant plus complexe cette situation :

- Les personnes accueillies peuvent bénéficier des avantages fiscaux au titre des services à la personne⁸⁵.
- Les personnes accueillies éligibles à l'APA bénéficient d'une APA à domicile⁸⁶.
- Les personnes accueillies en situation de handicap bénéficient de la PCH à domicile⁸⁷.
- Les SSIAD peuvent intervenir chez les accueillants familiaux.
- L'APL est accordée au titre de la résidence principale.

Consciente qu'en cas de contentieux, les tribunaux pourraient ou non, retenir la notion de « domicile » dans le cadre de l'accueil familial, je pense qu'il reste cependant possible et intéressant de continuer à utiliser le terme de « domicile » dans le cadre du projet, priorisant ainsi les valeurs d'espace social et psychique sécurisant qu'il véhicule. Il n'en reste pas moins qu'il faut garder à l'esprit la définition juridique du terme et ses conséquences. Il faudra donc favoriser dialogue et recherche de solutions d'hébergement différentes, si une personne accueillie ne pouvait plus continuer à habiter au sein de cette future maison d'accueil.

3.3.3 Adapter l'organisation du travail et accompagner le changement

Les expériences difficiles de certains acteurs de l'accueil familial salarié que nous venons d'évoquer, m'ont particulièrement sensibilisée à l'obligation de bonnes relations entre

⁸⁵ Code des impôts article 199 sexdecies

⁸⁶ Code de l'action sociale et des familles, article L.232-5

⁸⁷ Code de l'action sociale et des familles, article L.245-1

accueillants familiaux salariés et direction du GCSMS employeur. Le GCSMS n'a aucun moyen d'imposer ni le nombre de personnes accueillies ni le choix de ces personnes. Seule une collaboration fructueuse permettra l'accueil des plus fragiles et la pérennisation du dispositif.

Des recrutements internes...

Le GCSMS peut tout d'abord s'appuyer sur son expérience en matière de gestion de personnel. Il est aujourd'hui le plus gros employeur de l'île après la commune. Il n'a connu aucun mouvement social depuis l'ouverture de son premier service en 2003, ce malgré un département d'implantation reconnu comme syndicalement sensible, qui a connu des conflits sociaux de grande ampleur.

J'ai présenté le projet à l'ensemble du personnel et je l'ai invité à se positionner. Deux auxiliaires de vie sociale diplômées d'État l'ont fait. Mères de famille et locataires de leurs logements actuels, leurs profils semblent potentiellement intéressants.

Mais aussi externes...

Le GCSMS sera également amené à embaucher de nouveaux salariés. Le recrutement externe de personnes habitant l'île ne devrait pas poser de problème. Le taux de chômage des jeunes désiradiens, en particulier des jeunes femmes, est important. Peu formées, elles postulent spontanément pour intégrer le service d'aide à domicile. Le groupement a d'ailleurs collaboré en 2010 avec Pôle-Emploi pour mettre en place sur l'île une formation d'auxiliaire de vie sociale à destination de ce public. Sur les 14 stagiaires, 12 ont obtenu leur diplôme et 2 une partie des modules. La plupart sont aujourd'hui salariées du SAAD. Par ailleurs, le SAAD travaille déjà avec des aides à domicile qui, compte tenu de leur âge, préfèrent n'effectuer que des remplacements et seraient donc susceptibles de suppléer aux accueillants.

Un accompagnement des demandes d'agrément...

Le GCSMS accompagnera les futurs accueillants familiaux dans leurs démarches d'agrément. Déjà longues et compliquées, ces dernières se verront complexifiées par la double insularité. Il faudra collaborer avec les services du Conseil départemental dès le début et s'assurer que les dossiers avancent en même temps. Les visites auprès des accueillants potentiels devront pouvoir être réalisées les mêmes jours pour éviter aux agents du Conseil départemental trop de déplacements sur l'île, source de reports réguliers. La demande d'agrément du GCSMS comme employeur d'accueillants familiaux s'effectuera en parallèle.

Du personnel à part entière...

Les accueillants familiaux salariés seront impliqués dans la vie du GCSMS au même titre que l'ensemble des salariés. Ils participeront aux formations professionnelles et aux réunions d'équipe. J'attache une importance particulière à la formation et à la professionnalisation des acteurs de terrain, gage à la fois d'amélioration de la qualité du service rendu et de reconnaissance pour les professionnels. La politique de formation du GCSMS est volontairement forte et s'appuie sur des aides financières plus favorables à des structures de moins de 11 ETP. La mutualisation des formations permet de faire venir sur l'île certains intervenants et limite les frais supplémentaires liés aux déplacements sur la Guadeloupe. Par ailleurs une attention particulière est apportée à ce que les personnels intègrent les formations proposées sur le plan sectoriel par l'OPCA.

Des remplacements qui s'appuient sur du personnel spécifique...

Les remplacements seront assurés par des personnes familialement plus disponibles, ayant choisi le travail occasionnel. Lors des repos, congés annuels, arrêts maladie, formations et réunions, elles intégreront l'espace dédié au remplaçant au sein de la MAF. Sur l'île, plusieurs femmes préretraitées assurent déjà des remplacements au sein du SAAD et accepteraient de se lancer dans la procédure d'agrément si elles étaient soutenues par le GCSMS.

3.3.4 Évaluer précisément le budget de fonctionnement pour assurer la pérennité du projet

Le Conseil départemental ne validera le projet que s'il est financièrement viable. Le budget de fonctionnement d'un service d'accueil familial salarié doit être réalisé en tenant compte des charges liées à la rémunération des accueillants et de celles relevant du fonctionnement du groupement. Je ne détaillerai pas ici l'ensemble des charges et produits qui composent ce budget de fonctionnement mais ils sont présentés en annexe⁸⁸. Ce budget s'équilibre grâce aux mutualisations mises en place. La gestion par le GCSMS existant, qui ne nécessite pas l'embauche complémentaire de personnel de direction ou administratif et l'entretien assuré par les services techniques communaux du bâtiment et du terrain, sont les deux éléments principaux qui permettent de réduire les charges de façon importante.

La rémunération des accueillants comporte des variables liées en particulier, au niveau de dépendance des personnes accueillies, au nombre d'accueillis, à l'évaluation des frais

⁸⁸ ANNEXE III

d'entretien... Pour le calcul prévisionnel, j'ai tenu compte des conseils d'une association d'accueillants familiaux⁸⁹.

Ce budget nécessite d'être confronté à l'expertise de gestionnaires de structures équivalentes, ce qui n'a pas été encore possible, d'une part parce que peu d'associations ou de communes gèrent exactement de cette façon une maison d'accueil et d'autre part parce qu'il est toujours difficile de parler finances... De nombreuses recherches et des entretiens m'ont permis de comprendre le fonctionnement de l'accueil familial, d'appréhender les difficultés, etc. Mais rarement d'obtenir des chiffres précis.

Par ailleurs, avant l'ouverture de la structure, quelques éléments de rémunération auront certainement évolué. Le budget prévisionnel de fonctionnement présenté en annexe sera donc à revoir. Il présente cependant l'intérêt de donner aujourd'hui une première idée du coût de revient envisagé, pour chaque personne accueillie.

La gestion rigoureuse du service de soins et celle encore plus complexe du service d'aide et d'accompagnement, que j'assure depuis plusieurs années, laissent à penser que je dispose des connaissances, des outils et des compétences nécessaires à la gestion d'une nouvelle entité.

3.3.5 Suivre le projet architectural et le plan d'investissement

Le projet architectural ne sera pas confié à un promoteur privé même s'ils sont encore nombreux à vendre des solutions miracles et à tenter de convaincre communes et investisseurs privés. Le comité de pilotage a choisi de travailler, comme plusieurs communes de métropole avec l'existant (bâtiments communaux réhabilités ou terrains communaux). La Désirade a acté depuis deux ans, la mise à disposition d'un terrain communal situé au centre bourg, pour la réalisation d'un projet d'hébergement pour personnes âgées. Ce terrain d'une superficie de 2200 m², s'est avéré trop petit pour une MARPA mais reste largement étendu pour accueillir une MAF.

La commune va devoir trouver les financements nécessaires à la construction de la MAF sur son terrain. Pour cela, elle a débloqué, dans le cadre d'un « contrat de développement durable territorial » (CD2T) signé avec la région, une enveloppe de 70 000€, permettant d'engager un consultant extérieur à même d'étudier la faisabilité du projet. Il calculera le budget d'investissement nécessaire au regard du cahier des charges réalisé par le comité de pilotage et du respect des normes en vigueur, notamment les normes HQE⁹⁰

⁸⁹ FAMIDAC, ASSOCIATION NATIONALE DES ACCUEILLANTS FAMILIAUX ET DE LEURS PARTENAIRES, disponible sur internet : <http://www.famidac.fr>

⁹⁰ Haute Qualité Environnementale : La Haute Qualité Environnementale est une démarche qui vise à limiter à court et à long terme les impacts environnementaux d'une opération de construction ou de réhabilitation, tout en assurant aux occupants des conditions de vie saine et confortable.

recommandées dans l'Agenda 21⁹¹ et les normes d'accessibilité. Ce consultant travaillera avec les bailleurs sociaux intervenant d'ores et déjà sur le territoire, experts dans la réalisation d'habitats intermédiaires pour les personnes âgées, facilitant d'autant la maîtrise des loyers.

La conception du bâtiment s'accompagnera bien entendu d'une réflexion plus globale sur l'aménagement des extérieurs pour permettre aux habitants de se déplacer aisément ou de s'approprier un espace de jardinage s'ils le peuvent et le souhaitent. Le climat antillais ensoleillé facilite la vie en extérieurs et permet un concept architectural spécifique.

3.4 Évaluation continue du projet

Alors même que le projet de MAF soit loin d'être abouti, le processus d'évaluation est déjà enclenché. Il s'agit d'évaluer les effets de ce projet, bien avant de mesurer l'atteinte des objectifs.

3.4.1 Évaluer les effets

Nous entendons par effets, les changements suscités par les actions et interventions réalisées dans le cadre du projet. Une action va produire un grand nombre de réactions, plus ou moins prévisibles voire complètement inattendues. Il s'agira d'être en capacité de les observer pour les analyser. L'exploration des effets relève d'une approche qualitative de l'évaluation qui doit être réalisée par l'ensemble des acteurs. Ces effets commencent éventuellement dès la planification du projet. Ils peuvent être observés tout au long du projet et parfois bien au-delà. L'observation et l'analyse des effets servent de base pour ajuster le pilotage du projet.

Il semble opportun que ce soit le comité de pilotage qui définisse dans un premier temps les objets sur lesquels il portera son attention, et qui, dans un deuxième temps, les enregistre, puisqu'il est en charge du suivi du projet et donc des réajustements nécessaires. J'ai donc sensibilisé les membres du comité de pilotage à l'observation et à l'enregistrement des effets du projet. Ils les rencontreront au détour d'un entretien, d'une réunion entre partenaires, de rencontres avec le public ou même de situations habituelles de travail.

Certaines actions déjà réalisées (enquête « seniors 2015 », réunions de services, intervention publique lors du forum santé...) ont produit des réactions positives, partagées

⁹¹ Op. cit., p11

en comité de pilotage. Certains acteurs territoriaux, en entendant parler du projet, ont réagi ; des personnels des services sont venus demander des précisions, partager des idées et même se positionner. Les entretiens avec des représentants institutionnels et des élus, ont été l'occasion de présenter le GCSMS. Le comité de pilotage a le sentiment que ce projet a déjà contribué à véhiculer une image d'un territoire qui se dynamise et tente de s'organiser. On note aussi que les relations de travail entre le GCSMS et le CCAS se sont multipliées et simplifiées, au-delà de celles induites par le projet lui-même.

À ce jour, aucun effet que l'on pourrait qualifier de négatif ou de préjudiciable n'a été observé. La concrétisation des différentes phases du projet engendrera certainement des « effets indésirables » qui obligeront à des réajustements.

Ce projet prend également le risque majeur de mettre à mal le militantisme associatif et l'investissement des professionnels si, une fois de plus, il avorte et laisse les aînés sans solution d'hébergement.

3.4.2 Mesurer le niveau d'atteinte des objectifs

Une fois la MAF ouverte, chaque objectif devra être évalué régulièrement : évaluation du niveau de satisfaction des personnes accueillies, des aidants familiaux et des professionnels dans un premier temps, puis évaluation de la dynamique territoriale de travail en réseau.

Il sera certainement difficile d'apprécier rapidement la portée du projet et l'efficacité de la réponse qu'il apporte aux besoins de la population, car il ne concernera concrètement et concomitamment que peu d'usagers. Cette évaluation reposera d'ailleurs plus particulièrement, sur des éléments qualitatifs recueillis à travers les entretiens auprès des personnes accueillies et des aidants familiaux.

Il faudra enregistrer les attentes des personnes accueillies lors de l'entrée dans la MAF et travailler avec elles, à la construction d'un projet d'accompagnement personnalisé, comme il est réalisé avec les usagers du service de soins. Ce PAP présente l'intérêt d'obliger à des évaluations régulières et à l'individualisation de l'accompagnement. En cela, il constitue un outil essentiel de travail et de mesure de l'objectif principal qui reste de répondre aux besoins de la personne accueillie.

Les professionnels de terrain du SSIAD, du SAAD ainsi que les employés du CCAS seront également à même de dire s'ils rencontrent toujours autant de situations sociales dramatiques à domicile ou s'ils notent une amélioration. Au-delà du « ressenti professionnel », le GCSMS sera en mesure de quantifier certains éléments. Le groupement dispose en effet d'une procédure de gestion des réclamations et des événements indésirables ; les formulaires associés à cette procédure permettent

l'enregistrement et donc la traçabilité du nombre et de la nature des événements indésirables rencontrés. La comparaison des données actuelles et futures sera particulièrement pertinente.

D'autres éléments quantitatifs comme le taux d'occupation, la stabilité des accueillants familiaux, l'équilibre financier, permettront de mesurer si ce type de structure est adapté à un territoire comme le nôtre.

À l'échelle de l'ensemble du territoire et en particulier auprès de la population désiradienne encore « non directement concernée par le projet », il sera par contre opportun de créer un système de captation de l'image que renvoie la structure. Si les Désiradiens intègrent cette maison d'accueil au sein de leur territoire et demandent à partager la vie familiale des accueillants beaucoup plus jeunes et beaucoup plus tôt, par choix et non plus seulement par obligation ; les administrateurs du groupement comprendront qu'ils avaient fait le bon choix.

Comme dans toute évaluation, il faudra analyser les résultats, entreprendre des actions correctives puis réévaluer, rentrant ainsi dans une logique d'amélioration continue de la qualité.

3.4.3 Au-delà de l'évaluation du projet, un Référentiel Qualité commun à l'ensemble des services du GCSMS...

Cette évaluation continue de la qualité des prestations dispensées au sein de la MAF, n'aura d'intérêt que si elle s'inscrit dans la logique d'amélioration continue de la qualité des prestations du GCSMS.

Depuis le regroupement des services en 2013, je travaille, comme le prévoit d'ailleurs la convention constitutive, à la mise en place d'outils communs de gestion. La création de nouvelles procédures et la réactualisation d'anciennes, sont désormais systématiquement réalisées de façon commune aux deux services. Le Document Unique de gestion des risques professionnels concerne depuis 2015 indifféremment l'ensemble des salariés du groupement.

Au-delà des outils de travail, c'est un projet institutionnel global qu'il faut concevoir. Le projet de service du SSIAD arrive à échéance ; je vais donc saisir l'occasion de réfléchir, avec les administrateurs, les personnels et les usagers, à un « projet de groupement », socle commun aux projets des trois services.

Parmi les axes de progrès envisagés par ce « projet de groupement » figure la mise en place d'un groupe de suivi qualité et la création du Référentiel Qualité GCSMS « TI KAZ ». Nous partirons du référentiel utilisé lors de l'évaluation interne du service de soins pour l'adapter à la fois, au service d'aide et d'accompagnement, mais également à

l'accueil familial. Il s'agira de proposer une base commune puis un référentiel spécifique à chaque service. Nous constituerons un groupe de suivi qualité composé à la fois, de membres du personnel, d'administrateurs et de représentants des usagers. Il travaillera dans un premier temps à la création du référentiel, puis ensuite aux évaluations et aux réajustements nécessaires. Le groupe se fera assister par un consultant spécialisé à même d'optimiser la démarche.

3.5 Conclusion de la troisième partie

Si le « *projet-visée* » semble quelque peu ambitieux puisqu'il se propose de répondre entre autre, à l'ensemble des besoins des usagers, tels qu'ils sont définis par V. Henderson, il n'en reste pas moins pertinent. Il est en adéquation avec les notions de bonnes pratiques professionnelles, en particulier celles qui promulguent la bienveillance et le respect des droits des usagers. Je pense utile de mobiliser sur un projet ambitieux et passionnant, mais je m'aperçois déjà qu'il est plus facile d'obtenir l'adhésion et la collaboration des professionnels de terrain et des aidants familiaux que des acteurs politiques. Ils sont quotidiennement confrontés à la réalité et mesurent l'urgence de la situation, contrairement aux élus qui doivent prioriser...

Les acteurs qui travaillent sur le projet, estiment aujourd'hui que le choix d'une MAF communale gérée par le GCSMS, semble être le plus adapté à la fois aux besoins et attentes des usagers, aux particularités territoriales et aux contraintes administratives et financières. Les axes de déploiement du projet sont bien engagés, seul l'axe projet architectural/plan d'investissement (3.3.5) bloque actuellement l'avancée du dossier et sa présentation complète aux ACT.

Les nombreux contacts pris dans le cadre de ce projet ouvrent aujourd'hui à de nouvelles perspectives ; des professionnels de l'accueil familial au Conseil départemental de Guadeloupe suivent de près l'évolution du projet pour évaluer comment il pourrait éventuellement être repris ailleurs sur le territoire guadeloupéen... Des directeurs de structures pour personnes âgées, sur d'autres îles, souhaitent rester en contact avec le GCSMS pour partager questionnements, expériences et idées... Ce sont des effets non prévus mais ô combien professionnellement dynamisants pour une directrice quelque peu isolée...

Conclusion

Ce mémoire a d'abord été l'occasion d'une rétrospective du travail réalisé auprès de la population âgée de La Désirade, par les administrateurs et les professionnels des services depuis maintenant plus de dix ans. Il m'a obligé à une prise de recul, à un temps d'analyse et de recherche, avant de concevoir une réponse adaptée aux nouveaux besoins et attentes des usagers. Il oblige désormais le GCSMS à redéfinir son projet institutionnel et à planifier des actions sur plusieurs années. En cela, il constitue un véritable défi pour un petit groupement qui va devoir continuer à mobiliser et à convaincre pour pouvoir dans quelques temps proposer aux Désiradiens une structure d'hébergement et d'accueil de jour.

La palette de services (aide, accompagnement, soins, transport, hébergement, répit) que le groupement sera en mesure de coordonner, s'inscrira précisément dans la philosophie politique qui guide la mise en place de la future « *loi d'adaptation de la société au vieillissement de la population* ». Les services de soins infirmiers et d'aide à domicile collaborent déjà quotidiennement ; la création d'un SPASSAD, proposé par les textes, ne devrait donc pas poser de problème majeur... L'ouverture de la MAF et en particulier ses potentialités d'accueil de jour, constitueront en soi une solution de répit pour les aidants familiaux, préconisée dans le projet de loi.

De même qu'aujourd'hui, les établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des jeunes souffrant de troubles psychiques, cherchent à répondre à l'ensemble de leurs besoins en créant des « dispositifs » qui évitent rupture de parcours d'accompagnement et « zéro solution » ; il semble pertinent que les services de maintien à domicile s'inscrivent dans cette même démarche et soient en mesure de proposer des alternatives au tout domicile quand celui-ci a atteint ses limites. Cette logique d'accompagnement global et individualisable constitue une dimension particulièrement intéressante de la fonction de directeur. Un des objectifs majeurs de son travail doit être de réussir à mettre en place de nouvelles prestations et à favoriser un travail en réseau, qui permet aux socioprofessionnels qu'il encadre, de trouver des réponses adaptées aux situations individuelles évolutives des usagers.

Bibliographie

OUVRAGES

AMYOT J.J., 2008, *Travailler auprès des personnes âgées*, 3ème édition, Paris : DUNOD, 402 p.

ANKRI J., HENRARD J.C., 2003, *Vieillesse, grand âge et santé publique*, 1ère édition, Rennes : ENSP, 277 p.

CÉBULA J.C., 1999, *L'accueil familial des adultes*, Paris : DUNOD, 190p.

CHAUVIÈRE M., 2010, *Trop de gestion tue le social*, 2^{ème} édition, Paris, Editions La Découverte, 217p.

DJAOUI E., 2014, *Intervenir au domicile - Politiques et interventions sociales*, 3ème édition, Rennes : Presses de l'EHESP, 293 p.

ENNUYER B., 2014, *Repenser le maintien à domicile – Enjeux, acteurs, organisation*, 2ème édition, Paris : DUNOD, 320 p.

ENNUYER B., 2004, *Les malentendus de la dépendance-De l'incapacité au lien social*, 1ère édition, Paris : DUNOD, 330 p.

HESLON C., 2008, *Accompagner Le grand âge - Psycho-gérontologie pratique*, 1ère édition, Paris : DUNOD, 244 p.

MEMBRADO M., ROUYER A., 2013, *Habiter et vieillir-Vers de nouvelles demeures*, 1ère édition, Toulouse : ERES, 278 p.

MISPELBLOOM BEYER F., 2010, *Encadrer, un métier impossible ?*, 2eme édition, Paris : Armand Colin, 320 p.

PIOU O., ROGER S., 2012, *Accompagnement et cadre de vie en établissement des personnes âgées atteintes de la maladie d'ALZHEIMER ou autres causes de dépendance*, DGCS, Rennes : Presses de l'EHESP, 176 p.

RAPPORTS, GUIDES, ÉTUDES

ARNAIZ-MAUME F., 2013, Observatoire des EHPAD, KPMG, 72p.

BROUSSY L., janvier 2013, L'adaptation de la société au vieillissement de sa population, Rapport de la mission interministérielle, 202 p.

CONSEIL GÉNÉRAL DE LA GUADELOUPE, 2010-2014, Schéma départemental en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées, 121p.

CORDIER A., 2006, La famille, espace de solidarité entre générations, Conférence de la famille, 94p.

HAUT COMITÉ POUR LE LOGEMENT DES PERSONNES DÉFAVORISÉES, octobre 2012, Habitat et vieillissement, Vivre chez soi, mais vivre parmi les autres, 17ème rapport, 82 p.

HOREL C., 2014, L'accueil familial des personnes âgées ou handicapées, État des lieux 2014, Institut de formation de recherche et d'évaluation des pratiques médico-sociales, 82p.

FOND NATIONAL DE LA SCIENCE, octobre 2008, Habiter et vieillir, Les âges du "chez soi", Rapport d'activité, Université de Toulouse Le Mirail, 198 p.

MARIE C.V., 2010, « Les DOM à l'horizon 2030 entre migrations, vieillissement et précarité : quel projet de société ? » Note pour le commissariat général à la stratégie et à la prospective.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, Direction générale de la cohésion sociale, janvier 2013, Guide de l'accueil familial pour les personnes âgées et les personnes handicapées, Paris, éditions DICOM, 131p.

MINISTÈRE DU TRAVAIL DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA FONCTION PUBLIQUE, Juin 2010, Vivre chez soi, autonomie, inclusion et projet de vie, Rapport de la mission « vivre chez soi » par A. Franco, 95 p.

OBSERVATOIRE REGIONALE DE LA SANTE DE GUADELOUPE, mars 2013, Les seniors en Guadeloupe, 12p.

RAYMOND M., ROUSSILLE B., STROHL H., 2009, Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées, RM2009-035P, Rapport de l'IGAS, 84p.

ROSSO-DEBORD V., Juillet 2011, La prise en charge de la dépendance en Europe, rapport d'information de la commission des Affaires européennes, 126 p.

ROSSO-DEBORD V., 2008, Vers un nouvel accueil familial des personnes âgées et des personnes handicapées, rapport parlementaire, 22 p.

SERRES J.F., 2014, Rapport MONALISA, Préconisations pour une mobilisation nationale contre l'isolement social des âgés, 144p.

ARTICLES, POLYCOPIÉS, CONFÉRENCES

AMADIO N., 2014, « L'espace et ses enjeux pour l'action sociale versus l'espace de vie comme enjeu de l'intervention sociale », *Laboratoire Cultures et sociétés en Europe*, Université Marc Bloch, Strasbourg, 9p.

ARDOINO J., 1984, « Pédagogie du projet ou projet éducatif ». *Pour*, Numéro 94-Mars/avril 84. pp. 5-13.

BOURDIEU P., 1984, « La jeunesse n'est qu'un mot », *Questions de sociologie*, Editions de Minuit, Ed 1992, pp 143-154.

BRIZAIS R., 2006, L'optimisation du rapport au monde, Polycopié de cours. Université de Nantes : UFR de Psychologie — Bibliothèque de section.

BRIZAIS R., 2005, « Du travail en équipe au travail en réseau-Rupture ou continuité ? », *Espace social* Revue du CNAEMO, CDRom n°11.

DIRECTION DE L'ANIMATION DE LA RECHERCHE DE L'ÉTUDE ET DES STATISTIQUES, février 2015, « Les services à la personne en 2013 », *DARES Analyses*, n°10, 11p.

GUERIN S., Octobre 2012, Colloque MIPES Mission d'information sur la pauvreté et l'exclusion sociale « Les aidants non professionnels, Pour qui ? Pourquoi ? Comment ? », Paris, Ubiquis, 2012, 37p.

JAEGER M., 2003, « Travail en réseau et logiques de territoire », *Les cahiers de l'Actif*, N°324/325, pp 49-57.

MOINE A., 2006, « Le territoire comme un système complexe : un concept opératoire pour l'aménagement et la géographie », *L'espace géographique*, Tome 35, p115-132.

ROBERT-BOBÉE I., 2006, « Projection de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 », *INSEE Première*, N°1089, p2.

SINIGAGLIA-AMADIO S., 2006, « Le travail associatif dans les quartiers dits sensibles, une action territorialisée. », *Colloque Territoires, Action sociale et Emploi*, Paris, 22 et 23 juin 2006, 16p.

LOIS, DÉCRETS, CIRCULAIRES

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DES AFFAIRES SOCIALES ET DU DROIT DES FEMMES, LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal Officiel n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184, [consulté le 28/06/2015], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

MINISTÈRE DU LOGEMENT, DES TRANSPORTS ET DE LA MER, LOI n°89-475 du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes, Journal Officiel du 12 juillet 1989, abrogé le 23 décembre 2000, [consulté le 21/03/2015], disponible sur internet : <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000322092>.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Journal Officiel du 03/01/2002 [visité le

28/06/2014] disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460>

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, LOI n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, Journal Officiel du 18 janvier 2002 page 1008, [consulté le 21/03/2015], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000408905&categorieLien=id>

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES, Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, version du 13 février 2014. [consulté le 13/09/2015], disponible sur internet :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPreparation.do;jsessionid=3C30C79F9317CE73277BCCCABFBFE947.tpdila11v_1?idDocument=JORFDOLE000029039475&type=contenu&id=2&typeLoi=proj&legislature=14

MINISTÈRE DU LOGEMENT, DE L'ÉGALITÉ DES TERRITOIRES ET DE LA RURALITÉ, Loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale, Journal officiel du 06/03/2007, [consulté le 21/03/2015], disponible sur internet :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=36CBCEB101966E8BCDE60230278AA2DE.tpdila23v_2?cidTexte=JORFTEXT000000271094&dateTexte=29990101

MINISTÈRE DU TRAVAIL, LOI n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale, Journal Officiel n°173 du 27 juillet 2005 page 12152, [consulté le 30 juin 2015] disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000632799&dateTexte=&categorieLien=id>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile, Journal Officiel n°148 du 27 juin 2004 page 11713 texte n° 15, [consulté le 28 /06/2014] disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000801170>

Circulaire DGAS/SD2C no 2006-217 du 17 mai 2006 relative aux modalités de médicalisation et de tarification des soins dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes d'une capacité inférieure à 25 places autorisées.

SITES INTERNET

ANESM. Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux [consulté le 28 /06/15], disponible sur internet : <http://www.anesm.sante.gouv.fr/>

CONSEIL GÉNÉRAL DE LA GUADELOUPE. [consulté le 02 /06/2015], disponible sur internet : <http://www.cg971.fr/>

FAMIDAC, ASSOCIATION NATIONALE DES ACCUEILLANTS FAMILIAUX ET DE LEURS PARTENAIRES, disponible sur internet : <http://www.famidac.fr>

INSEE. Institut national de la statistique et des études économiques, disponible sur internet : <http://www.insee.fr>

Liste des annexes

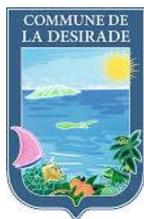
ANNEXE I – QUESTIONNAIRE « ENQUÊTE SENIORS 2015 »

ANNEXE II – TRAMES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS

ANNEXE III – BUDGET PRÉVISIONNEL MAISON D’ACCUEIL FAMILIAL

ANNEXE IV – PLANNING DU PROJET

ANNEXE I – QUESTIONNAIRE « ENQUÊTE SENIORS 2015 »



ENQUÊTE SENIORS DESIRADE 2015

La municipalité de La Désirade, en collaboration avec le Centre Communal d'Action Sociale, le GCSMS « Ti Kaz » et l'association « Soleil et Vie » souhaite développer l'offre de services à destination des seniors sur le territoire.

Ce questionnaire anonyme permettra de mieux cerner les besoins de la population désiradienne de plus de 60 ans.

Vous êtes donc cordialement invités à le compléter avant le 15 janvier 2015.

Vous pourrez le déposer :

- à la mairie
- au local de l'association « Soleil et vie »
- établissement DULORME à Baie-Mahault
- ou le remettre au personnel du GCSMS « Ti Kaz »
- ou l'envoyer à l'adresse suivante : mairie de la Désirade – Enquête Seniors Désirade – Place du maire mendiant – 97127 LA DESIRADE

Les résultats de cette enquête feront l'objet de publications ultérieures que vous pourrez consulter.

D'ores et déjà, merci de votre participation

A. POUR MIEUX VOUS CONNAITRE

1) Quel âge avez-vous ?

- 60-69 ans
- 70-74 ans
- 75-79 ans
- 80-84 ans
- 85 ans et plus

2) Vivez-vous :

- seul(e)
- en couple
- avec un ou des enfant(s)
- autre :

- à la Désirade
- en Guadeloupe
- en Métropole

3) Dans quelle tranche de revenus mensuels vous situez-vous ?

- moins de 800€
- entre 800 et 1000€
- entre 1001 et 1200€
- entre 1201 et 1500€
- entre 1501 et 1800€
- entre 1801 et 2100€
- plus de 2100€

B. POUR MIEUX CONNAITRE VOS PRIORITES

4) Quels sont pour vous les services de proximité indispensables au quotidien ?
(notez de 1 à 9 - 1 étant le plus important)

- Portage de repas
- Service d'aide à domicile (aide au ménage, aux courses, jardinage...)
- Poste, banques...
- Services de santé (médecin, infirmière, kinésithérapeute,...)
- Téléalarme
- Commerces (boulangerie, épicerie, pharmacie, ...)
- Transports en commun
- Loisirs
- autres.....

C. VOTRE LOGEMENT

5) Éprouvez-vous des difficultés à vivre au quotidien dans votre logement ?

- Oui
- Non

Si oui pourquoi (2 choix possibles)

- Solitude jour et nuit
- Solitude la nuit
- Insécurité
- Logement trop grand
- Logement non adapté à vos difficultés
- Logement trop éloigné des commerces et services
- autres.....

6) Seriez-vous prêt(e) à quitter votre logement actuel pour un logement plus adapté ?

- oui
- non **Si non, pourquoi ?**.....

7) Si oui, dans combien de temps ?

- Dès qu'un logement plus adapté me sera proposé
- Dès qu'un logement plus adapté me sera proposé à la Désirade
- Quand mon état de santé ne me permettra plus de rester chez moi
- Le plus tard possible

8) Si oui, pour aller où ?

- Chez vos enfants
- Dans une maison de retraite en Guadeloupe
- Dans une famille d'accueil en Guadeloupe
- Dans une famille d'accueil à la Désirade
- Dans une structure d'hébergement à la Désirade

8) Comment imaginez-vous une structure d'hébergement collectif à la Désirade ?

- Plusieurs maisons individuelles regroupées
- Plusieurs appartements au sein du même immeuble
- Deux à trois chambres avec sanitaire au sein d'une maison collective

10) Quels seraient pour vous les services indispensables dans cette structure ?

(notez de 1 à 10 - 1 étant le plus important)

- Services d'aide à domicile (ménage, courses,...)
- Restauration
- Blanchisserie
- Services de kinésithérapie
- Services de soins infirmiers (aide à la toilette et soins technique infirmiers)
- Surveillance la nuit
- Sécurité
- Loisirs (ordinateur, musique, danse, cinéma...)
- Jardinage
- Autres (internet).....

Expression libre :

.....

.....

.....

.....

.....

Dans le cadre de cette enquête, nous serons amenés à réaliser des entretiens individuels. **Si vous souhaitez être contactés**, merci de nous laisser vos coordonnées :

Nom :

Prénom :

N° de téléphone :

ANNEXE II – TRAMES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS

GRILLE D'ENTRETIEN

Prestataire Accueil familial salarié

Nom Prénom :

Fonctions :

Coordonnées :

Date de l'entretien :

Explication succincte de ma demande

- Présentation de mes fonctions actuelles
- Présentation de La Désirade (petite île -1700 hab – pas d'établissement d'hébergement ni de structures sanitaires...)
- Projet de renforcer le GCSMS existant (SSIAD et SAAD) par de l'accueil familial salarié
- Collaboration avec la municipalité pour construction nouvelle (2 villas accolées, 2 familles d'accueil + 1 remplaçant pour 6 accueillis)
- Par ailleurs objet d'un mémoire CAFDES et MASTER II

QUESTIONS

1. AVANT PROJET :

- a. Comment qualifieriez-vous votre région ou territoire d'implantation (isolé ? vieillissant ? touristique ? dynamique...)
- b. Quels services à domicile ou en établissement étaient proposés sur votre territoire préalablement à la mise en place de votre projet d'accueil familial salarié?
- c. Quelle(s) problématique(s) vous a (ont) amenée(s) au choix de l'accueil familial salarié ? Besoins exprimés par des habitants ? par des élus ? Par des socio-professionnels ? Propositions de promoteurs ?
- d. Quelle a été la durée de mise en œuvre du projet, de l'idée ... à l'ouverture de la première structure ?

2. AU SUJET DE VOTRE EXPERIENCE

- a. Combien d'année de fonctionnement effectif à ce jour ?
- b. Combien d'accueillants familiaux pour combien d'accueillis ?
- c. Avez-vous des difficultés à recruter des accueillants familiaux ? Si oui pourquoi ?
- d. Avez-vous des difficultés à intéresser des usagers potentiels ? Si oui pourquoi ?
- e. Quels sont vos partenaires les plus courants (SSIAD, infirmiers libéraux...)

3. QUEL BILAN ?

- a. Intérêt pour les personnes âgées ?
- b. Intérêt pour les accueillants familiaux salariés ?
- c. Intérêt pour votre commune ?
- d. Au final, accueil familial de gré à gré ou accueil familial salarié ? Pourquoi ?
- e. Quelles sont, selon vous, les erreurs à ne pas commettre ?

4. Questions pratiques de fonctionnement :

- a. Tableau spécifique de présentation du BP ?
- b. Convention collective utilisée ?
- c. Seriez-vous prêt à partager quelques documents (BP, contrat de travail, convention avec partenaires, fiche de paie type, bail...)

Merci de votre collaboration ;

Me donnez-vous l'autorisation de vous citer dans mon mémoire comme personne ressource ou préférez-vous rester anonyme ?

GRILLE D'ENTRETIEN

Aidant Familial

Nom Prénom :

Coordonnées :

Date de l'entretien :

Explication succincte de ma demande

- Présentation de mes fonctions actuelles
- Présentation de La Désirade (petite île -1700 hab. – pas d'établissement d'hébergement ni de structures sanitaires...)
- Projet de renforcer le GCSMS existant (SSIAD et SAAD) par de l'accueil familial salarié
- Collaboration avec la municipalité pour construction nouvelle (2 villas accolées, 2 familles d'accueil + 1 remplaçant pour 6 accueillis)
- Par ailleurs objet d'un mémoire CAFDES et MASTER II

QUESTIONS

5. VOTRE SITUATION ACTUELLE :

- a. De qui êtes-vous aujourd'hui « Aidant familial » et depuis combien de temps ?
- b. Pouvez-vous me raconter comment vous en êtes arrivés à vous occuper de votre parent ?
- c. Pouvez-vous me décrire rapidement votre quotidien ?

6. VOTRE VECU

- a. Qu'est ce qui est le plus difficile pour vous aujourd'hui ?
- b. Comment envisagez-vous l'avenir proche ?

7. LES SERVICES EXTERIEURS

- a. Pour vous aider faites-vous appel à certains services ou aides extérieurs ?
- b. Connaissez-vous l'ensemble des services à domicile qui interviennent sur le territoire ? (autres que ceux que vous utilisez)
- c. Que devraient améliorer les services existants pour faciliter votre quotidien ?
- d. Quels sont les services qui n'existent pas et dont vous auriez besoin ?
- e. Si une structure d'hébergement se mettait en place à la Désirade, pourriez-vous y inscrire votre parent ? Si non, si oui Pourquoi ?
- f. Quel type de structure idéale pour les personnes âgées désiradiennes ?

Merci de votre collaboration

Me donner vous l'autorisation de vous citer dans mon mémoire comme personne ressource ou préférez-vous rester anonyme ?

ANNEXE III – BUDGET PRÉVISIONNEL MAISON D'ACCUEIL FAMILIAL



BUDGET PREVISIONNEL MAISON D'ACCUEIL FAMILIAL

CHARGES	Montant	PRODUITS	Montant
60 ACHAT		70 PRODUITS	
60624 Fournitures administratives (QP GCSMS)	300	706 Prestations de services	154277
61 SERVICES EXTERIEURS			
6132 Locations immobilières MAF	36000		
6132 Location bureau (QP GCSMS)	1320		
6152 Entretien	2478		
616 Primes d'assurance	1000		
618 Divers	200		
62 AUTRES SERVICES EXTERIEURS		74 SUBVENTIONS	0
625 Déplacements mission réceptions	260		
626 Frais postaux et télécommunications (QP GCSMS)	540		
627 Frais bancaires	200		
628 Divers	200		
63 IMPOTS TAXES		79 TRANSFERT DE CHARGES	0
633 Formation continue	1200		
635 autres impôts	600		
64 CHARGES DE PERSONNEL			
641 Rémunération du personnel	101341		
645 Charges de sécurité sociale et de prévoyance	5323		
6477 Médecine du travail	315		
65 AUTRES CHARGES DE GESTION COURANTES			
6551 Quote-part GCSMS (loyer, téléphonie, fourniture)	2160		
68 DOTATIONS AUX AMORTISSEMENTS	3000		
TOTAL CHARGES	154 277,00 €	TOTAL PRODUITS	154 277,00 €

Quote-part GCSMS 10%

ACCUEIL FAMILIAL SALARIÉ

MASSE SALARIALE 2015

	Base	total brut/jr	Nombre de jours	total BRUT annuel/personne	total BRUT annuel/ 3 personnes
Rémunération pour services rendus(Garantie)	2.5 smic/ jour	24,03	258	6198,45	18595,35
CONGES PAYES	2.5 smic/ jour	24,03	30	720,75	2162,25
Indemnités sujétions particulières (dépendance)	1 à 4 X minimum garanti (3.52€)	10,56	258	2724,48	8173,44
SALAIRE BRUT					28931,04
charges patronales	7.55%				2184,29
Indemnités de frais d'entretien	2 à 5 X minimum garanti (3.52€)	14,08	365	5139,2	15417,6
				TOTAL MASSE SALARIALE ANNUEL 1 accueillant 3 accueillis	46 532,93 €
				TOTAL MASSE SALARIALE ANNUEL 2 accueillants 6 accueillis	93 065,87 €

REPLACEMENT

	Base	total brut/jr	Nombre de jours	total BRUT annuel/personne	total BRUT annuel/ 3 personnes
Rémunération pour services rendus(Garantie)	2.5 smic/ jour	24,03	107	2570,68	7712,03
CONGES PAYES	10%	2,40	107	257,07	771,20
Indemnités sujétions particulières (dépendance)	1 à 4 X minimum garanti (3.52€)	10,56	107	1129,92	3389,76
Précarité	10%	2,40	107	257,07	771,20
SALAIRE BRUT					12644,19
charges patronales	7.55%				954,64

TOTAL REMPLACEMENT	13 598,83 €
---------------------------	--------------------

TOTAL MASSE SALARIALE ANNUELLE GLOBALE ET REMPLACEMENT	106 664,69 €
---	---------------------

ANNEXE IV – PLANNING DU PROJET HÉBERGEMENT PERSONNES ÂGÉES – LA DÉsirADE

ACTIONS	RESPONSABLE(S)	CIBLE	OUTILS	PROGRAMMATION 2014 -2015											
				sept	oct.	nov.	déc.	janv.	fév.	mars	avr.	mai	juin	juil.	aout
Présentation problématique « limites maintien à domicile »	Administrateur GCSMS +Direction	Maire/Elus CCAS	Courrier, Entretien												
Préparation « FORUM SANTE »	Chargé mission ARS	Acteurs ciblés	Réunion Mairie												
Constitution comité de pilotage du projet « Hébergement Personnes âgées »	Chargée projet mairie	Acteurs ciblés	Réunion constitutive												
Réunion comité de pilotage Suivi projet / Evaluation effets	Président Copil	Membre Copil	Réunions mensuelles												
FORUM SANTE	Directeur ARS	Population Acteurs sanitaires et sociaux	Réunion publique, Entretiens professionnels												
Présentation problématique « limites maintien à domicile »	Administrateur GCSMS +Direction	Direction autonomie CG	Entretien												
Création « enquête seniors 2015 »	Directrice GCSMS + CCAS	Population	Doc Word												
Diffusion « enquête seniors 2015 »	Secrétariat GCSMS +CCAS	Population	Liste électorale Secrétariat GCSMS												
Accueil familial salarié : Travail de Recherche	Directrice GCSMS		Internet Benchmarking Entretiens												
Analyse résultat « enquête seniors 2015 »	Directrice GCSMS	Population	Excel												
Validation fiche action C2DT	Maire	Région Guadeloupe	Contrat												
Validation concept retenu MAF	Président Copil	Copil	Cahier des charges												
Budget prévisionnel MAF	Directrice GCSMS	Copil	Excel												
Validation concept MAF par administrateurs GCSMS	Directrice GCSMS	Administrateurs	AG GCSMS												
Présentation projet aux salariés du GCSMS	Directrice GCSMS	Salariés	Réunion de service												
Présentation résultats « enquête seniors 2015 »	Directrice GCSMS	Population	Réunion publique												
Présentation projet Conseillère Départementale	Directrice GCSMS	CD	Cahier des charges												

Mobilisation élus

Réflexions avec ACT

Stratégie managériale

Implication population

ACTIONS	RESPONSABLE	CIBLE	OUTILS	PROGRAMMATION 2015 - 2016 - 2017												
				sept	oct.	nov.	déc.	janv.	fév.	mars	2eme semestre 2016		2017			
Réunion comité de pilotage Suivi projet / Evaluation effets	Président Copil	Membre Copil	Réunions bimestrielles													
Désignation consultant externe (projet architectural et plan de financement)	Président Copil	publique	Appel d'offre													
Présentation concept MAF à cellule accueil familial du CD	Directrice GCSMS	CD	Power point													
Présentation concept MAF à ARS	Directrice GCSMS	ARS Inspecteur SSIAD	Power point													
Validation projet architectural et plan de financement Finalisation cahier des charges	Président Copil	Copil	Cahier des charges													
Présentation/ validation projet CD	Président Copil+ directrice GCSMS	CD	Dossier													
Présentation/ validation projet ARS	Président Copil+ directrice GCSMS	ARS	Dossier													
Présentation projet finalisé aux salariés du GCSMS	Directrice GCSMS	Salariés	Power point													
Présentation publique projet finalisé	Président Copil	Population	Power point													
Travail nouveau « projet de groupement » 2016-2020	Directrice GCSMS	Salariés Administrateurs Usagers	Consultant externe													
Création groupe de suivi qualité GCSMS	Directrice GCSMS	Salariés Administrateurs Usagers	Consultant externe													
Dépôt dossier agrément GCSMS	Administrateur GCSMS	CD	Dossier													
GRH / Recrutement / Formation	Directrice GCSMS	Salariés/Candidats	GRH													
Accompagnement dossiers agrément accueillants	Directrice GCSMS	CD	Dossier type													
Début travaux / Suivi travaux	Président Copil															

DEVARIEUX

Géraldine

2015

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement
ou de service d'intervention sociale**

ÉTABLISSEMENT DE FORMATION : ARIFTS Pays de la Loire

**DIVERSIFIER L'OFFRE DE MAINTIEN Á DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES
SUR UN TERRITOIRE INSULAIRE**

LA CRÉATION D'UNE MAISON D'ACCUEIL FAMILIAL AU SEIN DU GCSMS DE L'ÎLE DE LA DÉsirADE

Résumé :

Le Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale de l'île de La Désirade occupe une place centrale dans l'aide au maintien à domicile des personnes âgées de ce petit territoire des Antilles Françaises.

Il coordonne des activités de soins infirmiers, d'aide et d'accompagnement à domicile en collaboration étroite avec les aidants familiaux.

Cependant, malgré la diversification des prestations proposées à domicile, les administrateurs et les professionnels du GCSMS mesurent quotidiennement les limites du maintien à domicile.

Sur une île où n'existe aucune structure d'hébergement pour personnes âgées, il s'agit aujourd'hui de réfléchir avec l'ensemble des acteurs sociaux qui font le territoire, à la mise en place d'une réponse adaptée aux besoins et aux attentes des usagers des services, de leurs aidants familiaux et plus largement de toute la population vieillissante de l'île.

Mots clés :

Domicile – Services – Coordination – Soins – Aide – Accompagnement – Réseau – Aidants – Territoire – Mutualisation – Groupement – Accueil familial – Accueil de jour.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.