

Master 2
Situations de handicap et
participation sociale

Promotion : **2014-2015**

La place d'un service de maintien à domicile
dans la lutte contre l'isolement .

Claire DAZIN
15 Juin 2015

Remerciements

Je remercie particulièrement Mme Bloch pour son accompagnement tout au long de cette recherche. Sa disponibilité, ses nombreuses relectures et ses conseils m'ont permis de mener à bien ce travail.

Je remercie Mme Robin Desiles et Mme Renault pour leur accueil au sein de la structure et leur confiance. Je remercie également Mme Massonnet et toute l'équipe du service de maintien à domicile pour leur collaboration et leur disponibilité tout au long de ce stage.

Je remercie mes relecteurs pour leur contribution à la rédaction.

Sommaire

Table des matières

Introduction.....	1
Partie I.le contexte d'émergence du projet.....	2
1.Initiative de la CARSAT.....	2
1.1. Définition de l'appel à projet.....	2
1.2. L'Observatoire.....	3
Définition de la fragilité.....	3
L'évolution démographique du département.....	3
1.3. Contexte national et régional.....	4
Les directives de la CNSA.....	4
Les directives de la CNAV.....	5
Le programme régional de Santé.....	5
Les résultats d'enquêtes européennes.....	6
1.4. Synthèse.....	6
2.Le CCAS.....	7
2.1. Les statuts du CCAS.....	7
2.2. La structure	7
Une structure paritaire13.....	7
Une organisation en pôle.....	8
2.3. Les missions.....	8
3. Le porteur de projet : le service de maintien à domicile.....	8
3.1. Son public.....	8
3.2. ses missions.....	10
Ses actions.....	10
Les financements des prestations.....	10
3.3. L'origine de la demande.....	11
Partie II.La problématique.....	12
1.L'isolement.....	12
1.1. Définition.....	12
1.2. Une préoccupation de société.....	13
2.La question de recherche.....	15

2.1. Les questions émergentes.....	15
2.2. La problématique de recherche.....	16
3.La population cible.....	17
3.1. Une étude unique personne âgée dépendante et personne handicapée	17
3.2. Terminologie.....	18
3.3. les caractéristiques de « la population MAD ».....	20
4.méthodologie d'enquête.....	23
4.1. le questionnaire.....	23
4.2. les entretiens semi-directifs.....	24
identification des acteurs interviewés.....	24
La grille d'entretien.....	25
4.3. L'observation.....	26
Partie III.l'analyse.....	27
1.la représentation de l'isolement	27
1.1. une définition imprécise.....	27
1.2. L'identification des réseaux de sociabilités.....	29
Le réseau familial.....	29
Le réseau de voisinage.....	31
1.3. Isolement résidentiel et les problèmes de santé.....	33
1.4. la solitude.....	37
1.5. Une notion particulière : la précarité.....	38
2.Le repérage des situations d'isolement.....	39
2.1. Les critères.....	40
2.2. Savoir quand repérer.....	40
Première étape potentielle : l'évaluation initiale	40
Le repérage au fil des interventions.....	43
2.3. Repérer : de constater à observer.....	44
3.La coordination	47
3.1. L'appartenance à un groupe.....	47
3.2. L'organisation de la coordination interne.....	49
Des retours de terrains aux réunions de coordination.....	50
Du langage verbal au langage écrit.....	51
Les sujets de transmissions.....	54
3.3. La coordination avec les partenaires.....	55
Définition de la coordination.....	56

Les partenaires.....	56
Les pratiques.....	57
L'isolement : sujet de coordination?.....	58
Une absence de lien vers les structures de proximité.....	59
4.Le service de Maintien à domicile : Acteur de la lutte contre l'isolement?.....	60
4.1. Véritable mission du service de Maintien à Domicile?.....	60
4.2. Le projet « loisirs et vie sociale ».....	62
4.3. le rôle particulier de l'aide à domicile.....	63
La relation aidant-aidé.....	64
Les limites de la relation.....	66
4.4. Synthèse : le service est-il un acteur de la lutte contre l'isolement.....	68
Conclusion.....	69
Bibliographie.....	75
Rapport et Décret.....	76
Site internet.....	77
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

CCAS : centre communal d'action sociale

CARSAT: caisse régionale de retraite et de sécurité au travail

AGIL: action gérontologique d'initiative locale

PCH : prestation compensation du handicap

APA : allocation personnalisée à l'autonomie

MDA : maison départementale de l'autonomie

MAD : maintien à domicile

AD : aide à domicile

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

CNAV: caisse nationale d'assurance vieillesse

CNSA caisse nationale de solidarité et de l'autonomie

CNPS : centre national des professions libérales de santé

IRDS institut régional pour le développement du sport

PRS plan régional stratégique

UNCCAS union nationale des centres communaux de l'action sociale

GIR groupe iso-ressources

ETP équivalent temps plein

SSIAD service de soins infirmiers à domicile

Introduction

On se souvient tous de la canicule de 2003. Elle est considérée comme le point de départ d'une nouvelle prise de conscience générale de l'isolement absolu de certains de nos co-citoyens. L'isolement des plus fragiles, les personnes âgées et les personnes handicapées, devient alors un sujet de société récurrent. A l'approche de l'été, le débat réapparaît dans les médias. Les inquiétudes des politiques face aux personnes isolées sont réelles. De nombreuses démarches telles que le Plan Canicule¹, ou Monalisa², sont la preuve d'une volonté de lutte contre ce phénomène.

Dans le cadre du stage réalisé au sein d'un CCAS (centre communal d'action sociale), l'objectif est de concourir au développement de projet innovant pour lutter contre l'isolement des personnes en besoins d'aide à domicile. L'étude présentée, vise à apporter quelques éléments de réponse au sujet de la place et le rôle d'un service de Maintien à domicile autour de la problématique du lien social de ses usagers. Pour pouvoir développer l'analyse, une première partie est consacrée au contexte d'émergence du projet afin de comprendre l'intérêt qu'ont les professionnels du territoire à mener une réflexion sur ce sujet. Les objectifs de l'étude et la population cible sont présentés par la suite en précisant particulièrement la convergence « personnes âgées-personnes handicapées ». Enfin une dernière partie décrit les éléments retenus de l'analyse des entretiens. Quelques notions sont alors énoncées pour tenter de répondre aux questions du repérage des personnes isolées et de l'action de lutte contre cet isolement par le service de Maintien à Domicile.

Cette recherche ciblée sur un service, ne permet pas de généraliser les résultats à tout acteur du lien social. Une enquête réalisée à plus grande échelle pourrait confirmer ou pondérer certains résultats obtenus.

¹Depuis l'été 2003, un Plan national de prévention canicule est activé chaque année, à partir du 1er juin et jusqu'au 31 août, pour les personnes âgées les plus isolées et fragiles, et pour les personnes adultes handicapées, particulièrement exposées en cas de hausse durable des températures. Décret n°2004-926 du 1 septembre 2004 (Dernière modification : 10 septembre 2005)

²MONALISA : Mobilisation Nationale de lutte contre l'isolement des âgés. « *En 2012, Michèle Delaunay, Ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie initie une réflexion pour une mobilisation contre l'isolement des âgés à travers la mise en place d'un groupe de travail animé par Jean-François Serres, Secrétaire général des petits frères des Pauvres. Sept mois après la publication du rapport de ce groupe de travail remis en juillet 2013, l'association MONALISA et le comité national de soutien sont créés et rassemblent les associations et les institutions concernées pour faire cause commune contre l'isolement social des âgés.* »
<http://www.monalisa-asso.fr/>

Partie I. le contexte d'émergence du projet

Le cadre de mon stage au sein du CCAS de la ville Z, j'ai été sollicitée pour collaborer à la mise en action d'un projet récemment retenu. Ce projet intitulé atelier « loisirs et vie sociale » a été élaboré à la suite d'un appel de la CARSAT Pays de La Loire.

Ce projet est le point départ d'une réflexion globale autour de la problématique du maintien du lien social des personnes en perte d'autonomie. Le CCAS, par l'intermédiaire du service de maintien à domicile, répond à l'appel en développant ses actions de mise en réseau et la création de nouveaux ateliers.

1. Initiative de la CARSAT

1.1. Définition de l'appel à projet³

C'est dans le cadre des Actions Gérontologiques d'initiatives locales AGIL, que la CARSAT propose une « *aide au financement d'actions collectives pour bien vieillir en P* ».

L'appel à projet paru en janvier 2014 sous les références *SR 12 AGIL (annexe 1)*, invite les acteurs territoriaux à proposer des actions innovantes au niveau local visant à :

- « *Promouvoir la prévention de la perte d'autonomie et des effets du vieillissement,*
- *Favoriser le maintien du lien social,*
- *Préserver la qualité de vie à domicile des personnes retraitées. »*

Les publics cibles sont les « *personnes retraitées, socialement fragilisées, relevant des GIR⁴ 5 et 6* ». L'appel à projet est adressé aux différents acteurs de proximité qu'ils

³ Voir Annexe 1 Appel à projet CARSAT_SR 12AGIL

⁴GIR Groupe Iso Ressources : le GIR 5 est composé des personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ; le GIR 6 regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

soient du domaine social ou de l'animation. Un accent est mis sur le développement de la coordination territoriale et le partenariat des dispositifs existants.

La CARSAT précise les projets éligibles :

- « *Actions de prévention et d'accompagnement social des effets du vieillissement*
- *Actions concourant à rompre l'isolement et à améliorer la vie sociale*
- *Actions ou services de proximité permettant aux personnes retraitées de bien vieillir dans leur cadre de vie habituel »*

Cette attente de développement des actions décrites ci-dessus, est issue de l'analyse des constats réalisés par l'Observatoire de la fragilité.

1.2. L'Observatoire

La CARSAT porte « *une attention particulière aux personnes les plus fragilisées socialement* »⁵. L'observatoire des situations de fragilité sociale constitue un atlas régional afin de déterminer « *les catégories de personnes et les territoires confrontés à ces difficultés* »³. A l'issue de ce travail, l'Observatoire propose de développer et de soutenir des actions de prévention, de repérage et d'accompagnement des personnes fragilisées.

◦ **Définition de la fragilité**

L'Atlas de la région P 2013 établit un état des lieux de la population en tenant compte des indicateurs démographiques et en particulier le vieillissement de la population. Il précise également les zones déficitaires en soins de premiers recours, les indicateurs sociaux de l'assurance retraite. Il met en évidence les zones les plus fragilisées et propose une analyse temporelle de cette fragilité compte tenu des migrations de population et du vieillissement.

⁵ Observatoire des personnes en situation de fragilité, Atlas 2013, p5-p9
Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

- **L'évolution démographique du département**

L'indice de vieillissement est de 71,1 pour l'année 2008 (source INSEE)³, il est nettement supérieur aux indices nationaux 67,9 et régionaux 66,7. On constate une évolution de cette indice nécessitant le développement des réponses aux vieillissements de la population sur ce département. De plus, lors du recensement de 2008 la part des personnes de plus de 55 ans vivant seules est relevée à 23,7 % dans le département contre 32,3 % pour le canton Z. Cette répartition des personnes vivant seules dans la ville Z est nettement supérieure à la moyenne régionale (24,1 %). Ce recensement met alors en évidence un risque d'isolement social prédominant pour la ville Z contrairement à l'ensemble du département.

Les rapports concernant l'accès aux soins et la répartition des personnes percevant une aide sociale de l'assurance retraite confirment que le département étudié est un territoire fragilisé et particulièrement la ville Z, contrairement à sa périphérie (source SNPS mars 2012⁶).

Après analyse de la démographie et des critères sociaux de la région, il semble pertinent de veiller à développer des actions orientées vers la population vieillissante pour ce département et des actions de prévention de l'isolement social en particulier pour la ville Z.

1.3. Contexte national et régional

La CARSAT suit des orientations fixées par la caisse nationale de la solidarité et de l'autonomie CNSA et la caisse nationale de l'assurance vieillesse (CNAV).

- **Les directives de la CNSA**

À la lecture de la convention d'objectifs et de gestion de l'état et de la CNSA pour la période de 2012-2015, « *l'objectif prioritaire 6 : renforcer l'efficacité des actions de modernisation et de professionnalisation de l'aide à domicile* »⁷, définit l'importance de développer des actions dans le cadre de la prévention de la perte d'autonomie et des actions visant à améliorer les conditions de vie au domicile.

⁶observatoire des personnes en situation de fragilité atlas 2013, p38

⁷ COG CNSA 2012 2015 p29

Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

- « Les différents plans de réponse aux besoins des personnes âgées et handicapées ont mis l'accent sur le libre choix des personnes en cohérence avec les principes de la loi du 2 janvier 2002. Toutes les enquêtes d'opinion convergent pour affirmer que le choix des Français, tant que cela est possible, est de rester à leur domicile et de continuer à participer à la vie sociale. Une partie des réponses relève des politiques d'accessibilité, qui doivent irriguer l'ensemble des politiques publiques, et qui ne sont pas de la compétence de la CNSA. Mais au-delà de la seule accessibilité, l'aide à domicile étayée par l'aide des aidants familiaux est également un facteur déterminant pour rendre effectif ce libre choix. Cette aide à domicile peut être fournie par les aides professionnelles, qui doivent être organisées sur l'ensemble du territoire et fournir des prestations de qualité. Elle relève aussi des solidarités familiales et de voisinage, qui doivent également être soutenues pour qu'elles ne conduisent pas à l'épuisement des aidants. »⁸

- **Les directives de la CNAV**

Le préambule de la convention d'objectifs et de gestion de la CNAV 2014-2017 présente les axes prioritaires. Dans la première partie « *accentuer la dynamique inter-régime au service des assurés* », l'axe 1 développe plusieurs missions notamment celle d'« être un acteur pour « bien vivre » sa retraite ». ⁹ Cette mission est définie par le développement des actions de prévention, l'amélioration de la prise en charge des situations de fragilités

- **Le programme régional de Santé**

Afin d'établir ces thématiques prioritaires et cohérentes avec le territoire, des évaluations et des enquêtes ont été menées. Plusieurs sont présentées dans le document de travail des orientations stratégiques PRS 2014. Parmi les enquêtes citées, l'une d'elles présente le résultat d'un sondage réalisé auprès des professionnels de santé. Il s'avère que 75,3 % des professionnels estiment que les personnes en risque de pertes

⁸Convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour la période 2012- 2015, p29

⁹COG CNAV 2014 2017

Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

d'autonomie lié au vieillissement sont la population vers laquelle les priorités de santé devraient être portées¹⁰.

A l'issu de ces sondages et évaluations, 6 thématiques ont été identifiées comme prioritaires pour la région. La première concerne *3la qualité de vie des personnes âgés de plus de 75 ans*³. on retient 2 autres thèmes liés au projet soutenu par la CARSAT : « *la santé des populations en grande vulnérabilité et la participation individuelle et collective des usagers* ». Les orientations stratégiques mettent l'utilisateur comme acteur de sa santé et au centre du dispositif d'accompagnement médical et sociale.

Après étude de ces 3 documents présentant les axes prioritaires des différentes administrations orientant l'activité de la CARSAT, il est possible de synthétiser leurs attentes ci dessous :

- Développement des actions de prévention liées au risque de la perte d'autonomie
- Amélioration de la qualité de vie au domicile de l'utilisateur
- Attention particulière à la population vulnérable ou en situation de fragilité.

○ **Les résultats d'enquêtes européennes¹¹**

Les orientations politiques nationales sont issues d'analyses de données plus générales. Au niveau européen L'enquête Share (*Survey on Health, Aging and Retirement in Europe*) évoque le place de La santé comme un déterminant important des activités sociales.

De son côté, l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) met en évidence le rôle de la fragilité comme précurseur de la perte d'autonomie indépendamment des maladies chroniques. De plus, dans le document de synthèse « *Vieillesse et santé* », on peut lire que « *la participation sociale contribue à 3 % à augmenter la proportion des individus en moyenne et bonne santé* », et stipule que « *les politiques visant à vieillir en bonne santé basée sur l'encouragement à la participation sociale peuvent être bénéfique pour les personnes âgées en Europe.* »

¹⁰Plan Régional Stratégique, Orientation stratégique

¹¹Share, famille et vieillissement en Europe, numéro 58, Saint-Pierre-et-Miquelon, novembre 2009

Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

1.4. Synthèse

Les Actions Gérontologiques d'Initiatives Locales proposent une aide au financement pour les actions visant à bien vieillir en région. Au regard du contexte démographique (vieillesse, vulnérabilité croissante), du contexte politique national (CNSA et CNAV) et politique régional (PRS). La région a mis en évidence des territoires et des populations en situations de fragilité et en risque de perte d'autonomie.

2. Le CCAS

Un regard centré sur le département X, permet de repérer la ville Z comme un territoire fragilisé. L'Observatoire de la fragilité a mis en évidence pour la ville Z, une population vieillissante, une difficulté d'accès aux soins de premier recours et un accroissement du nombre de personnes vivant seules. Le CCAS répond et s'engage dans la mise en œuvre du projet car de par leurs statuts et leurs missions, *« Ils sont le moyen privilégié par lequel la solidarité publique, nationale et locale, peut réellement s'exercer »*.¹²

2.1. Les statuts du CCAS

« Créés par le décret-loi n°53-1186 du 29 novembre 1953 portant réforme des lois d'assistance, complété par les décrets n°54-661 du 11 juin 1954 et n°55-191 du 2 février 1955, les Centres Communaux d'Action Sociale s'appelaient initialement Bureaux d'aide sociale¹³» (Bloch, 2014). *« Le 6 janvier 1986, quand les bureaux d'aide sociale deviennent les CCAS, l'État leur délègue une compétence globale dans le vaste champ de l'action sociale et médico-sociale, consécutivement aux lois de décentralisation. »*¹¹

¹² <http://www.unccas.org>

¹³ Bloch M.A, Coordination et Parcours, La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Paris, Dunod, 2014 p 30
Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique & de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

2.2. La structure

○ Une structure paritaire¹³

Le CCAS est présidé de plein droit par le maire de la commune. Son conseil d'administration est constitué paritairement d'élus locaux désignés par le conseil municipal et de personnes qualifiées dans le secteur de l'action sociale, nommées par le maire. On compte parmi celles-ci un représentant des associations familiales, un représentant des associations de personnes handicapées, un représentant des associations de retraités et de personnes âgées, et un représentant des associations œuvrant dans le domaine de la lutte contre l'exclusion. La structure paritaire « *induit des coopérations négociées et adaptées entre les élus, le monde associatif et les professionnels sociaux qui la composent.* »

○ Une organisation en pôle

Le CCAS de la ville Z est composé de deux pôles distincts :

- Le pôle accompagnement aux personnes organisé en 3 services : l'insertion, l'aide sociale et l'épicerie sociale.
- Le pôle service aux personnes organisé en 4 unités : le SSIAD Service de soins infirmier à domicile, l'EMA équipe mobile Alzheimer, le MAD service de maintien à domicile (aide à domicile, portage de repas, télé-alarme) et les EHPAD (hébergement définitif, hébergement temporaire, accueil de jour)

2.3. Les missions

La ville Z présente via son site internet officiel les missions globales du CCAS, elle précise « *que chacun quels que soient ses difficultés, son âge et son degré de dépendance puisse bien vivre à Z. Aux personnes fragilisées par des difficultés, par une perte d'autonomie, en situation de handicap, le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) propose un accompagnement adapté et personnalisé.* »

Par ailleurs, le CCAS suit les grands axes d'orientation de l'union nationale des centres communaux d'action sociale. Sur le site de l'UNCCAS¹⁴ il est possible de découvrir les positionnements généraux dont les axes de mobilisation de l'UNCCAS dans le champ de l'accompagnement des personnes âgées. L'UNCCAS s'est mobilisée pour

¹⁴ <http://www.unccas.org>

Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

que le thème "Âge et autonomie" soit retenu Grande cause nationale en 2014. Elle a retenu le thème **Le bien vieillir** comme axe d'action.

3. Le porteur de projet : le service de maintien à domicile

Au sein du CCAS, le service de maintien à domicile offre un service d'aide à domicile, de portage de repas et de télé-alarme sur le secteur de la ville Z.

3.1. Son public

Selon le rapport d'activité de l'année 2014, 711 personnes ont bénéficié du service d'aide à domicile, 351 personnes du service portage de repas, et 153 personnes du service télé-alarme. La moyenne mensuelle des prestations d'aide à domicile est de 531 usagers pour 6410 heures. En ce qui concerne, les bénéficiaires de l'aide à domicile, les renseignements collectés concernent l'âge, le GIR, le secteur géographique d'habitation et les financeurs. Voici les répartitions des bénéficiaires recensées en 2014 lors du bilan d'activité¹⁵.

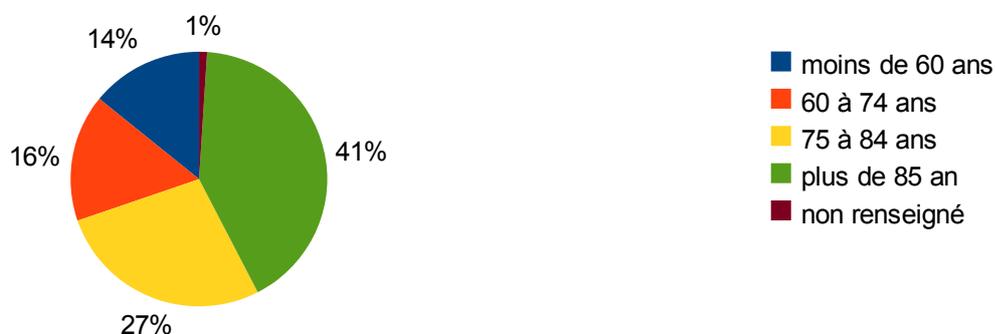


Illustration 1: répartition des usagers selon l'âge

¹⁵ Bilan d'activité 2014 MAD
Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>



Illustration 2: répartition géographique des usagers

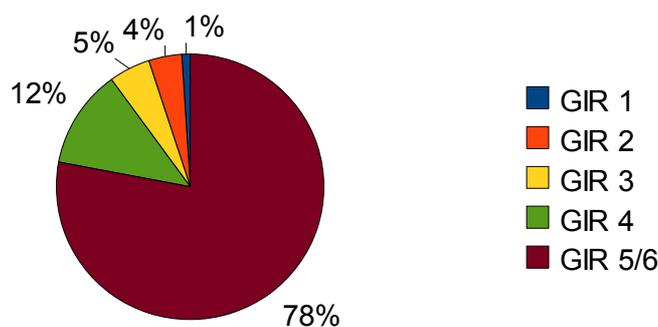


Illustration 3: Répartition des usagers selon le GIR

A la lecture de ces diagrammes, on peut considérer que la population des bénéficiaires est constituée de 3 grandes catégories d'âge : les moins de 75 ans, les personnes entre 75 et 85 ans et enfin les personnes de plus de 85 ans. La majorité des bénéficiaires sont en GIR 5 et 6.

Par ailleurs, la répartition par secteurs géographiques paraît relativement homogène. Cependant au cours de l'année 2014, le secteur Est comprend 270 dossiers environ contre 206 dossiers pour le secteur Ouest 2.

3.2. ses missions

L'équipe du service est composée de 70 agents : 10 agents administratifs et 60 AD (Aide à domicile) qui couvrent 52,2 ETP. Après évaluation par la responsable du service, les bénéficiaires sont orientés vers un responsable de secteur selon leur lieu d'habitation, afin de planifier les heures de passage. Les prestations de services sont assurées par une ou plusieurs Aide à Domicile (AD).

◦ **Ses actions**

Les missions consistent à organiser le passage des aides à domicile et de déterminer leur tâches. En ce qui concerne, la prestation « portage des repas » le service est indépendant de l'aide à domicile. Un usager peut bénéficier de l'un ou l'autre service selon ses besoins et sa demande.

La qualité des prestations est évaluée par une enquête de satisfaction en fin d'année civile.

◦ **Les financements des prestations**

Selon le rapport d'activité de 2014, la majorité des heures d'intervention font l'objet d'une aide financière par le Conseil Général (44%), par les caisses de retraites 17%.

13 % des heures font l'objet d'un financement dans le cadre de l'aide du CCAS. La tarification horaire varie alors selon les ressources du bénéficiaire. Le CCAS est le seul prestataire d'aide à domicile à proposer une tarification variable. *« 24% des heures ne bénéficient d'aucune aide extérieure pour le financement. »*

3.3. L'origine de la demande

Certains usagers du service Maintien à Domicile bénéficient en parallèle des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Ce service propose régulièrement des ateliers « thérapeutiques » tels que la piscine, les ateliers mémoires, l'art thérapie. Il organise également des sorties et des séjours dont l'objectif est d'offrir du répit aux aidants familiaux. Lorsque le suivi par le SSIAD arrive à son terme, certains usagers du MAD font part de leur envie de retrouver cette offre d'animation. C'est dans ce cadre qu'une première tentative d'inclure des usagers aux ateliers d'arts thérapies organisés par le SSIAD, a été mis en place. Cette première expérience a été un succès pour les bénéficiaires du MAD mais pas uniquement ! Les deux aides à domicile impliquées dans

*Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>*

l'accompagnement des personnes aux ateliers ont apprécié cette expérience et ont exprimé leur souhait de poursuivre ce nouveau mode d'accompagnement personnalisé.

Pour les responsables du service, la valorisation de l'activité des professionnels et la possibilité de leur proposer un nouvel espace d'échange avec les usagers, devient un nouvel enjeu à prendre en considération.

C'est à la suite de ces demandes et en réponse à l'appel à projet de la CARSAT que le service de maintien à domicile a soumis un projet « loisirs et vie sociale ». L'objectif est de répondre aux attentes des usagers en offrant un nouveau mode d'accompagnement, tout en développant une des missions fixées par le CCAS. Le projet (annexe 2)¹⁶ définit les modalités de mise en œuvre et la population cible. Toutefois, une modification a été apportée concernant le public : le service de Maintien à Domicile souhaite ouvrir les ateliers aux personnes en GIR 4 et ne pas restreindre cette animation aux personnes en GIR 5 et 6.

¹⁶Annexe 2 candidature du CCAS

*Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>*

Partie II. La problématique

1. L'isolement

1.1. Définition

L'isolement est un mot simple, fréquemment utilisé et entendu, on peut le considérer comme faisant partie de notre langage courant. Cependant sa signification et les représentations liées sont multiples : exclusion, ennui, solitude, marginalisation, être seul. Ces termes à la frontière induisent la nécessité de préciser la notion d'isolement. La difficulté de le définir spontanément me paraît similaire à la difficulté de définir la dépendance comme le présente Ennuyer (2010) dans son article « La dépendance en France, état des lieux et prospective : vers un nouveau contrat social ? ». Il fait référence au « *sociologue Émile Durkheim (1895) à propos de l'usage de certains mots : On les emploie couramment et avec assurance, comme s'ils correspondaient à des choses bien connues et définies, alors qu'ils ne réveillent en nous que des notions confuses, mélanges indistincts d'impressions vagues, de préjugés et de passions* »¹⁷. L'isolement social appartient à cette catégorie de mot, et c'est pourquoi cette notion doit être au préalable définie.

*«P. Pitaud (2004) rappelle qu'en sciences sociales, l'isolement est un phénomène mesurable, renvoyant à une situation concrète alors que le substantif «solitude» renvoie à un vécu qui peut s'éprouver dans une situation d'isolement, mais pas exclusivement»*¹⁸. Dans le contexte de mon étude, la définition retenue est celle de l'isolement relationnel de la Fondation de France à partir de laquelle les études « Les solitudes en France » sont régulièrement menées.

« Définition de l'isolement relationnel: *Sont considérées comme étant en situation d'isolement relationnel les personnes qui n'ont pas ou peu de relations sociales au*

¹⁷Durkheim Émile, Les règles de la méthode sociologique, PUF, collection Quadrige, Paris, 1987 (première édition 1895), pp. 22-2

¹⁸Collectif « Combattre la Solitude des personnes âgées » Enquête Isolement et Vie relationnelle /Rapport général/AC Bensadon/Sept06

Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

sein des 5 réseaux sociaux suivants : réseau familial, professionnel, amical, affinitaire (créé dans le cadre d'activités associatives ou de club) et territorial (voisinage.) »

Les relations sociales extérieures aux cinq réseaux retenus (aides à domicile, commerçants, médecins...) ne sont également pas prises en compte dans le calcul de la part des personnes en situation d'isolement relationnel¹⁹. Afin d'obtenir une donnée mesurable, la Fondation de France a déterminé le nombre des relations à prendre en considération. Il s'avère que le seuil est estimé « à un peu moins de 5 le nombre de contacts moyens mensuels (tous réseaux confondus et en dehors des contacts au sein du foyer) d'une personne en situation d'isolement relationnel. »²⁰

1.2. Une préoccupation de société

Ainsi définit, il est important de comprendre l'enjeu de la société à lutter contre l'isolement social. Pourquoi les politiques publiques s'engagent dans ces actions de lutte et incitent les acteurs locaux à développer de nouvelles stratégies.

En 1962, le Rapport Laroque propose à la société française une éthique du vivre ensemble à travers une politique de « maintien à domicile », afin de permettre aux gens qui vieillissent de conserver leur place dans la société. Ennuyer (2007)²¹. La tendance de l'institutionnalisation de nos aînés bascule alors vers un engagement marqué pour le maintien à domicile. Les compensations des difficultés sont alors envisagées par le biais de l'adaptation des milieux de vie et l'intervention d'aide à domicile. La notion du « maintien à domicile » annoncé initialement dans le Rapport Laroque, signifiait également « le maintien dans la société en excluant toute ségrégation »²⁰. L'enjeu des politiques publiques était de permettre aux personnes âgées de conserver une place et un rôle social.

Selon Ennuyer, dans les « années 1975, la politique publique de maintien à domicile va s'infléchir »²⁰. Le vieillissement des personnes est alors centré sur les problèmes de santé et la notion de dépendance apparaît. Le maintien à domicile tend à se médicaliser. Au cours des années suivantes, le maintien à domicile devient « un instrument de gestion des populations à risque »²⁰ puis il devient principalement un

¹⁹Collectif combattre les solitudes, Les solitudes en France, rapport 2012

²⁰Collectif combattre les solitudes, Les solitudes en France, juillet 2014

²¹ENNUYER 2007 « regards sur les politiques du « maintien à domicile »_ Gérontologie et société – n°123- décembre 2007 p153-p163

Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

secteur d'emploi « *pour les personnes au chômage, principalement des femmes non qualifiées* »²⁰. La qualité de l'accompagnement semble être négligée face à l'opportunité économique de créer de nombreux contrats.

La remise en question des conditions de vie des personnes « maintenues à domicile » fait suite à l'été 2003. La canicule a montré combien les personnes isolées étaient vulnérables²². Les pouvoirs publics et la société en général, ont pu être interpellés face à cette réalité. Il est convenu de considérer les personnes âgées comme un public particulièrement concerné par l'isolement ou en risque de l'être. Mais la situation d'isolement ne concerne pas uniquement les personnes âgées. Les personnes handicapées et leur entourage proche connaissent également des difficultés dans la pleine réalisation de leur participation sociale²³. De façon plus générale, il semble nécessaire de considérer l'isolement social comme un phénomène individuel.

*« J-L. Pan Dé Shon note qu'en dehors de particularités personnelles de comportement, l'isolement relationnel dépend pour une grande part de caractéristiques socio-démographiques individuelles qui sont l'âge, le niveau de diplôme, le type de famille, l'appartenance à une famille nombreuse, l'origine nationale, la Catégorie Socio-Professionnelle, le fait d'habiter en cité »*²².

A l'heure actuelle, une personne handicapée connaît des difficultés pour construire une vie familiale, une vie professionnelle et sociale. Selon les enquêtes de la DRESS, *« en 2008, les personnes âgées de 40 à 65 ans ayant une limitation de leurs fonctions motrices vivent moins souvent en couple que les autres personnes du même âge. Parmi celles vivant à domicile, 64 % vivent en couple, contre 77 % des autres personnes âgées de 40 à 65 ans »*²⁴. Les personnes handicapées ont moins d'enfants *« Une personne sur quatre n'a pas d'enfant contre 13 % des autres personnes du même âge, qu'elles souffrent ou non de limitations fonctionnelles. »*²⁴.

²²LE COLLECTIF « COMBATTRE LA SOLITUDE DES PERSONNES AGEES »_Enquête « Isolement et Vie relationnelle » Rapport général par Anne-Carole Bensadon 2006

²³ participation sociale : Selon le modèle du Processus de Production du Handicap (Fougeyrollas, 2004), une situation de participation sociale correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie de la personne. Au niveau des lectures, deux axes semblent émerger principalement : les questions relatives aux activités sociales et aux droits civiques d'une part, et celles relevant de l'implication des personnes en situation de handicap au travail d'accompagnement d'autre part.

²⁴MORDIER Bénédicte, « Construire sa vie avec un handicap moteur, L'environnement social et familial des personnes de 40 à 65 ans », DRESS, dossier solidarité et santé n°38, avril 2013

Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Ces études mettent en évidence l'impact des limitations fonctionnelles et physiologiques sur le lien social, « *les personnes les plus lourdement atteintes, qui cumulent au moins une déficience psychologique ou sensorielle lourde avec des limitations motrices, sont les plus isolées* »²⁴. Que ce soit par l'absence de réseau professionnel, le célibat, ou un réseau amical restreint, les personnes handicapées ont plus de difficulté pour activer plusieurs réseaux de sociabilité. Pour les personnes âgées, les ruptures avec l'entourage sont conséquentes au veuvage, à l'éloignement géographique des enfants, le décès de ses contemporains. Il est difficile pour ces personnes d'entretenir plusieurs réseaux. Or selon le Collectif Combattre les Solitudes, une personne est d'autant plus vulnérable, en risque à l'isolement lorsqu'elle possède qu'un seul réseau actif.

En regard de ses origines diverses connues et reconnues, la rupture du lien avec son entourage n'est pas réservée aux seules personnes âgées mais elle est susceptible de concerner un large public. Aujourd'hui, l'isolement concerne une part importante de la population, elle dépasse la seule population des personnes en situation de maintien à domicile. « *En 2013, un français sur quatre de plus de 18 ans se trouve dans une situation le rendant potentiellement exposé, en cas de rupture, à l'isolement social* »²⁵. L'enjeu de la société est de sensibiliser tous les citoyens aux solidarités de proximité. L'environnement humain²⁵ est un véritable acteur du maintien à domicile, par l'aide matérielle qu'il apporte mais surtout pour son rôle de soutien moral.

2. La question de recherche

2.1. Les questions émergentes

Le point de départ de ma réflexion est le projet "loisirs et vie sociale", dans sa mise en œuvre d'activité. L'objectif initial est d'accompagner les usagers du service vers les activités de loisirs déjà existantes en ville. Puis dans un second temps, le service envisage l'organisation d'animation en interne de façon régulière ou événementielle. Ainsi ce projet contribue à développer les prestations et par conséquent à améliorer l'image du service de MAD auprès des usagers et de ses partenaires.

Initialement on m'orientais vers un travail exploratoire de la coordination des acteurs locaux de la ville Z, autour de l'isolement social des personnes en perte

²⁵Synthèse du Rapport Monalisa, ÉTUDES et RÉSULTATS-N° 160 • février 2002r
Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

d'autonomie. Mais au fil des rencontres et des échanges il est apparu que la cible et les attentes devaient être explicitées : qui est isolé? Que signifie l'isolement?

De plus l'Appel à projet incite au développement d'action innovante mais quelles sont les attentes d'une innovation en milieu médico-social? Une nouvelle activité ou une nouvelle organisation? Dans les conditions actuelles, les offres grand public sont elles prêtes à répondre à cette demande? plusieurs éléments m'ont interpellés : quels pourraient être les acteurs potentiels de la lutte contre l'isolement ? Est-il possible de faire une différence entre les actions de lutte contre l'isolement et les actions en faveur du maintien du lien social ? Où se situent les limites de l'une ou de l'autre action ? Comment réussir à identifier les personnes isolées et les accompagner vers la reconstruction de lien social ? La démarche doit elle être de la personne en situation de fragilité ou des réseaux qui l'entourent?

Toutes ces questions révèlent la complexité du sujet et la nécessité de s'y intéresser. De plus, les rencontres avec les associations destinées aux seniors, au cours du lancement de la démarche Ville Amie des Aînés²⁶ m'ont permis de constater qu'elles parlent toutes d'isolement, de la difficulté de maintenir les liens. Force est de constater que l'isolement interroge une grande partie des acteurs locaux qu'ils soient du tissu associatif ou professionnel.

2.2. La problématique de recherche

La notion de l'isolement au sein d'une seule et même entité qu'est le service de maintien à domicile ne semble pas clairement définit. C'est pourquoi il m'est paru pertinent d'étudier en premier lieu la problématique suivante :

Dans quelle mesure le service d'aide à domicile est-il un acteur du repérage de l'isolement social et/ou un acteur de l'action de lutte contre l'isolement social ?

Pour développer cette réflexion, on propose d'explorer les éléments suivants :

²⁶La ville Z débute les démarches pour s'inscrire dans le réseau francophone de la Ville Amie des Aînés_ le projet mondial « Villes-amies » des aînés a été conçu par Alexandre Kalache et Louise Plouffe, l'objectif est d'inciter les villes à mieux s'adapter aux besoins des aînés de façon à exploiter le potentiel que représentent les personnes âgées pour l'humanité_ guide mondial des villes-amies des aînés, de l'OMS_ 2007

- A t-il les moyens de repérer les personnes isolées? Il s'agira de comprendre quels sont les différents critères utiles au repérage des situations d'isolement, et avant tout de réaliser un état des lieux des représentations de l'isolement auprès des professionnels et des usagers. Ont-ils tous la même approche de l'isolement? Parlent-ils tous du même phénomène?
- Comment organise t-il ses actions de repérage si elles existent ou comment envisage t-il de les organiser? Qui est censé repérer : les aides à domicile, les responsables de secteur?
- Et enfin se considère-t-il comme devant intervenir et comment peut-il passer du constat à l'action ? Qui est censé agir?

3. La population cible

3.1. Une étude unique personne âgée dépendante et personne handicapée

Mon étude porte sur tous les usagers du service maintien à domicile qu'ils soient âgés de moins de 60 ans et donc considérés administrativement comme personnes handicapées, ou qu'ils soient âgés de plus de 60 ans communément appelés personnes dépendantes.

Mon choix s'explique d'une part, par la particularité de l'organisation des politiques publiques handicap/dépendance du département, avec la maison départementale de l'autonomie et d'autre part par le niveau d'agrément du MAD ouvert aux personnes handicapées et non réservé aux personnes âgées.

En effet dans le secteur géographique ciblé : département X , les politiques publiques ont entamé une démarche de convergence de l'accompagnement des personnes qu'elles soient en situation de handicap ou de dépendance. Le critère de l'âge n'est plus un critère d'accès au service. Comme le précise le communiqué de presse à son ouverture, « *la Maison départementale de l'autonomie a ouvert ses portes le 1er janvier 2014. Elle regroupe la Direction de la solidarité du Conseil général en charge des personnes âgées et personnes handicapées, la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) et les Centres locaux d'information et de coordination*

(CLIC) »²⁷l'objectif est de « *simplifier et faciliter les démarches des usagers* » en créant un « *guichet unique d'accueil aux personnes en situation de perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap.* ». Aujourd'hui, il existe dans chaque secteur géographique du département, un seul professionnel *chargée de suivi et d'accompagnement* des personnes dépendantes et des personnes handicapées.

En ce qui concerne les prestations offertes ou disponibles aux usagers du MAD, elles sont identiques quelle que soit la personne. Le seul critère variable est la tarification horaire de l'intervention de l'aide à domicile sachant que celle-ci varie systématiquement selon les situations administratives des individus en fonction de leur âge, leur caisse de retraite, leur niveau de ressources. Les missions de l'aide à domicile ne sont pas différenciées : la nature de l'intervention est défini selon les besoins repérés et exprimés de l'utilisateur.

Mon choix de ne pas créer 2 catégories distinctes, n'est pas lié uniquement au contexte local, mais il s'inscrit dans une vision globale de l'évolution de la question de la convergence handicap et dépendance. Comme le précise l'article 13 de la loi du 11 février 2005, « *dans un délai maximum de cinq ans, les dispositions de la présente loi opérant une distinction entre les personnes handicapées en fonction de critères d'âge en matière de compensation du handicap et de prise en charge des frais d'hébergement en établissements sociaux et médico-sociaux seront supprimées*²⁸ ».

Par ailleurs et conformément à cet article, la CNSA consacre dans son rapport annuel de 2007, une partie à la question de la convergence. « *L'équité, la justice, le bon sens même, rejoints d'ailleurs par tous les travaux scientifiques, montrent qu'il n'est pas possible d'introduire une frontière d'âge dans les désavantages de vie personnelle et sociale causés par une incapacité physique ou psychique. Il convient donc d'aborder résolument la question de l'autonomie sous l'angle de la « convergence », c'est-à-dire de l'approche des situations de handicap uniquement pour ce qu'elles sont, quel que soit l'âge de celle ou celui qui les subit*²⁹ »

Elle précise que la « *convergence ne veut pas dire réponse identique quel que soit l'âge, mais approche qui ignore l'âge en tant que tel pour ne partir que de l'expression des besoins de vie concrète* »²⁹. et enfin, elle ajoute que « *l'autonomie est à l'évidence*

²⁷Communiqué de presse_ouverture maison départementale de l'autonomie, CG, 3janvier 2014

²⁸Loi du 11 février 2005

²⁹Cnsa rapport annuel 2007_p71_cnsa.fr

Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

une notion qui ne peut pas se décliner dans des termes radicalement différents de part et d'autre de la limite purement administrative de 60 ans ».

C'est dans ce contexte des politiques publiques et au vu du fonctionnement du service, cohérent avec l'approche plaçant l'expression des besoins comme point de départ de l'accompagnement, qu'on réalise le choix d'étudier l'isolement social de l'ensemble des usagers du service sans distinction de l'âge.

3.2. Terminologie

Il me semble important de préciser le choix du terme utilisé définissant la population cible. Selon les travaux de Stibon (2009), *« les personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie ne doivent pas être considérées comme deux catégories distinctes. Il faut donc trouver une définition qui ne fasse pas de distingo entre le handicap et les personnes âgées en perte d'autonomie. »*³⁰

La terminologie « personne en perte d'autonomie » réfère quasi systématiquement aux personnes âgées, *« le concept de perte d'autonomie, plus ou moins synonyme dans ce cas de dépendance, est très lié au secteur gériatrique »*.³¹ De plus comme le souligne Ennuyer (2010) dans l'article « La dépendance en France, état des lieux et prospective : vers un nouveau contrat social ? » *« nombreux sont les médias et acteurs médicaux et sociaux à [...] associer »* la dépendance *« à tort à la perte d'autonomie. »*. De plus mon regard en tant qu'ergothérapeute est sensible à cette distinction entre dépendance et autonomie: la dépendance se définit comme l'incapacité à réaliser un acte de la vie courante quel que soit l'âge de la personne, alors que l'autonomie est la possibilité d'avoir le libre choix dans la réalisation de son projet de vie, c'est être responsable et décideur de son projet de vie même si la dépendance est totale. *« La confusion créée entre dépendance et perte d'autonomie signifierait-elle que les personnes dépendantes n'ont plus le droit de décider de leur façon de vivre ? »* Ennuyer 2010³².

³⁰Recherche qualitative exploratoire Handicap - Incapacité 6 Santé et aide pour l'autonomie (vol 1)_octobre2010_ FNG-REVeSS-UMR6578 CNRS

³¹Recherche qualitative exploratoire Handicap - Incapacité 6 Santé et aide pour l'autonomie (vol 1)_octobre2010_ FNG-REVeSS-UMR6578 CNRS

³²Ennuyer 2010_ LA DÉPENDANCE EN FRANCE, ÉTAT DES LIEUX ET PROSPECTIVE : VERS UN NOUVEAU CONTRAT SOCIAL ?

Conserver la terminologie « personne en perte d'autonomie » au cours de mon étude risquerait d'entraîner des biais involontaires et inconscients lors des entretiens et des échanges, tel que prendre en compte uniquement les personnes de plus de 60 ans en excluant les personnes handicapées, ou encore sous entendre qu'ils ont perdu leur capacité à choisir leur mode de vie. Afin d'éviter ces phénomènes et ainsi prendre en considération toutes les personnes bénéficiaires du service de maintien à domicile, j'aurais souhaité trouver un terme unique. Celui qui est le plus souvent utilisé, entendu est celui de « usagers du MAD ».

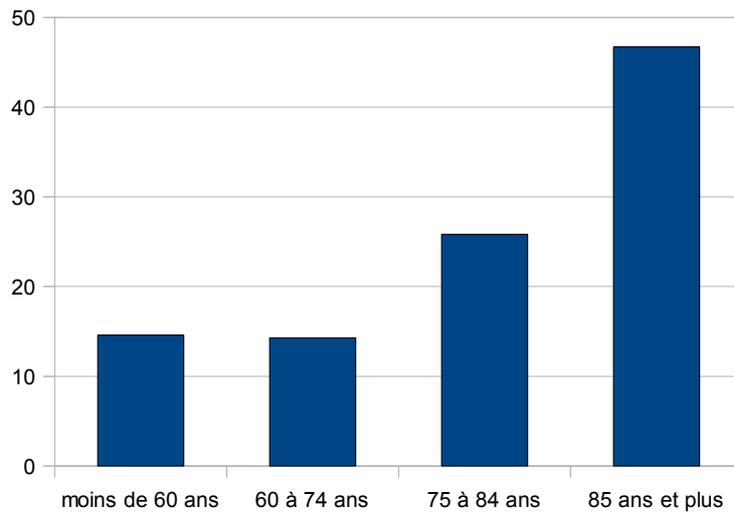
On peut alors considérer que le seul critère « être bénéficiaire du service » signifie la notion de besoin d'aide à l'autonomie. Pour faciliter les échanges et ainsi clarifier la population cible, on fait le choix de conserver ce terme générique mais compris sans équivoque par tous.

3.3. les caractéristiques de « la population MAD »

Selon le rapport d'activités, le service d'aide à domicile est intervenu auprès de 711 personnes en 2014. Le questionnaire de satisfaction a été adressé aux usagers ayant bénéficié des interventions des aides à domicile courant les 3 derniers mois avant l'envoi. Il a donc été envoyé à 544 usagers, 326 questionnaires ont été retournés, soit 60% de réponses.

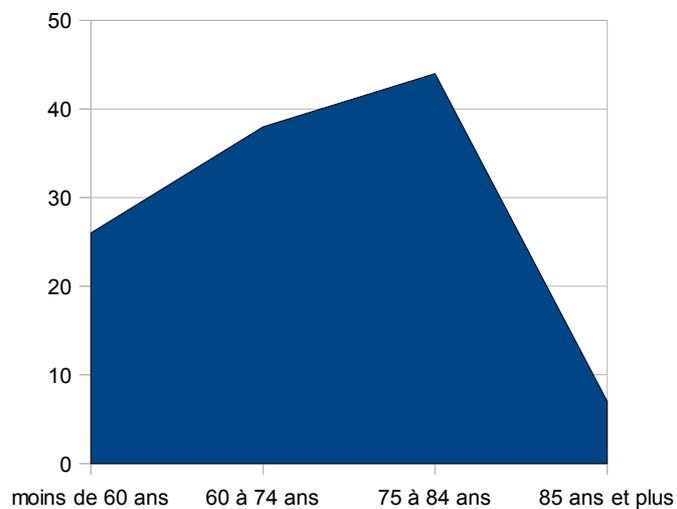
Les réponses permettent d'objectiver la situation des usagers répondants :

Le graphique n°1 présente la répartition par âge des usagers. On peut constater que en fin d'année 2014, les personnes bénéficiaires de l'intervention d'une aide à domicile sont majoritairement âgées de 85 ans et plus (46.7%), 25.8% d'entre elles sont âgées de 75 ans à 84 ans, 14.3% sont âgées de 60 à 74 ans et 14,6% sont âgées de moins de 60 ans.

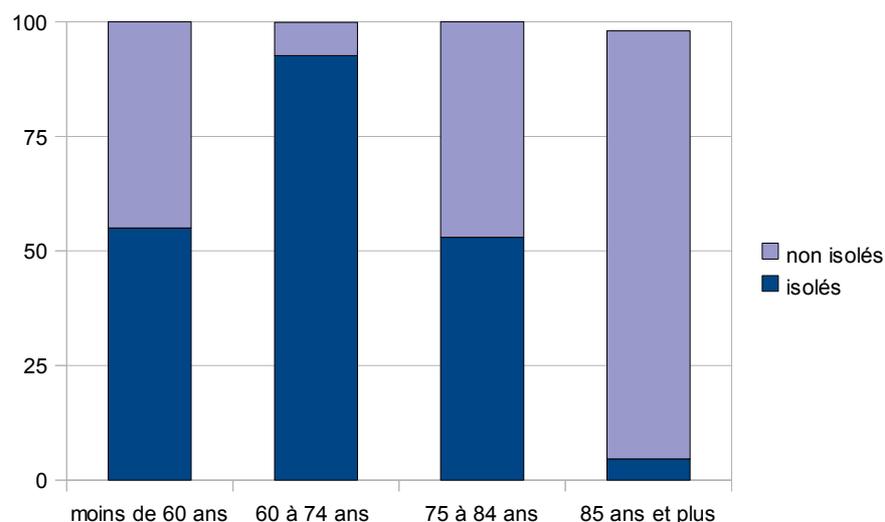


Graphique n°1 : répartition par âge des usagers répondants au questionnaire

Les graphiques n°2 et n°3, présentent la répartition des situations d'isolement mesurées suite au retour des questionnaires.



Graphique n°2 : Nombre d'utilisateurs isolés selon leur catégorie d'âge, parmi les répondants au questionnaire



Graphique n°3 : Part des usagers isolés dans chaque catégorie d'âge

Ces données issues de l'enquête de satisfaction de l'année 2014, permet de mettre en avant le fait que les usagers âgés entre 75 et 84 ans en situation d'isolement sont nombreux certes, mais la part des personnes isolées parmi les usagers âgés entre 60 et 74 ans est significative. Cette tranche d'âge doit être considérée comme une catégorie fortement impactée par l'isolement : 9 usagers sur 10 se sont considérés isolés en regard de la définition choisie. Une vigilance particulière devrait être portée à ces usagers "encore jeunes".

Afin d'affiner le profil des usagers susceptibles d'être isolés, j'exploite les éléments complémentaires : le sexe des usagers et leur situation familiale

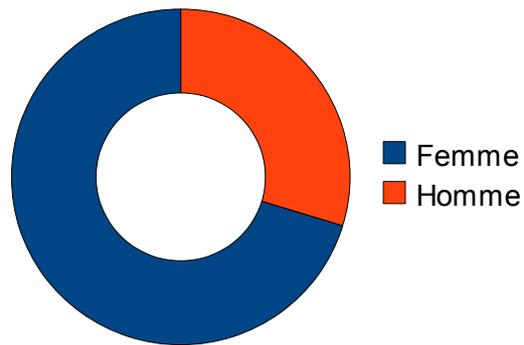


Illustration 4: Répartition Homme-Femme parmi les personnes isolées

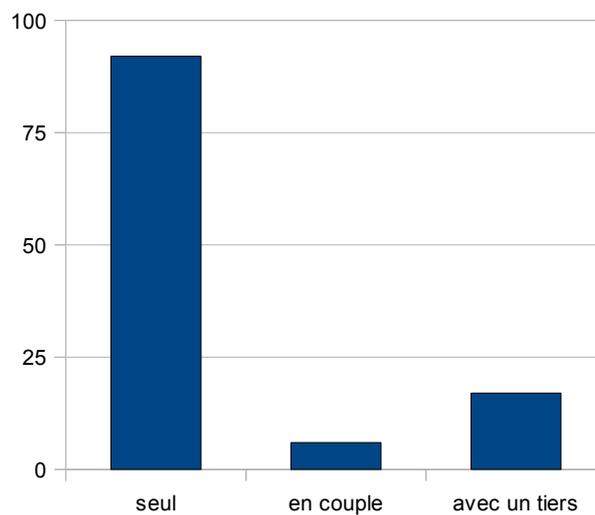


Illustration 5: nombre d'usagers selon la composition de leur foyer de vie

Ces 2 derniers graphiques, mettent en évidence une nette proportion de femmes vivant seule à leur domicile, en situation d'isolement.

4. méthodologie d'enquête

Afin de présenter les résultats de mon étude, on vous propose de vous expliciter la démarche exploratoire choisie. Trois moyens sont utilisés de façon complémentaires :

- le questionnaire
- l'entretien semi directif
- l'observation

Ces outils de collectes de données offrent des caractéristiques différentes et présentent des atouts particuliers. leurs comparaison et leurs mises en parallèle permettent une analyse globale du service de maintien à domicile.

4.1. Le questionnaire

Avant le début de l'étude, un questionnaire de satisfaction a été élaboré par le CCAS incluant 5 questions relatives à l'isolement et à la participation éventuelle aux ateliers de « loisirs et vie sociale ».

La première question relative à l'isolement est la suivante :

- Combien de contact avez vous eu dans le mois avec votre entourage proche (famille, vos amis, voisins, etc)?
 - 0 visite 1 visite 2 à 5 visites 6 à 10 visites > 10

Cette question construite à partir de la définition de l'isolement relationnel permet de repérer objectivement les personnes isolées.

De 0 à 1 visites mensuelles	Personnes très isolées
De 2 à 5 visites	Personnes isolées
Au delà de 6 visites mensuelles	Personnes non isolée

Comme expliqué précédemment, le questionnaire a été envoyé à tous les usagers bénéficiant de prestations d'aide à domicile courant les 3 derniers mois précédant l'envoi. C'est à dire 544 usagers ont donc reçu ce questionnaire et 326 personnes ont retourné le document renseigné. Les personnes uniquement inscrites dans le cadre du portage des

*Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>*

repas et la télé-alarme ont reçu un questionnaire différent dans lequel la question de l'isolement n'a pas été ajoutée. Cette étude concerne donc uniquement les usagers bénéficiant de l'intervention d'une aide à domicile, aucun élément ne pourrait être généralisé à l'ensemble des personnes suivies par le MAD.

L'avantage du questionnaire réside dans le fait qu'il permet de recueillir des données quantifiables. sa diffusion papier permet d'interroger un grand nombre de personnes et ainsi apporter des caractéristiques représentatifs des usagers de l'aide à domicile. Toutefois, les limites de cet outil doivent être reconnus. En effet, la diffusion papier par voie postale ne garantie pas la compréhension des consignes par tous, l'identité des répondants : l'utilisateur a-t-il été aidé pour remplir le questionnaire? A-t-il été influencé par un tiers?

Les entretiens, l'observation de terrain permettent quant à elles de compléter ces premiers éléments recueillis.

4.2. les entretiens semi-directifs

○ Identification des acteurs interviewés

On choisit de mener des entretiens semi-directifs afin de recueillir les expériences et les représentations de différents acteurs du maintien à domicile. Ces entretiens sont réalisés sur leur lieu habituel de travail.

Afin d'obtenir une vision globale des avis sur la notion de l'isolement social et des différentes composantes de ma recherche, j'ai fait le choix de rencontrer plusieurs professionnels du service de maintien à domicile. Pour cela, j'ai opéré un repérage et une sélection des fonctions significatives des missions et du fonctionnement du service.

- **2 aides à domicile**³³ (56 ETP professionnels) : elles réalisent les interventions au domicile des usagers.
 - une aide à domicile ayant le diplôme DEAVS (Diplôme d'État d'Auxiliaires de Vie Sociale)
 - une aide à domicile sans diplôme lié au service d'aide à la personne.

³³ le choix du profil des aides à domicile rencontrées est réalisé en fonction des données collectées dans le rapport d'activité de l'année 2014. Les critères retenues sont la catégorie d'âge et le parcours de formation.

*Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>*

- **2 responsables de secteur** ³⁴(3 professionnels exercent cette fonction). Elles planifient les interventions, elles gèrent chacune 25 AD sur leur secteur. Elles réalisent le suivi de l'accompagnement des usagers.
- **l'infirmière coordinatrice** (poste unique). Elle réalise l'évaluation initiale des besoins des usagers en lien avec leur problématique de santé. Elle apporte soutien et conseils aux professionnels pour les situations dites complexes. Elle assure l'accueil et l'information auprès des AD remplaçantes.
- **la responsable adjointe** (poste unique) Elle organise et réalise l'évaluation initiale des besoins des usagers, en vue de la constitution du dossier administratif. Par ailleurs elle gère le suivi de la prestation portage de repas.
- **la responsable du service** (poste unique). Ses missions sont les suivantes : gestion des équipes du service de maintien à domicile, partenariat avec les différents financeurs, relais lors des coordinations des situations complexes ou en lien avec des questions éthiques.
- **la directrice du CCAS** (poste unique) Ses missions sont les suivantes : gestion du CCAS, garant des axes de développement des différents pôles, directive pour les nouveaux projets.

Le service de maintien à domicile étant un service du CCAS de la ville, il est donc soumis à l'influence des élus en place. On prévoit donc un entretien complémentaire avec **Mme A adjointe au maire en charge du CCAS et actuelle vice présidente du CCAS**. De plus, le département étant dans une dynamique de convergence des politiques handicap-dépendance, il me semble pertinent de rencontrer **Mme H, chargée de suivi et d'accompagnement sur le secteur ciblé à la MDA**. Cette personne, présentée comme un des partenaires important du CCAS, oriente et évalue certains usagers vers le service. Sa représentation du service et de ses missions sont des éléments nécessaires à cette étude.

○ **La grille d'entretien**

Les questions sont orientées vers la notion de l'isolement social :

- Que cela signifie t-il-pour vous ?
- Quels seraient les critères de repérages, avec quel moyen ?

³⁴ Les responsables de secteur participent à l'enquête sur la base du volontariat et selon leur disponibilité.

- Comment relayer vous l'information ? Et à qui ?
- Pour quelle action attendue?
- Quels seraient vos idées ou vos avis pour développer la lutte contre l'isolement ?

4.3. L'observation

L'intérêt de l'observation est qu'elle spontanée, sans filtre ou sans retenue contrairement à l'entretien. Elle vise à apporter des éclairages sur les éléments abordés lors des entretiens. On peut noter deux formes d'observation : le recueil de l'information spontanée, et des temps d'observation ciblée (les temps de transmissions entre les aides à domicile et les responsables de secteur, les temps d'évaluation des besoins de l'utilisateur.)

Partie III. l'analyse

1. la représentation de l'isolement

1.1. une définition imprécise

A la lecture de l'analyse des entretiens, on constate que seules 3 personnes interrogées sur 10 expriment clairement la difficulté de définir l'isolement. Les paroles de la responsable adjointe *“c'est très large, c'est très compliqué à définir finalement”*, reflètent cette notion imprécise de l'isolement.

A ces propos explicites j'ajoute une observation plus générale. Effectivement à la question : “que représente l'isolement pour vous?”, on constate beaucoup d'hésitations, de temps de réflexions ce qui peut laisser sous-entendre une difficulté à trouver les mots juste pour expliquer sa représentation de l'isolement. Dans 8 entretiens, on note en réponse des successions d'exemples qui pourraient être considérés comme des situations d'isolement. Les propos de la responsable adjointe du service *“c'est quelqu'un qui va pas forcément aller vers les autres, qui ne va pas avoir de relais, [...]qui ne va pas solliciter l'assistante sociale”* illustrent cette attitude ainsi que ceux de l'adjointe au maire en charge du CCAS qui définit l'isolement par une succession de mots associés à sa perception : *“veuf ou veuve, femme seule avec enfants, c'est grande précarité”*. Ces enchaînements d'exemples ont pour but d'explicitier le plus clairement possible la représentation personnelle. Ils permettent de lister des phénomènes complémentaires. Ce qui laisse supposer que la situation d'isolement est perçue non pas comme un élément objectif et mesurable mais bien par un contexte pluriel où divers aléas peuvent être observés. Dans 3 entretiens, des professionnels mettent en avant également des notions contradictoires comme l'infirmière coordinatrice qui définit *“une personne isolée, c'est déjà personne seule, et c'est par forcément le cas”*. Cette ambivalence renforce l'idée que la définition de l'isolement est difficile à poser.

A l'inverse, une seule personne fait référence à la définition objective de l'isolement, selon laquelle une personne est considérée isolée lorsqu'elle a moins de 5 contacts par mois dans un des réseau sociabilité.

Pour la majorité des personnes rencontrées, l'isolement est une notion vague et approximative. On est face à une représentation contextuelle et personnelle de l'isolement

*Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>*

et non une définition claire et généralisée. Elle émane le plus souvent de représentation individuelle et d'observation de situation singulière.

La définition de l'isolement n'est certes pas univoque parmi les personnes interrogées, elle sous-entend toujours plusieurs notions complémentaires. Cependant, l'analyse des entretiens permet de repérer des notions communes entre les professionnels.

Tout d'abord l'entourage proche : les représentations individuelles recueillies prennent en compte au moins 2 réseaux de sociabilité comme indiqués dans la définition de la Fondation de France : le réseau familial et le réseau de voisinage. Les réseaux complémentaires : affinitaire (fréquentation d'association ou de réseaux autour de centre d'intérêt particulier), amical et professionnel sont absents des discours. Comme on pouvons le constater, une seule personne (responsable adjointe) évoque le réseau amical et affinitaire au cours de l'entretien.

- *« là pour moi c'est quelqu'un qui peut être isolé. alors isolé mais, isolé de relations familiales, relations amicales, pas d'activités à l'extérieur qui va être très solitaire. »*

Le réseau professionnel est quant à lui, abordé une seul et unique fois, par Mm A, Adjointe au Maire, lorsqu'elle évoque les situations d'isolement non spécifique au grand âge.

- *« les gens solitaires n'ont souvent pas d'activités professionnelles y en a aussi qui ont une activité professionnelle mais c'est vrai qu'ils ne communiquent pas trop avec leur collègues de travail et puis qu'ils rentrent chez eux tout seul le soir, mais c'est là assez rare. »*

Certes de nombreux usagers sont en retraites mais si on considère que la tranche d'âge des 60-74ans représente la catégorie des usagers présentant une part importante de l'isolement, on aurait pu attendre de ces personnes proche de l'âge légal de la retraite, des liens professionnels maintenus et ainsi un réseau de sociabilité actif. Mme R, le fait remarquer dans son témoignage, l'arrêt de son activité professionnelle a limité progressivement ses contacts avec ses partenaires et petit à petit elle a perdu les liens.

Ces 3 réseaux évoqués très ponctuellement peuvent être considérés comme quasi absents dans les représentations de l'isolement de la part des professionnels, contrairement aux réseaux familial et de proximité (voisinage).

1.2. L'identification des réseaux de sociabilités

○ Le réseau familial

*“L'une des caractéristiques principales de ces solidarités familiales est de résister à l'éloignement, aux brouilles et à l'espacement des contacts.”*³⁵ Selon le rapport sur les solitudes en France, ce réseau est considéré *“un réseau quasi indéfectible”*. *“Ce sentiment est en partie indépendant de la fréquence des contacts effectifs au sein du réseau familial. Il témoigne plutôt du sentiment d'être inscrit dans un réseau mobilisable et durable.”* c'est *“un réseau plus résistant aux aléas de la vie”* et *“un réseau d'entraides intergénérationnelles”*

Les relations familiales apparaissent dans 9 entretiens sur 10. Pour les professionnels interrogés, elles sont un élément déterminant de la vie sociale des usagers. Les liens avec l'entourage familial conditionneraient le maintien du lien social, et l'absence de ce réseau dans le quotidien de l'utilisateur serait fortement corrélée à une situation d'isolement. Les causes identifiées de l'isolement familial sont plurielles. Elles sont soit de l'ordre de l'éloignement géographique *“pas de famille autour”* *“les familles sont au loin”*, soit de l'ordre des relations conflictuelles ou inexistantes *“des familles qui ne veulent pas les voir”*, *“j'ai une personne, qui s'entend plus du tout avec ses enfants”*, *“(elles)se sont isolées de leur famille”*. Ou encore de l'absence totale de famille *“celles qui n'ont plus de famille”*, *“y a pas de famille”*, *“qui n'ont pas d'enfants.”* *“qui n'ont pas de famille”*.

La fréquence de ces mots, extraits de divers entretiens reflètent l'importance que les professionnels portent aux relations familiales. L'étude de 2014 de la fondation de France le présente également comme *“un réseau qui compte”*⁴³, pour les personnes enquêtées. Ce réseau est souvent en lien avec les professionnels du domicile. *“Loin de pouvoir se superposer, l'aide humaine professionnelle et l'aide humaine familiale sont interdépendantes.”*³⁶ Les aidants familiaux prennent une place importante dans

³⁵ Collectif combattre les solitudes, Les Solitudes en France. Juillet 2014_ p18

³⁶ handicap et aides humaines vie a domicile et accompagnement_ éditions-h RECHERCHE HANDICAP SOCIÉTÉ_2015_p24

Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

l'accompagnement des personnes à domicile. Leurs rôles ont été recensés lors de l'enquête handicap-santé auprès des aidants. Il s'avère que *“les proches sont des figures importantes dans l'aide apportée aux personnes âgées à domicile. Parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile, huit sur dix sont aidées par leur entourage et six sur dix le sont pour des tâches de la vie quotidienne.”*³⁷

En ce qui concerne l'aide à domicile apportée aux personnes adultes handicapés, l'activation du réseau familial est également constaté. *“Les aidants non professionnels qui interviennent auprès de personnes handicapées, dans le cadre d'une aide mixte ou informelle, sont dans plus de 9 cas sur 10 des membres de la famille”*³⁸. Ces résultats d'enquêtes et d'études mettent en avant d'une part le rôle des aidants familiaux dans l'aide à domicile des personnes âgées ou adultes handicapés et d'autre part les liens induits par cette relation d'aide entre les professionnels et les non professionnels. L'entourage familiale est considéré comme un “relais” pour le service de maintien à domicile d'autant plus que la solidarité intergénérationnelle s'exprime. Quand il s'agit de soutenir l'usager dans les tâches administratives, le suivi médical, les courses..essentiellement les tâches tournées vers l'extérieur du domicile, ce sont les enfants ou les petits enfants qui sont évoqués. (recherche dans les entretiens).

La question est de savoir si la population des usagers du maintien à domicile est sujet à l'isolement familial. Malgré le ressenti général que ce réseau est un réseau fiable, il est *cependant à nuancer*. *« Les personnes veuves, séparées ou souffrant d'un handicap physique invalidant ont objectivement moins de contacts avec les membres de leur famille qu'en moyenne »*⁴³. Hors si on observe l'activité du service en 2014, il est possible de constater que 144 usagers bénéficiaires de l'aide à domicile sont en situation de handicap reconnu³⁹, soit 27% de la population totale suivie. Les situations de veuvage ou de séparation sont peu recensées dans les renseignements généraux des usagers. il n'est donc pas possible de comptabiliser la part des usagers vivant dans cette configuration familiale. Les seuls données recueillies concernant la situation familiale distinguent 3 catégories : en couple, seul ou avec un tiers. Cependant, selon le bilan d'activité de l'année 2014, 75% des personnes ayant répondu à l'enquête de satisfaction

³⁷ SOUILLER, Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie, résultats et N° 799 • mars 2012,

³⁸ Les aidants des adultes Handicapés_ÉTUDES et RÉSULTATS_N° 186 • août 2002

³⁹ handicap reconnu : sont inclus les personnes bénéficiaires des prestation de compensation du handicap et de l'allocation personnalisée de l'autonomie.

Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

du service d'aide à domicile vivent seules et on peut supposer qu'avec l'avancée en âge les situations de veuvage sont plus fréquentes.

En regard de ces données, on peut considérer que les usagers du service présente un risque de se trouver en situation d'isolement relationnel.

◦ **Le réseau de voisinage**

Ce réseau est le second réseau énoncé et recensé dans 6 entretiens. Il est énoncé que 2 fois au moment de la réponse à la représentation de l'isolement. Cependant lorsqu'il s'agit d'évoquer les critères de repérage, ou l'évaluation du contexte environnemental, 4 autres personnes évoque le voisinage, au fil des entretiens. Ce réseau n'est pas pensé directement pour définir l'isolement mais les relations de proximité, les échanges avec les voisins sont souvent considérées en seconde intention, il vient fréquemment après la famille comme si celui-ci était envisagé en cas d'absence de l'entourage familial. Les relations de voisinages sont des relations particulières, elles ne peuvent pas être assimilées aux relations familiales ou amicales.

Suite à l'enquête menée en 2006, le Collectif Combattre les Solitudes "*distingue 2 formes de relations de voisinages perçues et vécues par les personnes interrogées :*

- *un type de relation où le voisin apparaît plutôt comme un contact superficiel à qui on peut éventuellement demander un service.*
- *un type de relation conduisant à présenter plutôt le voisin comme interlocuteur potentiel, facile à rencontrer du fait de la proximité mais avec qui finalement, aucune relation n'est établie.*"⁴⁰

Ce réseau perçu comme facteur de lien social par les professionnels du service est un réseau en "*affaiblissement continu*"⁴¹ sur le territoire nationale, "*le pourcentage des personnes n'ayant pas ou peu de contacts avec ses voisins, au delà des relations de pure politesse, augmente [...], passant de 31% en 2010 à 36% en 2014.*"⁴¹

Par ailleurs, le service du maintien à domicile est un service du CCAS de la ville Z, donc tous usagers résident dans cette ville de 51 000 habitants, au moment de leur accompagnement. Selon le rapport des solitudes en France de 2014, le critère urbain est

⁴⁰ Observatoire nationale de la fin de vie, « la société face au vieillissement, le risque d'un naufrage social », Paris février 2014

⁴¹ Collectif combattre les solitudes, « Les solitudes en France 2014 » _p 3

Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

un élément conditionnant les relations de proximité, *“plus la taille de la commune augmente, moins ils (habitants) connaissent de monde autour de chez eux.”*⁴¹ Cette caractéristique urbaine de la situation de vie des usagers est considérée dans un seul entretien.

- La chargée de suivi et d'accompagnement de la MDA : *“y a des personnes qui arrivent à maintenir, qui ont un groupe d'amis qui viennent faire la belote toutes les semaines. Mais on dirais presque plus en campagne qu'en ville. Les gens se connaissent depuis longtemps”*

Les professionnels du service MAD, n'ont pas exprimé le critère urbain de la population accompagnée cependant, les termes comme l'ignorance ou l'individualisation de la société sont cités par deux personnes. Les propos de Mme A illustrent cette perception :

- *“Et en plus les gens sont de plus en plus individualistes, ils en ont rien à foutre de ce qui se passe à coté, on parle mal mais c'est exactement ça. Y a des tas des gens qui savent même pas comment s'appelle leur voisin sur le palier. Ils s'en foutent. Ça les intéresse pas. C'est triste.”*

Cela tend à confirmer que la population locale suit la même tendance d'affaiblissement des réseaux de proximité que celle repérée au niveau national.

Par ailleurs, DRUHLE (2007)⁴² alerte et interroge sur le niveau de solidarité que pourrait apporter un réseau de voisinage. *“peut-on passer si facilement des relations de voisinage à une solidarité de voisinage?”* ces relations de proximité sont fréquemment considérées comme des relations de politesse par convenance sociale amenant à reconnaître l'autre comme un élément de son environnement de vie. mais le voisin comme aidant au quotidien est rare et semble être peu pérenne. *“cette aide s'essouffle et s'effrite dès que la dépendance s'accroît, en particulier parce que la santé se dégrade”*. le relais vers des professionnels est souvent demandé et c'est peut être pourquoi le service de maintien à domicile est rarement en lien avec le voisinage.

Après avoir tenté de définir l'isolement par l'absence de lien avec l'entourage, donc un environnement humain pauvre, les professionnels mettent en avant des difficultés liées à l'environnement architectural du lieu de vie de l'utilisateur. c'est pourquoi le terme d'isolement résidentiel est employé dans le paragraphe suivant.

⁴² Druhle Marcel et al., “expérience du voisinage : propriétés générales et spécificités au cours de la vieillesse”, cahier internationaux de sociologie, 2007/2 n°123, p 325-339.

Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

1.3. Isolement résidentiel et les problèmes de santé

L'isolement résidentiel lié aux problèmes d'accessibilité est décrit au cours des entretiens. Ces situations sont les conséquences de 2 facteurs simultanés :

- un défaut d'aménagement d'accessibilité des logements et des espaces urbains : absence d'ascenseur, marches, rue en pente, pavés
- des limitations fonctionnelles chez les usagers avec perte de mobilité des membres inférieurs, des troubles de l'équilibre, des déficits sensoriels (exemple : diminution de l'acuité visuelle) etc.

Cet aspect est absent de la définition de l'isolement relationnel objectivable. Les professionnels le prennent en considération et l'évoque comme un frein à la réalisation de la participation sociale⁴³ des usagers. Comme le témoigne Mme R⁴⁴, qui dit ne pas pouvoir sortir seule *“à cause des marches, et de la cote pour aller à la boutique de tabac”*.

Son témoignage permet de recueillir ses difficultés à marcher dans son quartier mais elle fait également part à son impossibilité à utiliser les transports en commun, ce qui lui permettrait de se rendre à divers endroits de la ville.

- *“avec le déambulateur, on n'arrive pas à monter dans le bus, j'arrive pas à le soulever”*

En parallèle, les professionnels citent l'absence des aménagements ou la présence d'obstacles comme les raisons à la baisse de fréquentation les lieux communs ou même à la capacité de sortir de chez soi.

- Mme A, adjointe élue : *“les personnes âgées évidemment, qui dans certains logements sociaux n'ont pas d'ascenseur donc elles restent chez elles, elles ne peuvent pas sortir toutes seules par leurs propres moyens.*
- Mme C, responsable adjointe : *“l'isolement ça peut être aussi du aux problèmes de mobilité tout simplement”*

Cette notion de barrière architecturale a également pu être constaté à plusieurs reprises. En tant qu'ergothérapeute, j'ai été régulièrement amené au cours de cette année à apporter des conseils en aménagement des lieux de vie. Lors d'une visite réalisée en

⁴³Participation sociale : réalisation de toutes les tâches individuelles, ménagères et communautaires d'un individu.

⁴⁴Témoignage recueilli de Mme R usager du service MAD.

Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

mars 2015 en centre ville, j'ai rencontré Mr et Mme S. Mr S porteur d'une pathologie neuro-dégénérative ne parvient plus à descendre seul les escaliers entre les pièces de vie et la porte d'entrée. Il ne peut donc plus sortir de son domicile sans être accompagné. Il devient dépendant d'un tiers pour cette tâche. par la suite Mme S explique les difficultés qu'elle éprouve pour "pousser" son conjoint installé dans le fauteuil roulant manuel. En effet une fois arrivé à la porte d'entrée, la rue est en pente et l'usage d'un fauteuil manuel dans ces conditions relève d'une épreuve sportive. A ce jour, Mr S ne fréquente plus la bibliothèque située à 500m de chez lui, lieu qu'il fréquentait régulièrement et faisant partie intégrante de ses habitudes de vie.

Les discours des professionnels, le témoignage de Mme R et cette observation de terrain confirment l'impact des obstacles environnementaux dans la réalisation et l'activation des réseaux sociaux.

Ces barrières architecturales sont systématiquement évoquées en lien avec l'apparition de problèmes de santé. En effet lorsque les professionnels développent leur notion d'isolement, les critères d'accessibilité et d'aménagements des espaces privés et publics sont pris en compte lorsque l'individu présente une dégradation de son état de santé ou une perte d'autonomie. Dans 7 entretiens sur 10, les problématiques de santé sont citées comme facteur d'isolement social. On peut considérer que le service de maintien à domicile place l'état de santé comme un élément déterminant dans le maintien et l'activation des relations sociales.

- Comme Mme E, Mme H fait le lien entre l'isolement et mobilité : *« l'isolement social c'est vraiment les personnes au domicile qui ont plus de vie sociale,[...] parce que elle a des problèmes de mobilités, voila, donc il y a eu comme ça un moment un isolement qui s'est installé.*
- Mme T, aide à domicile, AD1 présente une situation qu'elle suit pour évoquer les problèmes de santé comme facteur de son isolement : *"j'en ai une qui est très très isolée, moi, quand même. Elle a des problème de santé qui fait qu'elle peut pas sortir. Elle est dialysée trois fois par semaine donc l'hôpital"*

Dans la littérature, le lien entre l'isolement et les problématiques de santé est repéré. l'accent est porté essentiellement sur les conséquences des maladies survenues. En effet la maladie, en tant que telle, n'isole pas une personne mais ce sont les limitations fonctionnelles conséquentes de la pathologie qui réduisent le niveau de participation de la

personne en regard de son environnement. Concernant les usagers du service de maintien à domicile, leur problématique de santé peut être fréquemment complexe et plurielle dans le sens où *“la probabilité de rencontrer des difficultés augmente avec le vieillissement”*⁴⁵. *“Et plus que la sévérité d’un handicap, c’est le cumul des restrictions qui peut révéler des évolutions plus défavorables, des situations d’exclusions où certaines personnes semblent s’extraire du monde, renoncer à participer, à s’ouvrir aux autres, à sortir et pas seulement pour des difficultés liées aux contraintes d’accessibilité”*⁴⁵

Les extraits d’entretien et les articles présentent l’isolement comme une conséquence d’une modification de l’état de santé . Mais il ressort également que l’isolement soit générateur d’une dégradation de santé.

Pour l’infirmière coordinatrice, l’interlocuteur référent sur toutes les questions d’ordre médicale, l’isolement peut être à l’origine d’une modification de l’état général de la personne.

- *« Est-ce qu’il y a quelque chose qui ne va pas, un évènement mal vécu, est-ce qu’on est en deuil? Un deuil n’est pas forcément le décès de quelqu’un : ça peut être l’absence prolongée de quelqu’un, est-ce que ça été le facteur déclenchant puis du coup on tombe dans le trou, et là on arrive à une dépression, une petite déprime dans un premier temps. Est-ce qu’y a pas une pathologie sous-jacente aussi qui peut effectivement ne pas avoir été décelée. »*

Cet aspect, on le retrouve également auprès de l’aide à domicile AD2 qui relate l’histoire d’une femme chez qui elle intervenait.

- *« Elle restait au lit, elle savait que j’arrivais, elle restait au lit « oh bah oui, on suis fatiguée, on suis pas bien” [...] Elle avait pas envie de rester seule chez elle, elle se trouvait des maladies, pour pouvoir être placée. »*

◦ Le handicap psychique, une considération à part

A la lecture des entretiens, il semblerait que les professionnels établissent un lien entre l’apparition de troubles psychiques et la situation d’isolement de la personne. Il est

⁴⁵ RENAUT Sylvie, “Parcours de vie et données de cadrage” gérontologie et société- n°138- septembre 2011 p27

Claire DAZIN - Mémoire de l’Université de Rennes 1, de l’Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l’Université Rennes 2 - <a2014-2015>

tout de même important également de noter que les troubles psychiques entraînant un trouble de la relation sont considérés comme à part. On verra par la suite qu'une attention particulière est portée aux usagers présentant des troubles psychiques. L'intervention de l'aide à domicile est pensée différemment.

A ce stade, l'analyse des entretiens des professionnels, rejoint la représentation classique de l'isolement. comme le précise CAMPEON 2011, "*l'isolement provoqué par la perte des proches, les ennuis de santé, la démotorisation contrainte, l'inaccessibilité de l'environnement, etc en est un le plus commun et le plus connu.*"⁴⁶ mais leur représentation et leur critère observable sont souvent couplés au sentiment de solitude.

1.4. la solitude

Comme cité précédemment le substantif «solitude » renvoie à un vécu⁴⁷. Pour PITAUD. la distinction entre l'isolement et la solitude n'est pas homogène auprès des personnes interrogées. un de mes premiers constats concernant la place de la solitude dans les représentations de l'isolement, est la divergence entre les professionnels du maintien à domicile et les professionnels dirigeants ou partenaire. En effet la notion de solitude est abordée dans 5 entretiens sur 10 : la responsable du service, la responsable adjointe, les 2 responsables de secteur et les 2 aides à domicile. Pour ces 5 acteurs en lien direct avec l'utilisateur, lors des temps d'accueil, de recueil des besoins, des interventions ou de suivi, la souffrance ressentit et exprimée prend une place importante dans leur discours.

- Mme B, responsable du service débute l'entretien par ses mots : "*au niveau de l'isolement, on percevrait plus ça plus sur la perception de la personne qu'elle peut avoir sur sa solitude*"
- Mme AD1: "*une personne qui est se sent seule chez elle*"

A l'inverse, la confusion entre solitude et isolement est moins présente auprès des professionnels dirigeants ou partenaire. Ces professionnels se situent plus à distance des

⁴⁶ Campeon Arnaud, "vieillesse ordinaire en solitude". Gérontologie et Société, 2011/3 n°138, p217-229.

⁴⁷Collectif « Combattre la Solitude des personnes âgées » Enquête Isolement et Vie relationnelle /Rapport général/AC Bensadon/Sept06 : les isolés sont bien plus fréquemment sensibles au sentiment de solitudes (18.1% contre 7.7% chez les non isolés) et à l'impression d'ennui (17.1% contre 7.6%)

Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

usagers, leur rôle souvent en lien avec l'accès aux droits et la garantie de leur applications, laisse moins de place au ressenti individuel et à l'expression de celui-ci. Mme D, directrice, recherche l'isolement *“en objectivant quand même en demandant combien de rencontre elles ont dans la semaine etc.”*

La solitude est un ressenti individuel. Très souvent associée à l'isolement dans les esprits et dans les faits⁴⁷, la solitude n'est pas exclusivement réservée aux personnes isolées. En effet il est parfois difficile de faire la part de choses entre la souffrance engendrée par le sentiment de solitude et un constat réel d'isolement social. Campéon (2011), aborde *“la complexité de ce sentiment”* où il note *“qu'un individu isolé ne se sente pas seul, alors qu'inversement, il arrive qu'une personne a priori bien entourée puisse souffrir de solitude »*. Cette ambiguïté est apparente dans les discours recueillis comme le prouvent les extraits suivant :

- Mme C, responsable adjointe : *“ après on peut être très entouré et se sentir très isolé”*
- Mme J, responsable de secteur 2 *“C'est vrai qu'on peut avoir de la famille tout autour de soi mais une famille qui n'est pas totalement présente et on se sent seule. Après on parle en tant que professionnelle et en connaissance de cause, parce qu'on a tous un grand-père ou une grand-mère qui même si on va le voir régulièrement, se sent seul.”*
- Mme AD2 : *“Ça veut pas dire de rester seul chez soi. C'est intérieur, quand il parle on sent bien qu'il a une grande solitude et ça lui pèse”*. ou encore *“Vous voyez elle a des enfants et tout, elle a une solitude, elle a quand même une solitude pourtant elle est entourée cette dame donc voilà.”*
- Mme E, responsable de secteur1, *“Ça remonte assez souvent : on m'ennuie, on suis toute seule, on vois personne. Après on a certaine pathologie qui accentue ce côté où les gens même si il y a des passages réguliers, ils se sentent tout seul.”*

1.5. Une notion particulière : la précarité

Après avoir identifiées chez les professionnels interviewés, les principales caractéristiques communes de la notion de l'isolement (relations familiales, voisinage,

accessibilité et la solitude) il me semble pertinent de préciser des éléments énoncés ponctuellement : le lien entre la précarité et l'isolement

En effet 2 personnes évoquent largement la précarité comme facteur d'isolement social. En ce qui concerne les personnes de plus de 60 ans, les études présentées dans le rapport des solitudes en France de 2014, indiquent que *“le fait de bénéficier d'une situation économique plus favorable n'est pas forcément une garantie d'intégration à la vie sociale chez les seniors”*⁴⁸. Si la précarité n'est pas un élément favorisant l'isolement social pour les personnes âgées, à l'inverse, l'isolement est considéré comme pouvant entraîner un individu dans une situation précaire. pour Mme D, directrice, l'enjeu de *“la lutte contre l'isolement, c'est de prévenir la précarité et d'assister des personnes en difficulté. c'est le rôle du CCAS”*. la notion de précarité est une notion importante, liée à la pleine participation sociale des usagers en permettant l'accès à ses droits individuels, et en respectant sa citoyenneté.

- *« Dans le secteur social, on a des situations d'isolement qui conduisent vraiment à ce que les personnes ne voient plus personnes elles ne côtoient plus personnes, elles ne s'occupent plus de la mise à jour de leur dossier : par exemple, elle ne vont plus avoir de carte vitale, elle ne va plus fonctionner, elles ne remplissent plus les dossiers, elle ne vont plus s'occuper par exemple le dossier de retraite, du coup elles ne vont plus demander le minimum de retraite, et puis petit à petit elles s'isolent complètement, elles ne vont plus demander l'APL (allocation personnelle pour le logement), elles vont vivre dans un état de précarité elles vont s'endetter; elles vont finir par ne plus payer leur loyer, elles vont mal s'alimenter parce qu'elles n'ont plus le budget. Quand on dit que le CCAS doit agir contre l'isolement c'est éviter que les situations se dégradent et que des personnes basculent dans la précarité. »*

La notion de précarité place ici, l'isolement comme un sujet concernant l'ensemble du CCAS et non uniquement le service de maintien à domicile. Ce constat est également réalisé dans l'entretien avec Mme A, adjointe au Maire, qui place la situation d'isolement social associé à la “grande précarité” comme un phénomène très inquiétant et “non réservée” aux personnes âgées.

⁴⁸ Collectif Combattre les Solitudes, Les solitudes en France 2014_ Fondation de France_ p 23
Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

2. Le repérage des situations d'isolement

Après avoir défini et décrit les représentations professionnelles de l'isolement, la question est de savoir comment repérer ses situations? les réponses des professionnels doivent apporter un éclairage afin de pouvoir répondre à la question : le service de maintien à domicile est-il un acteur potentiel du repérage des personnes en situations d'isolement ou en risque de rupture?

L'analyse des entretiens permet d'établir les critères reconnus par les professionnels, ainsi que le rôle de chacun.

2.1. Les critères

Les données collectées pour évaluer la situation sociale d'un usager renseignent les éléments de la définition précédemment construite au travers des différents entretiens. On retrouve donc en premier : la présence de la famille, ensuite, les relations de voisinage, le suivi médical et enfin la fréquentation d'activité extérieure.

Ces éléments peuvent être renseignés à divers moments de l'accompagnement et par différents acteurs sous plusieurs formes. Mme B, précise que "*en terme de repérage, c'est soit nous, soit les aides à domicile.*" Le "nous" englobe les professionnels responsables de secteur, la responsable adjointe et elle-même, responsable du service. ces personnes ont pour mission de réaliser l'évaluation initiale des besoins et leur ajustement au fil du temps. On verra que selon le moment, les acteurs et les modalités de repérage évoluent.

2.2. Savoir quand repérer

○ Première étape potentielle : l'évaluation initiale

Au moment de l'évaluation initiale de la constitution du dossier, des questions précises sont posées concernant les relations avec la famille, les voisins, le suivi médical et les sorties. Le professionnel en charge de cette évaluation, la responsable adjointe le plus souvent, interroge l'utilisateur et complète le dossier administratif en fonction des réponses apportées. son rôle est confirmé par Mme B, responsable du service

- *“c'est F qui fait les visites et elle, son objectif c'est d'évaluer la situation sociale”*

J'ai pu observer le lundi 11 mai 2015, lors du premier rendez-vous entre ce professionnel et un nouvel usager, le déroulement de cette évaluation initiale des besoins. Après avoir présenté le service d'aide à domicile, Mme C collecte les informations générales du demandeur. Et c'est au cours de la discussion que Mme C va pouvoir poser les questions relatives à l'entourage. Cette mission généralisée à tous les premiers entretiens d'évaluation de la demande est décrite au cours de l'entretien :

- Mme C décrit son investigation auprès de l'usager : *“est-ce qu'il y a un entourage familial, est-ce qu'il y a un entourage au niveau des voisins? [...] est-ce qu'il voit régulièrement le médecin? on pense que toute la partie médicale ça en fait partie, est-ce qu'il y a des infirmiers? quand il y a des infirmiers libéraux, qui passent tous les jours, on me dit qu'il y a quand même quelque chose en place.”*

Les réponses apportées vont permettre d'établir un premier état des lieux de la situation sociale de l'usager. *“En évaluant cet élément là, elle va forcément évaluer si la personne est entourée accompagnée ou à l'inverse si elle doit se débrouiller seule”* (Mme B, responsable de service). Ils seront ensuite notifiés dans les éléments généraux du dossier informatisé.

- Mme C : *“dans nos dossiers, on a tout ce qui fait partie s'ils vivent seuls, si ils ont des contacts avec la famille, si ils sont avec des voisins ou pas. et puis moi on note”*

Une remarque me semble importante à préciser. A la lecture des entretiens et de l'observation de terrain, on constate que l'évaluation initiale des attentes et des besoins des usagers est basée sur la grille AGGIR⁴⁹(Autonomie gérontologique groupe iso-ressources). A la question : l'évaluation des besoins est faite avec quel outil? Mme C, responsable adjointe du service répond : *“moi, on base sur le GIR”*. Cette trame utilisée comme guide d'évaluation centre le regard de l'évaluateur sur les besoins primaires et les

⁴⁹Grille AGGIR : outil réglementaire pour l'attribution de l'APA (Allocation Personnalisée à l'Autonomie).

Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

limitations fonctionnelles de la personne. L'influence de l'environnement humain et matériel est peu prise en considération à ce niveau qu'il soit un facilitateur ou un obstacle à la réalisation.

Rappel de la grille AGGIR :

cette grille d'évaluation est un *outil multi-dimensionnel de mesure de l'autonomie, à travers l'observation des activités qu'effectue seule la personne âgée*. il établit un score de performance pour 10 domaines discriminants et 7 domaines complémentaires.

les 10 variables discriminantes concernent le fonctionnement de la personne :

cohérence : converser et/ou se comporter de façon logique et sensée

orientation : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux

toilette : assurer son hygiène corporelle

habillement : s'habiller, se déshabiller, choisir ses vêtements

alimentation : se servir et manger les aliments préparés

hygiène de l'élimination : assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale

transferts : se lever, se coucher, s'asseoir

déplacement à l'intérieur du logement ou de l'institution (éventuellement avec canne, fauteuil roulant ou déambulateur)

déplacement à l'extérieur : à partir de la porte d'entrée, à pied ou en fauteuil

communication à distance : utiliser les moyens de communication (téléphone, alarme, sonnette).

et les 7 domaines complémentaires concernent la réalisations des tâches communautaires : gestion - achats- cuisine - suivi des traitements - ménage - activités de temps libre - transports

Au cours de l'entretien chez l'utilisateur, l'évaluation des réseaux de sociabilités et de leurs soutiens sont explorés secondairement. Les constats et les réponses sont alors consignés généralement dans la partie "observations diverses" du dossier de l'utilisateur.

- Mme B (responsable du service) : *"Voilà le dossier classique, on va évaluer plutôt au niveau de l'autonomie : ce que la personne est en capacité de faire toute seule, ce pour quoi il faut la stimuler et ce pour quoi il faut faire complètement à sa place. Par contre c'est indiqué à côté par exemple si la*

*Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>*

famille est présente on va pouvoir ajouter par exemple « tous les soirs son fils vient manger avec » du coup là on pourra marquer relais familial.”

- *« On le note pas en tant que tel par contre on peut le noter dans les observations. [...] on le met là aussi au niveau de l'entourage : vit avec une personne dépendante, autonome, est sans contact avec sa famille ou est sans voisinage. »*

Ces éléments décrivant les modalités de l'évaluation initiale mettent en avant l'intention de la part des professionnels à établir une vision globale des conditions de vie de l'utilisateur en interrogeant le niveau de dépendance de la personne en lien avec son environnement (matériel et humain). Hors, compte tenu des critères d'attribution du nombre d'heures d'interventions, basée uniquement sur la réalisation des actes de la vie courante, les informations concernant les liens sociaux et la qualité de leur réalisation sont peu considérées. Il est clair que les questions relatives à l'entourage portent sur le soutien qu'il apporte dans la gestion des tâches fondamentales : l'aide aux courses, la gestion administrative par exemple.

Lors de cette phase d'évaluation initiale, le service d'aide à domicile par l'intermédiaire de la responsable adjointe peut repérer certains usagers isolés des principaux réseaux de soutien au maintien à domicile : le réseau familial et le réseau de voisinage. Cependant la notion de la qualité de la relation est peu interrogée, seule la dimension de l'aide à la gestion du quotidien semble considérée.

Par ailleurs, les conditions de collectes des informations sont-elles propices à établir une réelle évaluation de la situation sociale des usagers?

◦ **Le repérage au fil des interventions**

Après ce premier contact, seules les aides à domicile sont susceptibles de se rendre fréquemment au domicile de l'utilisateur et être en relation directe avec lui. Les critères de repérage des situations d'isolement ne sont plus alors aussi facilement décrits comparativement au questionnaire mené lors de l'évaluation initiale.

L'aide à domicile est perçue comme un acteur incontournable du repérage. 8 professionnels placent l'aide à domicile comme le professionnel en mesure de repérer les

situations d'isolement. Les extraits suivant illustrent l'évidence du rôle attendu des aides à domicile :

- responsable de secteur 1 *“on pense que c'est surtout les ad (aide à domicile) qui nous remontent les infos en disant « y a vraiment personne qui entoure cette personne là”*
- Adjointe au maire : *“ça se voit quoi, on ne sais pas comment expliquer, les aides à domicile, elles le voient bien quand quelqu'un ne voit jamais de monde”*

Elles sont *“spectatrices, c'est sur”* (extrait entretien avec Mme D, directrice) des réelles conditions de vie de la personne. Leur retour du terrain vont permettre au service d'ajuster l'évaluation sociale.

- Mme B (responsable du service) *“On peut repérer des personnes très isolées au fur et à mesure, c'est-à-dire que nous sur notre première évaluation, la dame va très bien pouvoir nous dire « si si ma fille a fait ci, ma fille a fait ça » et au fur et à mesure, se rendre compte en fait non la dame espère que sa fille a fait ça, mais en fait elle le fait pas. Au fur et à mesure, des choses, si tu veux en fonction des retours des aides à domicile et des éventuelles visites, on va réajuster la notion : si la personne est entourée, accompagnée ou si elle est seule.”*

2.3. Repérer : de constater à observer

Selon tous les professionnels interrogés, par leur présence régulière au domicile de l'utilisateur, les aides à domicile sont en mesure d'observer des faits objectifs. Certains d'entre-eux peuvent être considéré comme des signaux d'alerte à prendre en considération.

Pour l'infirmière coordinatrice et la responsable de secteur 2, ces critères d'alerte sont généralement centrés sur la personne et apporté un éclairage sur l'état de santé psychique de l'utilisateur.

- *« La négligence de la personne sur son image, donc dégradation physique : on me lave plus, on me change pas. »[...]“tient ça fait 3 mois qu'elle n'a pas été chez le coiffeur alors que d'habitudes elle y va tous les 15 jours” là il y a quelque chose qui ne va pas »*

- Mme F, responsable de secteur 2: *“si du jour au lendemain l'aide à domicile me dit « on trouve qu'elle s'amaigrit, elle ne mange plus » ou « il y du laisser aller sur la tenue vestimentaire » tout ça. Là en effet ça met des signaux d'alertes, ça commence à avoir des répercussions sur l'état de santé psychologique”*

Compte tenu que l'état de santé des usagers a été mis en lien avec la qualité de l'activation des réseaux de sociabilité, par les personnes interrogées, il est cohérent que les critères cités ci-dessus soient considérés comme des signaux d'alerte d'un isolement social potentiel.

Par ailleurs certains constats de terrain peuvent également alerter :

- *une boîte aux lettres qui ne se vide plus, des petits détails tout bêtes. Une boîte aux lettres qui se vide mais le courrier qui s'entassent alors que c'est forcément quelqu'un qui ouvre son courrier.* infirmière coordinatrice
- *Par exemple, là, c'est les petits fils qui faisaient l'aide aux courses, c'est les aides à domicile qui nous ont alerté. Les petits fils, nous ont pas dis « on arrête de faire les courses ou cette semaine on peut pas faire les courses ». **c'est les aides à domicile en préparant les repas qui se sont rendu compte qu'il n'y avait plus grand chose dans les placards, que l'approvisionnement n'était pas fait.***

L'aide à domicile observe le quotidien des usagers. Elles sont au cœur de leur domicile et elles partagent avec eux un espace privé voir même intime. Les 2 professionnels aide à domicile rencontrées en ont conscience. Elles reconnaissent leur rôle spécifique en tant qu'observatrice. Alors que certains professionnels éloignés du terrain estiment que le repérage de la personne isolée *«c'est pas très compliqué, ils nous le disent. »* (Mme A, adjointe), les aides à domicile, elles parlent plus de non-dits, des expressions non verbales de l'isolement.

- AD1 *« Moi on les repère c'est des personnes qui vont rien vouloir faire, qui envie de rien faire non plus »*
- AD2 *« on sens bien, il va rester près de moi et puis, qui cherche à me parler. Il va me dire des petits mots sans pour cela me dire oui on me sens seul »*

Ce clivage perçu dans les modalités de repérage des personnes isolées peut refléter la dimension complexe et non uniformisée de l'isolement. Dans quel cas de figure est-on, dans l'expression du sentiment de solitude ou dans un phénomène de rupture sociale ?

Après l'évaluation initiale et le repérage au fil des interventions, un autre espace favorable au repérage est pensé par les professionnels du service.

Suite aux retours des aides à domicile, les responsables de secteurs, en charge du suivi des dossiers des usagers, sont amenées à réévaluer certaines situations. La responsable du service de maintien à domicile le précise dans son entretien « *quand il y a une perte d'autonomie une dégradation de la situation ou des inquiétudes qui émanent des aides à domicile, nous on peut solliciter une visite à domicile* ».

Les responsables de secteur sont susceptibles soit de se rendre au domicile, soit de prendre contact avec les familles et les partenaires. Mme E, donne un exemple concret de repérage d'une situation où l'entourage familiale évolue, et c'est par la nécessité de réaliser le suivi que l'opportunité se présente de réévaluer les relations de soutien.

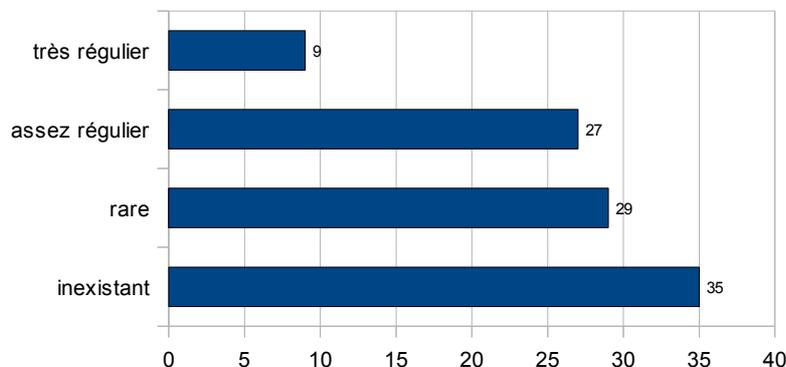
- « *L'absence familiale déjà, où on appelle la famille mais il n'y a pas de réponse ils ne s'intéressent pas à ce qu'on peut signaler* ».

Cependant les responsables de secteurs s'accordent à dire qu'elles ne sont pas suffisamment en face à face avec les usagers et que les seuls échanges téléphoniques ne peuvent pas apporter un regard sur la réalité des situations. Les extraits suivant sont clairs à ce sujet :

- responsable de secteur 2: « *Il faudrait plus de visite à domicile de notre part, puisse que comme on va faire une mise à jour du dossier ça nous permet de voir si il y a de la famille proche, du voisinage proche* ». « *on essaie d'aller quand même voir les usagers une fois par an. on ne te cache pas que d'aller les voir tous une fois par an c'est un peu difficile. On a un peu près 250 personnes chacune* »
- responsable de secteur 1: « *Les visites a domicile, c'est vrai qu'on en fait pas suffisamment pour se rendre compte.* »

Le constat est identique du coté des usagers, comme le prouvent les résultats de l'enquête de satisfaction.

A la question : « *il est mis en place des visites à domicile afin de faire le point sur les services dont vous bénéficiez, ce suivi vous paraît-il inexistant? rare ? assez régulier ? très régulier ?* », les résultats sont les suivants :



Cette répartition des réponses confirme que les visites de suivi ne peuvent pas garantir à tous les usagers une réévaluation régulière de leur situation par les responsables de secteur. Dans le contexte actuel de fonctionnement, on peut considérer que le repérage est alors lié essentiellement aux observations des aides à domicile et à l'évaluation initiale réalisée en amont de l'accompagnement.

Ce constat invite à s'interroger sur l'impact du profil de l'aide à domicile dans le repérage. Les aides à domicile sont reconnues en tant que professionnel proche de l'utilisateur, ayant une connaissance approfondie de leurs habitudes de vie mais sont-elles toujours en mesure de percevoir les changements? Sont-elles toutes en mesure de repérer les ruptures des liens ? Ont-elles toutes connaissance des critères à prendre en compte? On sait que les aides à domicile actuellement en poste, présentent des profils très hétérogènes, que ce soit par leur formation ou leur parcours professionnel. Et au-delà de leur capacité à repérer, c'est l'égalité de service entre usager qui peut être mise en question. Chaque usager accompagné par le service de maintien à domicile bénéficie-t-il du même niveau de vigilance ?

Pour tenter de limiter ce phénomène, les responsables du service mettent en avant la nécessité de « *croiser les regards et les points de vue* » (infirmière coordinatrice). Des échanges d'informations sont alors nécessaires. C'est pourquoi il m'est paru nécessaire d'interroger les modes de coordination en interne.

3. La coordination

Le terme de coordination est souvent usité dans le langage professionnel. Il est utilisé soit pour définir les transmissions d'informations au sein d'un même service, on parle alors de coordination interne, soit pour définir la mise en réseaux de différents partenaires professionnels, on utilise alors juste le terme de coordination.

Avant d'explorer les pratiques professionnelles de la coordination avec les partenaires externes, on m'intéresse au fonctionnement interne du service.

Les éléments qui nous intéressent dans cette étude sont les transmissions d'informations: comment s'organisent-elles ? Sur quel modèle? Et avec quel outil? La directrice s'interroge notamment sur ce sujet : « *ce serait vraiment intéressant de savoir comment l'information circule au sein même du service?* »

Pour cette partie, seuls les 7 professionnels en poste au sein du service MAD apportent des éléments d'informations. Leur expérience et leur différente fonction permettent d'explicitier le fonctionnement actuel avec ses atouts et ses faiblesses.

3.1. L'appartenance à un groupe

Les aides à domicile sont généralement seules au domicile des usagers. Leur travail est un travail individuel. Cependant pour échanger une information, il faut reconnaître son collègue comme un co-équipier. Le sentiment d'appartenance à un service, d'être un élément de cette entité, me semble être un pré-requis indispensable à la transmissions d'informations.

Les entretiens mettent en valeur cette notion d'équipe. Ils soulignent la nécessité de se coordonner lorsque les situations des usagers sont ou deviennent complexes⁵⁰. Dans ce contexte les 7 professionnels évoquent « *l'équipe* » comme un relais et un soutien essentiel aux aides à domicile. Le partage des informations, la confrontation des pratiques sont perçus comme un moyen d'améliorer ses interventions d'une part et d'autre part comme une sécurité, de ne pas se sentir seule. Selon Grosjean (1999), « *La coopération n'est pas une évidence naturelle, une tendance spontanée, mais une nécessité qui comporte ses gratifications et ses contraintes* ». ⁵¹ Les échanges entre collègues sont

⁵⁰Par « complexe », les professionnels sous-entendent la survenue de pathologie lourde, de trouble cognitif, ou une perte d'autonomie soudaine.

Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

orientés vers leur pratique à domicile. Ils permettent de valoriser certains modes d'intervention et quelques initiatives individuelles.

- AD1 « *Oui, c'est vrai qu'on est tout un petit groupe, on s'entend super bien et on se voit le midi. Donc on se dit "tiens j'ai fais ça avec telle personne", « ah tiens c'est une bonne idée, moi on pourrais faire ça » on se dit des choses, c'est sympa. Des petites choses comme ça. »*

Et parfois ces échanges pointent le fait que la relation d'un usager peut être différente selon les intervenants.

- AD2 « *On dit qui fait quoi. On est 2 ou 3 à intervenir et puis on explique le comportement vis à vis, ils n'ont pas le même comportement avec toutes.[...]Ça aide, des fois on se dit ah tiens toi tu fais comme ça, ça aide »*

Tous ces moments d'échanges permettent aux divers professionnels de terrain ou de l'encadrement de prendre du recul face à certaines situations, d'améliorer l'accompagnement de l'usager. L'objectif étant d'assurer un suivi cohérent au domicile, il paraît nécessaire que les pratiques des aides à domicile soient coordonnées et que leurs expériences individuelles du terrain soient considérées comme une connaissance utile aux autres membres du service.

*« Une homogénéité a priori du groupe, un savoir égal des membres du collectif ; chacun est au contraire différent par sa place, son point de vue sur l'activité, son histoire ; coordonner ces perspectives multiples, c'est à cela que sert la communication ».*⁵¹
GROSJEAN (1999).

3.2. L'organisation de la coordination interne

Comme on a pu le lire dans les extraits de l'entretien d'une aide à domicile, il existe des temps formels et informels offrant cet espace d'échanges.

Les temps non formalisés, sont dépendants des affinités entre collègues : « *on est tout un petit groupe, on s'entend super bien et on se voit le midi* » (AD1). Ils se réalisent à l'extérieur du service, hors temps de travail. Ce partage de l'information similaire à l'information transmise à « la pause café » des établissements médico-sociaux relèvent plus des échanges spontanés. Le niveau de partage de l'information est dans ce contexte

⁵¹ Grosjean Michèle, Lacoste Michèle_La communication : du face à face aux agencements organisationnels, Communication et intelligence collective Presses Universitaires de France 1999, p63-p69

Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

très limité aux seuls agents présents. De plus, on constate que ces temps d'échanges des pratiques sont évoqués uniquement par les aides à domicile, ils sont absents dans les discours des autres professionnels de l'encadrement. On peut s'interroger alors sur la construction de ces réseaux internes ou encore la conséquence de l'arrivée d'une nouvelle collègue par exemple.

En parallèle de ces échanges spontanés, la coordination interne au service est envisagée sous différentes formes. Par la littérature, il est possible d'affirmer que la qualité de la coordination dépend également des modalités de sa mise en œuvre. Grosjean (1999) reprend la nécessité de structurer les modes de communication et de transmission car « *c'est par la concertation, la négociation et le compromis, mais aussi grâce à la production de règles effectives, que les opérateurs humains s'organisent et se construisent comme groupe capable d'action collective* »(Terssac, 1992). *Elles rappellent aussi, avec G. de Terssac et N. Lompré (1994), que dans tout travail productif 1'« action collective » se conjugue avec le « contexte organisé », avec une marge de flexibilité variable* »⁵²

Suite aux entretiens réalisés, il est possible de constater que le service de maintien à domicile cherche d'une part à structurer les temps d'échanges et d'autre part à construire ses outils de communication.

Tous les professionnels rencontrés identifient deux temps majeurs pour la coordination interne du service :

- les retours de terrain
- les réunions de coordination.

○ **Des retours de terrains aux réunions de coordination**

Ils sont demandés par les responsables. Pour la responsable du service, « *l'objectif c'est qu'elles fassent des temps de transmission avec leur responsable de secteur. Elles font le point de la semaine écoulée.* »

⁵²Grosjean Michèle, Lacoste Michèle, La communication : du face à face aux agencements organisationnels, Communication et intelligence collective, Presses Universitaires de France, 1999 , p 63

Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique & de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

Dans les faits, les aides à domicile doivent passer chaque semaine au bureau afin de prendre leur emploi du temps pour la semaine suivante. C'est à ce moment qu'elles peuvent échanger directement avec leur responsable de secteur. Mais les responsables de secteur expriment les limites de ce temps d'échange.

- Responsable de secteur 2: « *quand elles passent le jeudi essentiellement, il y a beaucoup de passage, il y a toujours du monde autour, c'est parfois embêtant, enfin, y en a qui font la queue derrière pour attendre **c'est pas facile de faire le point sur toutes les situations, elles disent au minimum*** »

De leur côté les aides à domicile évoquent rapidement ces retours de terrains. Elles reconnaissent qu'elles ont la possibilité de « *tout dire* » mais leur expérience confirme la difficulté de restituer tous les éléments.

- AD1: « *c'est quand on ressort d'ici on me dis j'ai pas dis ça ! Alors soit on rappelle Mme C. (responsable de secteur) ou alors, quand on reviens, comme on reviens toutes les semaines, on redis* »

Lorsque les responsables de secteur constatent que certaines situations évoquées évoluent, deviennent complexes ou conflictuelles, elles organisent des « *réunions de coordination* ». C'est le second temps structuré de la coordination interne au service. Les propos de l'aide à domicile illustrent cet enchaînement des faits : elle relate des événements difficiles sur le terrain, par conséquent la responsable de secteur provoque une réunion.

- (AD1) « *si c'est une situation qui pose problème ou autre on se réunit avec Mme C et toutes les AD et là on dit ce qu'on fait, ce qu'on doit pas faire* ».

Ces réunions sont connues par tous les professionnels du service. Les 7 personnes interrogées ont une connaissance identique quant à leur organisation, leurs objectifs et les acteurs potentiellement présents. Ces réunions semblent être un élément clé du suivi des usagers, d'autant plus que la responsable du service considère que « *le rôle pivot c'est vraiment les responsables de secteur.* » Dans ce contexte, la mission spécifique des responsables de secteur est un travail de collecte d'informations avant d'engager des actions ou avant de transmettre des données. On peut se référer à la notion abordée par GROSJEAN (1999, p72), où la médiation est nécessaire dans le travail collectif « *pour mémoriser l'information, la rendre disponible, la formaliser, la traduire en langage commun ou au contraire la re-spécifier.* »

*Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>*

○ Du langage verbal au langage écrit

A la lecture des entretiens, les transmissions orales sont les bases de la coordination interne de ce service. Les 7 professionnels du service sont unanimes à ce sujet. Les premiers mots employés pour décrire les échanges le reflètent parfaitement. Dans les entretiens, les termes « *verbal* », « *oral* » « *on le dit* » « *on en parle* » sont très utilisés et reviennent fréquemment lors des passages concernant la coordination interne. Comme on l'a vu dans le paragraphe précédent ce sont les responsables de secteur qui collectent les propos des aides à domicile. Elles vont écouter et recueillir la parole de l'aide à domicile. Cependant « *l'acte de communication ne se réduit pas à un simple décodage* »⁵³. En fonction de la perception qu'elles ont de la personne face à elle, des expériences passées qu'elles ont eu en commun, elles vont devoir interpréter les discours et donner du sens aux « *retours de terrain* ». Dans ce cadre, le langage devient alors un outil de communication avec ses atouts et ses limites. « *A travers ces mécanismes, le langage se révèle comme un moyen de communication économique, souple et nuancé, mais qui suppose des conditions exigeantes quant au partage du contexte par les interlocuteurs* »⁶². En effet, les représentations de l'une ou l'autre interlocutrice vont influencer la compréhension des messages relayés.

De plus, il me semble important de préciser que les transmissions orales ne sont pas à « sens unique ». Les responsables de secteur utilisent également ce mode de communication vers les aides à domicile pour transmettre des informations jugées importantes.

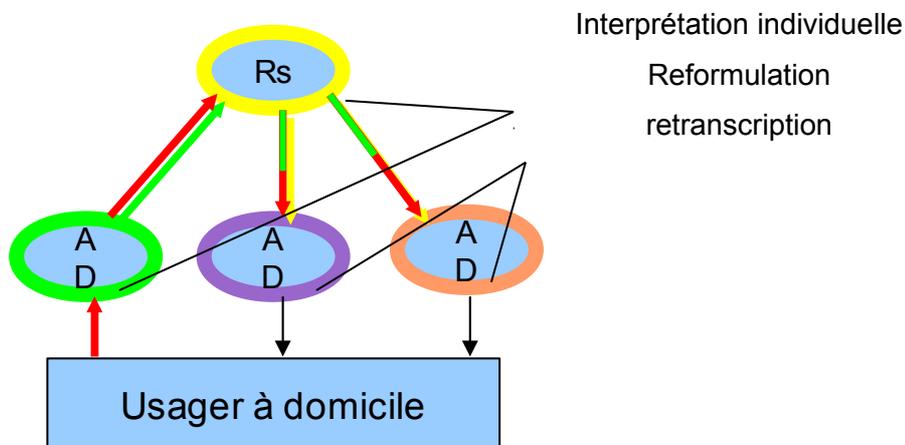
Lorsque plusieurs aides à domicile interviennent chez un même usager, une information circule par divers professionnels, et à chaque étape, chaque interlocuteur reçoit et décode le message selon ses propres représentations. Comme en témoigne l'une des responsables de secteur : « *elles nous remontent l'information oralement, et nous on le retranscrit pour pouvoir donner ces informations orales aux autres collègues qui iront en remplacement [...] Et puis après les filles vont retenir les choses qui sont importantes* ».

⁵³Grosjean Michèle, Lacoste Michèle, La communication : du face à face aux agencements organisationnels, Communication et intelligence collective, Presses Universitaires de France, 1999, p 12-

Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

Selon Hennion (2012) « ces opérations de codage, décodage et recodage relèvent d'un travail de traduction, mobilisant la fois le vocabulaire technique des professionnels et une « culture » implantée ou véhiculée par le domicile lui-même. Elles laissent sans doute place à une large interprétation possible de la situation, en fonction de l'expertise plus ou moins grande que les personnes acquièrent et de la compétence que les services revendiquent ».

Schéma représentatif de la communication verbale :



Lors des entretiens, les professionnels notent également l'interdépendance créée par ce mode d'échanges. En effet comme le signale une responsable de secteur, « le problème c'est que très bien le verbal, mais quand on suis pas là, euh, c'est très limité ». C'est pourquoi, conscientes des limites de l'oral les professionnels responsables du service utilisent des outils de communication. Certaines données recueillies passent alors de l'oral à l'écrit selon le degré d'importance que les professionnels lui attribuent. Les informations jugées très importantes sont notées dans le dossier de l'utilisateur, sous l'onglet « Rapport. ».

- Responsable de secteur 1 : « elles nous le remontent on va l'enregistrer dans [...]un document propre à l'utilisateur »
- Responsable du service MAD : « Sur notre logiciel, on a la possibilité de rédiger des rapports, ils sont accessibles à tous. Quand on va dans le dossier de Mr Untel, il y a l'onglet rapport, il y a tous les événements importants qui sont normalement par principe retranscrit sur le logiciel ».

Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique & de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

Cette base de données « *accessible à tous* » selon la responsable de service permet d'avoir accès aux dossiers à partir des différents postes informatiques dans les bureaux. Les aides à domicile ne possèdent pas un accès direct au dossier de l'utilisateur mais elles reçoivent « *des fiches de transmissions* » ou « *fiches missions* » éditées à partir des rapports.

- Responsable de secteur 2: « *On a des fiches de transmissions propres à l'utilisateur sur lequel on note les informations qui sont extrêmement importante* »
- AD 1« *Pour chaque personne on a une fiche de mission comme ça* »

Lors de l'enquête menée auprès des professionnels, chacun décrit l'outil ou la méthode qu'il utilise le plus couramment. Les supports évoqués auparavant : les fiches de transmissions, les dossiers informatisés de suivi, les échanges et les réunions de coordination, sont connus de tous.

Cependant un outil particulier semble faire débat au sein des équipes : le cahier de transmission. Quand l'utiliser? Dans quelle situation? Et la question essentielle porte sur son contenu : quelles sont les informations utiles à écrire? Comment les écrire? A qui s'adresse t-il? Cette préoccupation se retrouve essentiellement auprès de 2 professionnels : la responsable du service et l'infirmière coordinatrice. Pour la responsable du service, « *C'est le projet de cette année, de travailler sur un outil commun et de sensibiliser les équipes sur ce qu'on doit mettre ou pas dans le cahier* ». De son côté l'infirmière coordinatrice confirme l'actualité de ce sujet :

- « *On en parlait justement ce matin, essayer de créer des supports de connaissance de la personne, et des supports de transmissions adaptés à tout le monde, on parle tous le même langage, qu'on puisse faire des transmissions orales ou écrites, surtout écrites qui vont rester.* »

Même si aujourd'hui le cahier n'est pas systématisé, il le deviendra peut être à l'avenir. La responsable du service précise lors de l'entretien « *après en principe dans le cadre de l'agrément qualité il me semble qu'on devrait avoir l'obligation d'avoir un outil de transmission systématique.[...]Dans le cadre du projet du label Handéo⁵⁴, c'est pareil*».

⁵⁴Label Cap'handéo: « *Ce référentiel s'adresse aux organismes de service à la personne prestataires accompagnant les personnes en situation de handicap [...].L'objectif de ce label est en effet de rendre plus facile la vie à domicile des personnes en situation de handicap (et de leur famille) en leur permettant de mieux repérer les services prestataires adaptés et compétents* »
Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Les responsables s'interrogent donc sur l'amélioration des transmissions même si « *c'est pas un souhait qui est exprimé de façon très large mais pour autant nous on estime que ça fait partie de la qualité de la prestation qu'on va pouvoir proposer.* »

◦ **Les sujets de transmissions**

Le sujet qui nous intéresse dans cette enquête, demeure l'isolement des usagers. Après avoir repéré les différents outils utilisés dans ce service, on m'intéresse particulièrement au contenu de ces transmissions. Les relations des usagers et leurs entourages sont elles des sujets de transmission en interne?

Selon les propos recueillis, seules les situations d'isolement extrême sont retenues. Une des responsable de secteur le dit « *souvent quand c'est quelqu'un de vraiment isolé on le met dessus.* » Mais généralement les transmissions jugées pertinentes à transmettre renseignent les « *habitudes, (les) pathologies importantes, où se trouve telles choses.* ». De plus, selon l'infirmière coordinatrice du service, le projet d'amélioration des transmissions pourrait être élaboré à partir des *14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson*⁵⁵.

D'après Virginia Henderson, il existe 14 besoins fondamentaux pour un individu :

- 1. Respirer ;*
- 2. Boire et manger ;*
- 3. Éliminer (urines et selles) ;*
- 4. Se mouvoir, conserver une bonne posture et maintenir une circulation sanguine adéquate ;*
- 5. Dormir, se reposer ;*
- 6. Se vêtir et se dévêtir ;*
- 7. Maintenir la température du corps dans les limites normales ;*
- 8. Être propre, soigné et protéger ses téguments ;*
- 9. Éviter les dangers (maintenir son intégrité physique et mentale) ;*
- 10. Communiquer avec ses semblables ;*
- 11. Agir selon ses croyances et ses valeurs ;*

Cap Handéo, Référentiel de labellisation -V.1 –MAJ Avril 2011, p2-3

⁵⁵ Pellissier Jérôme, « Réflexions sur les philosophies de soins », *Gérontologie et société*2006/3 (n° 118), p. 37-54.

*Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>*

12. *S'occuper en vue de se réaliser (et conserver l'estime de soi) ;*

13. *Se recréer (se divertir) ;*

Apprendre.

Ces 14 besoins ont souvent, par volonté de simplification et de pédagogie, été inclus, répartis, à l'intérieur des 5 niveaux de la « pyramide de Maslow » : 5 grands étages correspondant à 5 grandes catégories de besoins (de la base au sommet) : besoins physiologiques, de maintien de la vie ; besoins de protection et de sécurité ; besoins d'amour et d'appartenance ; besoins d'estime de soi et de considération ; besoin d'actualisation et de réalisation de soi

En construisant un outil de transmission à partir de cette théorie, les besoins physiologiques et les besoins de sécurité seront largement représentés alors que la participation sociale des usagers pourra être considérée comme secondaire. La place des réseaux de sociabilités et leur fonctionnement risquent d'être mis à la marge. Les situations d'isolement ne seront pas mieux repérées et transmises. Dans ce témoignage, il est possible de percevoir l'influence de la formation initiale « soignant » de ce professionnel. Il serait peut-être intéressant de réfléchir à un nouvel outil commun avec des professionnels d'horizons divers.

3.3. La coordination avec les partenaires

L'ANESM (2012) apporte des recommandations particulières aux services à domicile : « *De nombreuses personnes, aux statuts et compétences variés, peuvent intervenir auprès de l'utilisateur à son domicile, qu'ils soient parents, amis ou professionnels. Une attention est à apporter quant à la cohérence et à la continuité des interventions* »⁵⁶. Il est donc important de considérer le service d'aide à domicile comme un élément de l'environnement de l'utilisateur. Si le service place l'utilisateur au centre du dispositif, les professionnels sont alors des acteurs de cet environnement. Dans ce contexte, la mise en réseau des différents acteurs est indispensable à la cohérence de l'accompagnement.

« Deux types de partenariat sont mentionnés dans la littérature : le partenariat pluridisciplinaire et intersectoriel entre des professionnels d'un côté et le partenariat entre

⁵⁶ANESM 2012_ recommandations des bonnes pratiques professionnelles

L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes
Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'École des Hautes Études en Santé Publique

& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

les professionnels et les familles de l'autre »⁵⁷. On a déjà évoqué auparavant les relations entre les familles et les responsables de secteur. La mission de coordination vers les familles est clairement établie dans les différents entretiens menés. L'absence d'échange ou leur qualité, permettent d'apprécier le niveau d'isolement de l'utilisateur.

○ **Définition de la coordination**

D'un point de vue générale, la coordination peut être définie différemment selon l'approche et le niveau attendu. L'organisation actuelle des politiques publiques visent à sectoriser les coordinations « dans les trois grands champs d'intervention que sont la vieillesse, le handicap et les maladies chroniques »⁵⁸

- « la coordination gérontologique » correspond aux « *opérations conduites pour améliorer l'articulation des soins et des aides offertes aux personnes âgées.* »⁵⁸
- Dans le champ du handicap, la coordination est définie comme « *la coordination des soins et des services à domicile auprès des personnes mais aussi coordination des acteurs institutionnels, des établissements d'un territoire ou encore des professionnels réalisant l'évaluation des besoins.* »⁵⁸
- Dans le champ des maladies chroniques, la coordination recherche *l'amélioration de la coordination des systèmes de prise en charges des conditions chroniques.* »⁵⁸

Par la diversité de la population accompagnée, le service de maintien à domicile étudié est intégré aux 3 secteurs cités ci-dessus. Il a une place et un rôle à jouer dans ces différents réseaux quand ils existent.

Dans un premier temps l'enquête menée cherche à identifier les partenaires du service, à comprendre les modalités d'activation du réseau et enfin on verra si les situations d'isolement peuvent être un sujet de coordination.

⁵⁷handicap et aide humaine_ les éditions h _ handicap recherche société 2015

⁵⁸Bloch M.A, Coordination et Parcours, La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Paris, Dunod, 2014 p24-25-40-64

Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

◦ **Les partenaires**

Actuellement les partenaires identifiés sont soit du domaine social soit du domaine médical. On peut compter 3 partenaires médicaux et 6 partenaires sociaux. On peut alors constater que le partenariat concernent en majorité des questions sociales. Lors des entretiens, 8 professionnels sur 10 connaissent et identifient les mêmes partenaires. Les aides à domicile ne les perçoivent pas comme des partenaires directs. Elles ne sont jamais en lien direct avec eux. La responsable du service explique que « *c'est pas du rôle des aides à domicile d'assurer la coordination avec les autres professionnels* ». Une aide à domicile précise : « *Il y a certainement des relais, mais nous on les voit pas* » puis elle ajoute : « *nous on en discute après dans le bureau en bas et c'est X (responsable de service) ou Mme C (responsable adjointe) qui avise après* ». Ces témoignages prouvent que le rôle de chacun dans la coordination semble connu de tous les professionnels.

A la lecture des entretiens, on note comme partenaire principal dans le secteur social, la Maison départementale de l'Autonomie, et plus particulièrement Mme H, chargée de suivi et d'accompagnement sur le secteur géographique qui nous intéresse. Les autres partenaires sont les assistantes sociales de secteur, et les mandataires judiciaires. Dans le secteur médical, les partenaires cités par les professionnels sont l'hôpital, le CMP (centre médico-psychiatrique) et les infirmières libérales. Ces partenaires sont cités sans référence particulière à tel ou tel champ d'application : gérontologie, handicap ou maladies chroniques. Les partenaires sont connus par leur implication dans une situation singulière. La notion de réseau me paraît absente des pratiques actuelles des professionnels. On précise que sur ce secteur, les CLIC (centre local d'informations et de coordination) n'existent plus et que toutes leurs missions n'ont pas été reprises par la MDA. L'activation du réseau gérontologique n'est donc plus entretenue.

- *Mme H : « par rapport au CLIC, c'est tout le travail collectif qui pouvait se faire sur le secteur : des groupes, des réflexions, des salons, des machins, des trucs comme çades actions locales(?), ça nous (MDA) on en fait pas du tout. »*

◦ **Les pratiques**

Par ailleurs, *«Il convient de noter que peu de recommandations préconisent des modalités concrètes de partenariats entre les différentes institutions. Nous pensons*

*Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>*

notamment au lien entre les services à la personne et les établissements sanitaires ou médico-sociaux ». ⁵⁹En effet les pratiques de coordination repérées lors de cette étude ne sont pas formalisées, elles ne suivent pas de protocole définies. Les professionnels acteurs de cette coordination sont les responsables de secteur, la responsable du service, la responsable adjointe et la chargée de suivi de la MDA.

Pour ces 5 professionnels, les échanges sont liés aux personnes et aux relations qu'elles entretiennent. Lorsque j'interroge Mme H chargée de suivi de la MDA, au sujet de la coordination avec le service de maintien à domicile, et particulièrement sur l'existence ou non de procédures établies. Sa réponse est la suivante :

- Mme H, chargée de suivi et d'accompagnement : « *Rien du tout, ça reste interpersonnel. Donc voilà, j'avais l'habitude de fonctionner déjà avec eux. Alors le risque voilà, si demain y avait des personnes qui ne s'entendent pas du tout, comment le travail se ferait, moi j'en sais rien.* »

Pour les professionnels du service, les remarques sont similaires, « *c'est un petit peu compliqué, ça dépend des interlocuteurs, ça dépend vraiment de l'interlocuteur.* »

○ **L'isolement : sujet de coordination?**

Dans le cadre de ma problématique autour de l'isolement relationnel des usagers du service de maintien à domicile, l'intérêt est de savoir si l'isolement est considéré comme un élément nécessitant une coordination? La responsable de secteur 1 répond « *quand on a vraiment des personnes très très isolées, où y a des problèmes vraiment importants on essaie d'avoir ou une assistante sociale de quartier qui va dans ces cas là va éventuellement suivre le dossier* ». Dans ce contexte, le service interpelle un partenaire pour signaler la situation et demande un relais.

Avec certains partenaires médicaux, le service de MAD est également vecteur de l'information comme l'illustre l'extrait suivant:

- Responsable de service : « *Par contre nous on va pouvoir alerter sur des situations où les gens vont juste nous solliciter pour de l'entretien courant et si à un moment donné il y a une hospitalisation, nous on va alerter. Parce que la personne peut très bien dire « oui, oui, tout va bien j'ai de l'aide, etc » et nous on va pouvoir alerter les partenaires sociaux sur le fait que non la situation est bien* »

⁵⁹handicap et aide humaine_ les éditions h _ handicap recherche société 2015
Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

tout autre : elle est seule, il n'y a pas d'aidants familiaux et à part l'aide à domicile, y a rien. Donc si il n'y a pas un dispositif plus important au moment de la sortie d'hospit', on va se trouver sur les mêmes difficultés qu'elle a pu traverser jusqu'à présent. »

Ces extraits illustrent le caractère ponctuel des échanges entre les professionnels. Aucune notion de procédure systématique est relevée. On est dans un contexte où les réseaux de partenaires sont actifs mais non organisés. Ce fonctionnement informel peut-il être efficient? Permet-il un accompagnement juste et équitable à chaque usager? On reviens ici sur les mêmes interrogations que celles exprimées suite à la partie relative au repérage.

La réorganisation récente du territoire par la création de la MDA en janvier 2014, est peut être une des explications aux pratiques décrites. Les partenaires doivent assimiler les nouvelles missions de cette structure, identifier les nouveaux interlocuteurs et leurs fonctions. Comme le témoigne Mme H, chargée de suivi de la MDA, « *les partenaires, il fallait qu'ils arrivent à accéder jusqu'à nous, qu'ils repèrent notre téléphone, qu'ils repèrent ce qu'on faisait [...] ils ont mis plus de temps, à comprendre comment ça marchait ce qu'on faisait où on était, comment on nous atteignait.*

Dans le champ gérontologique, le CCAS est un des *dispositifs de coordination [...]portés par les secteurs médico-social et social (Bloch, 2014)*. Dans le contexte actuel, il ne se considère pas suffisant dans l'activation de la coordination. C'est pourquoi la directrice du C.C.A.S souligne dans son entretien la nécessité de réorganiser le réseau de partenaires :

- « *dernièrement on a créé [...] une commission permanente pour personne âgée où on réunit donc l'hôpital, les associations de maintien à domicile, les différents EHPAD public ou associatif.[...] La dernière fois ça nous a permis d'aboutir à un courrier avec l'hôpital pour demander au Conseil Général de mettre en place une coordination avec les différents acteurs »*

Mme A, adjointe au maire, confirme qu'« *ils (MDA) ont beaucoup de travail. Parce que d'un seul coup on leur demande plus que ce qu'ils faisaient avant sauf que c'est pas bien coordonné, il y a un gros boulot de coordination à faire. »*

○ **Une absence de lien vers les structures de proximité**

Les Maisons de Quartier sont citées par divers professionnels qu'ils soient du terrain, ou du secteur administratif. Ces espaces de droits communs dédiés à l'animation de la vie de quartier sont identifiés comme pouvant être des relais potentiels favorable au maintien des liens sociaux de proximité. Les 4 extraits suivant le prouvent :

- Chargée de suivi et d'accompagnement de la MDA : « *Quelque fois on va orienter les gens, euh dire qu'il y a une Maison de Quartier où il va y avoir des activités qui pourraient peut être se renseigner. »*
- Responsable Adjointe : « *on leur dit qu'il y a des Maisons de Quartier qui font ci qui font ça mais non, nous on n'alerte pas les maisons quartier, par exemple »*
- Responsable de secteur 2 : « *vraiment la coordination avec les Maisons de Quartier pour essayer de faire des animations communes »*
- Directrice du CCAS : « *il faudrait vraiment qu'on travaille en lien avec les Maisons de Quartier »*

Cependant lors des entretiens, aucun professionnel n'a connaissance d'échange entre le service de maintien à domicile et ces maisons de quartier.

On vient de constater dans cette partie, qu'il existe des temps et des outils consacrés à la transmission d'information entre les différents partenaires et au sein même du service. Dans le contexte actuel, le fonctionnement observé semble être proche du modèle de Liaison, décrit par Leutz, où « *chaque service a la possibilité d'orienter les personnes vers les autres services, et réciproquement* »⁶⁰. La mise en réseaux des acteurs et le suivi des parcours des usagers sont des volontés clairement exprimées par les dirigeants et les responsables rencontrées. Leur activation sera dépendante de l'implication future des différents partenaires.

⁶⁰Bloch M.A, Coordination et Parcours, La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Paris, Dunod, 2014 p 8. « *Leutz distingue trois modèles d'intégrations des services : la liaison quand chaque service a la possibilité d'orienter les personnes vers les autres services et réciproquement; la coordination, où les différents services s'accordent pour mettre en cohérence les soins et les aides qu'ils fournissent; et l'intégration complète, lorsqu'un service pilote les soins et les aides de manière globale, avec une maîtrise complète des informations et du budget. »*

Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

4. Le service de Maintien à domicile : Acteur de la lutte contre l'isolement?

Après avoir tenté de définir la représentation de l'isolement au sein du service, et de comprendre comment l'information circulait lorsqu'une personne était repérée isolée, il me semble intéressant d'analyser l'action du service : considère t-il qu'il a un rôle dans la lutte contre l'isolement? comment agit-il? Quels moyens a-t-il?

4.1. Véritable mission du service de Maintien à Domicile?

A plusieurs reprises dans les entretiens on constate une volonté d'agir contre l'isolement mais c'est toujours en modérant et en contextualisant l'action.

La directrice du CCAS précise : *« pour moi le CCAS a ce rôle d'intervenir quand l'isolement peut occasionner une rupture, un problème soit d'accès aux soins, d'accès aux droits en fait. [...] Quand on dit que le CCAS doit agir contre l'isolement c'est éviter que les situations se dégradent et que des personnes basculent dans la précarité. »*

Dans ce témoignage, les conditions d'actions sont explicites, l'isolement seul, sans conséquence dans le quotidien de la personne ne peut être « pris en charge » par le service. Mme A, Adjointe au Maire porte des propos fermes sur les limites de l'action:

- *« mais on peut pas non plus palier à toute la misère de la terre. Le truc c'est oui on les a détectés, oui on leur fait faire des trucs mais après si vous voulez y a un moment c'est aide-toi et le ciel t'aidera et y a des gens qui veulent pas s'aider eux même donc on peut pas les forcer. »*

Et on retrouve ce même constat auprès des responsables de secteur, des responsables du service. Elles confirment en l'absence de proche, être plus présentes auprès de l'usager lorsque celui-ci a besoins d'aide pour l'établissement des dossiers administratifs nécessaires. Une fois les démarches réalisées, elles se retirent, elles reprennent la même distance relationnelle qu'avec les autres usagers isolés ou pas.

L'entretien réalisé avec le partenaire de la MDA confirme qu'actuellement le service de maintien à domicile n'est pas un service pensé pour la lutte contre l'isolement.

*Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>*

- A la question « *si vous repérez des personnes isolées, vers qui les orientez vous?* » Mme H, chargée de suivi et d'accompagnement répond : « *si c'est des gens mais qui sont pas très autonomes parce qu'ils ont des difficultés de mobilité, ou qu'il y a eu un repli sur eux mêmes etc, moi j'ai pas.. ..a part mettre en place des aides à domicile qui pourront peut être les accompagner faire les courses, les aider un petit a remettre le nez dehors, moi j'ai pas d'autre moyens que ça.*»

Actuellement le service estime devoir agir lorsque l'isolement engendre des situations complexes de santé, de précarité financière ou encore une incapacité à réaliser la gestion des tâches quotidiennes. Au moment de l'évaluation initiale, pour la responsable adjointe « *la mise en place de la lutte contre l'isolement [...] ça va pas être l'objectif principal* ».

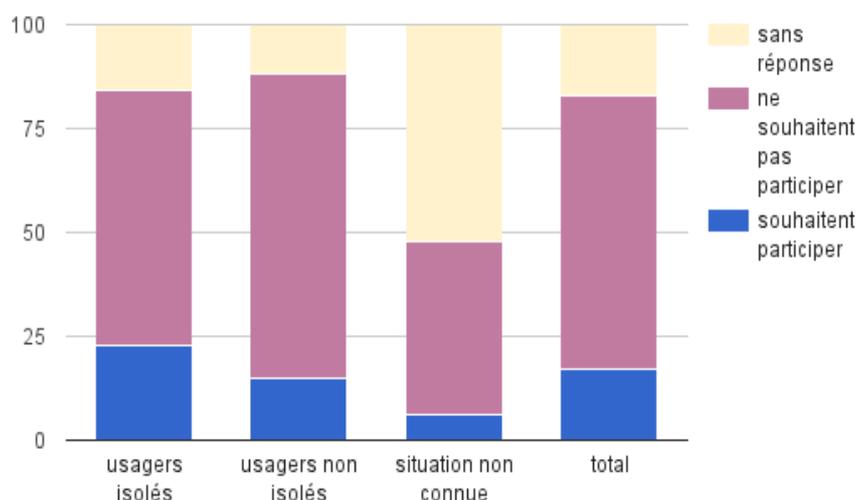
Lorsque l'utilisateur est dans la « plainte » de la solitude, induite ou non par une réelle absence de liens sociaux, le service se positionne plus dans la suggestion d'action. Il propose des animations, il invite les usagers à « *aller vers...* ». Lors des entretiens, il est possible d'entendre que les professionnels informent les usagers au sujet des ateliers en Maison de Quartier. Ils leur conseillent d'aller vers ces lieux de droit commun et les invitent à participer. Cependant ces encouragements sont très dépendants du professionnel et de sa connaissance de la vie culturelle et associative locale. A l'heure actuelle, les professionnels du terrain ne réalisent pas d'accompagnement personnel au sein des Maisons de Quartier. La démarche de participation aux ateliers demeurent une démarche que l'utilisateur est invité à réaliser sans le soutien d'une aide à domicile.

4.2. Le projet « loisirs et vie sociale »

Comme on l'a vu en première partie, ce projet initié début 2015 a pour objectif de proposer à tous les usagers des temps d'animations, réguliers ou événementiels. Mais ce projet semble ne pas atteindre la population ciblée. En effet, l'analyse croisée du questionnaire permet de mettre en évidence la répartition des personnes souhaitant participer aux ateliers en fonction de leur isolement social. Il s'avère que la volonté de participer n'est pas corrélée à l'isolement. Même si on peut constater une volonté un peu plus importante de participer pour ceux qui sont isolés, il reste une part importante de personnes isolées qui ne veulent pas participer.

*Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>*

répartition des demandes de participation selon la situation d'isolement



Dans leur entretien, Mme C responsable adjointe et Mme AD2 témoignent dans ce sens. Elles rapportent des propos entendus suite aux propositions d'animation :

- Responsable Adjointe : *«dès qu'on me dit « on m'ennuie, les journées sont longues, on ne voit pas mes enfants » si on vous .."j'aime pas sortir comme ça, j'aime pas voir les autres.." « enfin ça me dit rien de voir les autres qui sont malades comme moi ». »*
- AD2 : *« « Mais non, on veut pas me mélanger, ça m'intéresse pas ». [...]Les gens ont beaucoup de mal à vouloir participer à des activités [...]Y en a qui préfèrent aussi, c'est marrant, en dehors du CCAS.[... J'ai une dame qui me dit tout le temps[...] «ad2, on me sens seule »[...] là on lui ai donné une feuille justement pour participer « oh bah, non » « non,..., non, non, non, ça on fais déjà, on fais déjà,et puis d'aller jouer avec d'autres personnes c'est pas mon truc »*

Dans ce cadre, on peut s'interroger sur la nature de la réponse faite à l'isolement. L'animation collective présentée dans le projet est-elle un moyen adapté à la lutte contre l'isolement? Et de façon plus générale, une réponse collective peut-elle répondre à un besoin individuel?

Si on se réfère au Modèle de l'Occupation Humaine (Kielhofner, 2002), une distinction est faite entre les activités signifiantes et significatives. Le terme « *signifiant*

Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique & de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

évoque le sens donné par la personne à l'activité »⁶¹ tandis que le terme *significatif* sera attribué « au sens donné par la société à l'activité »⁶¹. Par exemple : le cinéma. Cette animation proposée une fois par trimestre est considérée par le service comme une activité correspondante aux attentes des usagers, elle est donc par le service, significative des activités potentiellement adaptées aux public. Pour un usager X, c'est activité ne sera pas signifiante, elle n'est pas représentative de ses habitudes de vie.

Bien qu'elles soient attendues par une part des usagers, les animations ne doivent pas être l'unique moyen d'action de lutte contre l'isolement. On vient de constater que la mise en œuvre d'action collective du service reste un moyen limité et que les personnes isolées demeurent peu mobilisées dans ce cadre.

4.3. le rôle particulier de l'aide à domicile

« La Convention Internationale relative aux Droits des Personnes Handicapées, ratifiée par la France en 2010 et par l'Union européenne en 2011, fait des différentes formes d'aide humaine et des services d'aide à domicile, un levier pour rendre effectif les droits à l'autonomie de vie et à l'inclusion dans la société »⁶²

Les interventions au domicile des usagers jouent un rôle important en faveur du lien social. Lors de cette enquête, tous les professionnels interrogés sans exception citent l'aide à domicile comme une personne en relation avec l'utilisateur, elle entretient avec lui un lien social particulier et régulier. Dans 9 entretiens, les professionnels expliquent que les usagers ne peuvent pas être considérés comme en situation d'isolement absolu puisqu'ils bénéficient d'un passage de l'aide à domicile. Dans leurs discours, le rôle de l'aide à domicile est souvent considéré comme un substitut à l'entourage proche, beaucoup plus qu'un véritable rôle de soutien ou d'accompagnement dans l'activation des réseaux de sociabilité.

o La relation aidant-aidé

Pour que ce lien devienne « *une vraie relation* » (extrait de l'entretien de Mme C responsable adjointe), les aides à domicile doivent construire petit à petit un climat de

⁶¹Morel Brach, Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux, SOLAL, 2009 p 69

⁶²handicap et aide humaine, les éditions h, handicap recherche société 2015

Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

confiance. Les professionnels de terrain et de l'encadrement insistent particulièrement sur l'importance de la qualité de la relation entre ces 2 personnes. Les témoignages recueillis font part très largement de « *la nécessaire relation de confiance pour que ça fonctionne* » (extrait de l'entretien de Mme B responsable MAD).

Par ailleurs tous ces professionnels proches de la pratique du domicile, décrivent deux notions incontournables pour la création de ce lien : le temps et le respect des besoins.

La routine soutien au lien social

Les témoignages d'expériences recueillies relatent la nécessité de laisser le temps à l'usager et à l'intervenant de se connaître et même de « *s'apprivoiser* » (entretien Responsable adjointe). Les aides à domicile parlent de « *rituel* », de « *laisser le temps qu'ils habitent à eux* » et puis encore « *petit à petit sans le braquer on a établi une confiance* ».

« *En ce sens, l'aide humaine à domicile, quelque soit la nature des interventions (ménage, accompagnement des personnes...) concourt à installer ces routines et à créer du lien social.* »⁶³ Dans l'extrait suivant, la responsable adjointe évoque un souvenir d'une situation vécue où l'aide à domicile a permis à un usager de reprendre une vie sociale.

- extrait de l'entretien de Mme C, responsable adjointe : « *il a fallu du temps, des mois et des mois. et maintenant, elle lui a permis de gérer son petit budget, elle lui a fait mettre en place des petites choses qui font qu'aujourd'hui elle nous téléphone. c'est quelqu'un qui n'aurait jamais utilisé son téléphone. elle était une personne isolée, vraiment isolée [...] le fait qu'elle vienne une fois par semaine, elle fait l'entretien mais elle lui parle en même temps sans la solliciter de trop. mais c'est un travail de longue haleine, parce qu'il faut apprivoiser la personne. [...] enfin elle a pris contact avec d'autres personnes et elle s'est tissé un réseau.* »

C'est par la régularité de l'intervention, par la routine installée dans la relation que l'aide à domicile parvient à accompagner l'usager vers de nouveaux besoins. L'entrée au domicile par une tâche dite ménagère peut être qu'un prétexte, un préalable à l'accompagnement vers une vie sociale. Selon Mme B, responsable du service, c'est « *le*

⁶³handicap et aide humaine, les éditions h , handicap recherche société 2015

Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

temps de l'acceptation de l'aide, le temps de la relation de confiance qui va [...] permettre de faire évoluer nos prestations. »

Une adaptation constante aux besoins

Régulièrement dans les entretiens, les professionnels évoquent la nécessité de s'adapter constamment à la demande. Selon la responsable du service, la consigne est donnée aux aides à domicile de s'adapter « *au jour le jour* ».

- *« elles ont aussi cet objectif de réévaluer les besoins au jour le jour parce que si aujourd'hui elle a pas envie de faire des courses, elle a envie qu'on fasse son repassage, elles doivent s'adapter. »*

L'aide à domicile confirme cette « liberté » d'action lorsqu'elle arrive au domicile de certains usagers :

- *« si elle a pas envie de faire l'entretien [...] elle me dit AD1 ça va pas aujourd'hui, et ben on va s'asseoir pendant une heure et on va discuter [...] Ça dépend, si c'est pas ménage, c'est discussion. »*

Dans les différents entretiens avec les professionnels du service, le respect de la demande de la personne est évoqué. Contrairement aux temps d'animation collective, l'activité au sein du domicile cherche à répondre à un besoin individuel et tend à s'approcher de l'activité signifiante pour l'utilisateur. Hennion (2012) précise que « *le chez soi est un espace privé qui se prête difficilement à une vision normative de l'occupation*⁶⁴ » et incite les intervenants à s'adapter.

Au travers de ces caractéristiques de la relation aidant-aidé, le temps, « *l'écoute et de l'adaptation* »⁶⁴, on perçoit « *peut-être ce qui devient le cœur de ces nouveaux métiers, qu'on pourrait appeler les métiers du domicile.* » (Hennion, 2012)

○ **Les limites de la relation**

La relation singulière créée entre l'utilisateur et l'intervenant présente toutefois des limites. C'est une relation construite sur la base d'un contrat de travail. Les aides à domicile sont avant tout des professionnels en activités. Leurs interventions suivent des

⁶⁴Hennion Antoine, Vidal-Naquet Pierre, Guichet Franck, Henaut Leonie. Une ethnographie de la relation d'aide : de la ruse à la fiction, ou comment concilier protection et autonomie. 2012

Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'École des Hautes Études en Santé Publique

& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

règles de fonctionnement et elles s'inscrivent dans un cadre établi : il y a des jours de passage, des horaires définis et un tarif appliqué.

◦ Un lien unique difficilement remplaçable

Au cours des entretiens, les aides à domicile font remarquer que les remplacements sont souvent source de mécontentement de la part des usagers, « *Ils n'aiment pas ça* » (extrait de l'entretien AD2).

- « *il y a pas mal de remplaçantes [...] elles aiment pas ça, ça chamboule, ça chamboule une personne.[...] ils se confient pas comme ça, faut pas croire que voilà, on croit que c'est de l'entretien que n'importe qui peut y aller, non on vous le dis, ça se passe pas, ils aiment pas ça.* »

Les professionnels de l'encadrement ont conscience de la problématique des remplacements : « *on sait que c'est le mécontentement principale, on l'a essentiellement pendant les vacances scolaires.* » (extrait de l'entretien avec r la Responsable Adjointe du service)

Dans le cadre de l'action en faveur du lien social, on a vu que le temps et la routine étaient des éléments déterminants pour instaurer une relation de confiance. Lors des remplacements, le lien ne peut pas être établi, c'est pourquoi, les professionnels de l'encadrement, abordent une réflexion à ce sujet. Comment « *avoir une politique de remplacement cohérente?* » (Mme D, Directrice du CCAS), en veillant à ce que les usagers puissent avoir « des remplaçants réguliers »(Mme D, Directrice du CCAS)

◦ Un frein financier

Une autre dimension est citée comme un frein à l'accompagnement à la participation : l'aspect financier. Cet obstacle au développement de l'accompagnement à la vie sociale est repéré auprès des personnes âgées et des personnes handicapées, mais leur origine est différente.

Pour le public âgé, on repère deux variables à ce sujet :

En premier lieu, on a pu constater que les interventions sont définies suite à une évaluation basée sur la grille AGGIR pour les personnes âgées. Le nombre d'heures

financées est alors calculé en fonction de cette évaluation et dans ce cadre, les missions de l'aide à domicile sont pré-définies (aide à la personne, ménage, aide aux courses). Si l'usager souhaite augmenter les temps d'intervention, ce sera à sa charge. Il devra alors financer les heures supplémentaires. La responsable du service précise que « *la souplesse* » de fonctionnement dépend du « *financeur* ».

- Mme B, responsable du service : « *Par exemple, le CG va financer tant d'heures pour l'aide à la toilette, tant d'heures pour la préparation des repas et tant d'heures pour le ménage. On peut de façon ponctuelle déroger mais accompagner de façon régulière une personne en maison de quartier qui est bénéficiaire de l'APA, c'est un autofinancement de la part de la personne* »

Les témoignages des autres professionnels confirment cette réalité à laquelle s'ajoute le caractère « *économe* » des usagers. Mme H, chargée de suivi de la MDA décrit la population comme « *des gens du terroir, [qui] ne jette pas l'argent par les fenêtres surtout chez les personnes âgées. Cette génération, ils sont économes.* »

Pour les personnes handicapées, les explications retenues concernent essentiellement leur pouvoir d'achat. C'est une population particulièrement touchée par la précarité du fait de la difficulté d'accès au monde du travail. Selon un rapport de l'inspection des affaires sociales (2014) « *La proportion de personnes en emploi parmi les personnes en situation de handicap est presque deux fois moindre que dans la population totale et celle des chômeurs est double* »⁶⁵. « *Si leur niveau de formation s'améliore lentement, les personnes handicapées ont des difficultés d'insertion du fait notamment d'un âge élevé [...] et d'une ancienneté au chômage importante[...].* AGEFIPH (2015) »⁶⁶. D'autre part lorsque l'évaluation des besoins de la personne handicapée, réalisée par les équipes de la Maison Départementale de l'Autonomie avec le GEVA⁶⁷, met en évidence un besoin majeur d'accompagnement à la vie sociale, ils sont orientés vers les structures

⁶⁵ABROSSIMOV Christine, CHEREQUE François, les liens entre handicap et pauvreté : les difficultés d'accès aux droits et aux ressources. Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales 2014 p41

⁶⁶ AGEFIPH Tableau de bord national mars 2015 : 45% de demandeurs d'emploi ayant 50 ans ou plus _56% de chômeurs de longue durée contre 43% pour l'ensemble des demandeurs d'emploi

⁶⁷GEVA : « *outil de référence nationale pour les équipes pluridisciplinaires des MDPH depuis le 6 février 2008, constitue le support de la démarche d'évaluation, multidimensionnelle et pluridisciplinaire, des situations et besoins des personnes handicapées, en vue d'assurer l'équité de traitement des situations sur l'ensemble du territoire.* »

CNSA, Le GEVA évaluer les besoins de compensation, Cahier pédagogique de la CNSA, septembre 2012, p2

Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

spécifiques telle que le SAVS, SAMSAH. Dans ce cadre, lorsqu' ils bénéficient du service de maintien à domicile, les missions sont ciblées sur l'entretien courant du logement.

On constate que la difficulté pour les usagers est d'accepter de financer des heures pour aller vers les espaces dits communautaires. Même si l'évolution de la société tend à accorder une place plus importante aux loisirs, les usagers semblent moins enclin à autofinancer ces prestations. La question est de savoir si ce sont réellement pour des raisons liées aux valeurs des usagers ou des raisons de capacités financières?

4.4. Synthèse : le service est-il un acteur de la lutte contre l'isolement

La définition de l'isolement social retenue dans le cadre de cette étude, exclue les relations avec les aides à domicile et les autres professionnels. Toutefois, on a pu constater dans cette partie que le service de maintien à domicile joue un rôle très particulier auprès de l'utilisateur. Par sa présence régulière, l'aide à domicile construit un lien avec lui. Les 10 professionnels rencontrés s'accordent sur le fait que ce lien est un des moyens de lutte contre l'isolement social. Cependant on peut également retenir que le service possède des limites d'action. Au delà de la mise en place des interventions au domicile et des animations collectives, le service dit ne pas pouvoir « *faire plus* » actuellement.

Conclusion

Tout au long de ce travail, l'objectif a été de repérer et de comprendre comment le service d'aide à domicile se positionne dans la lutte contre l'isolement que ce soit dans le repérage des situations d'isolement, dans l'action de lutte ou dans la prévention. L'intérêt est de mettre en avant les atouts et les faiblesses de ce service afin de comprendre quelles seraient les notions fondamentales à réunir pour le CCAS ou tout autre acteur professionnel souhaitant s'engager dans cette action.

Au cours de la première partie, nous avons pu percevoir qu'aujourd'hui les professionnels rencontrés, de formations diverses (droit, paramédicale, travailleurs sociaux) ont une représentation de l'isolement relationnel et de ses conséquences, issue de leurs expériences. On peut constater que 7 professionnels parmi les 10 rencontrés exercent ou ont exercé à domicile en lien direct avec des personnes fragiles. On peut donc considérer qu'ils possèdent une culture commune de l'intervention à domicile. Malgré quelques points de divergence, leurs représentations de l'isolement ne s'opposent pas, elles se complètent. Et c'est grâce à cette complémentarité que l'isolement peut être perçu et compris dans sa globalité. En effet, l'absence de relations familiales, l'affaiblissement des réseaux de proximité et les problèmes de santé sont les notions collectives repérées au cours de cette enquête. Les aspects liés à l'environnement physique des espaces de vie et la précarité sont reconnus par une faible proportion des professionnels rencontrés, mais leurs impacts sont réels dans la capacité à entretenir les liens sociaux. A l'issue de cette étude, il semble important de considérer l'isolement comme le résultat de l'interaction de plusieurs phénomènes et c'est pourquoi le croisement des regards est un élément important dans le repérage des personnes isolées.

D'autre part dans les entretiens, nous avons pu entendre la volonté de développer les pratiques professionnelles des aides à domicile par la formation continue. L'idée directrice est de construire une équipe dont tous les acteurs possèdent un socle commun de connaissance. La professionnalisation des aides à domicile présente l'opportunité de leur offrir une « base commune » et un langage commun. On a pu constater que le verbal était le mode principal de la communication interne de ce service. Dans un cadre général de l'accompagnement, des transmissions construites sur un langage commun semblent être une des composantes essentielles à l'articulation des actions individuelles auprès de l'utilisateur. Cette ambition se confirme également lors de l'analyse réalisée autour du rôle de l'aide à domicile. En effet, les différents responsables de ce service ont mis en avant leur

souhait de créer un « pôle de remplacement » stable et ainsi garantir une cohésion d'équipe tout au long de l'année. Actuellement, les difficultés liées aux remplacements sont souvent générées par le caractère ponctuel des contrats avec des agents non expérimentés. L'engagement du CCAS est de créer et d'entretenir une culture commune du maintien à domicile parmi tous les professionnels de l'équipe. La cohésion des objectifs d'action et la compréhension des missions de chacun permet de garantir une intervention cohérente auprès de l'utilisateur.

Plus largement, dans le cadre d'un développement de projet autour de la question du lien social, un des enjeux du service est d'apporter à tous ces membres, une vision globale du dit projet et de ses objectifs. Une compréhension commune des missions de chacun est indispensable à la mise en œuvre de l'action collective. Les intervenants doivent tous s'inscrire dans une logique d'intervention collective au service de l'utilisateur, et ne pas se considérer comme un acteur isolé de l'institution.

Un nouveau concept d'évaluation au sein du service

Un élément essentiel semble faire actuellement défaut dans les pratiques actuelles : les outils d'évaluation des besoins et des attentes des personnes accompagnées par le service. Toute action, toute décision est issue d'une démarche d'évaluation. Cette évaluation initiale est la base de l'accompagnement des personnes. Au cours de la partie 2.2 Savoir quand repérer, nous avons pu observer que la grille AGGIR était le guide lors de l'évaluation des besoins par les équipes du service MAD, pour tous les usagers, qu'ils soient du secteur gériatrique ou du champ du handicap⁶⁸. Dans le cadre de la lutte contre l'isolement, la dimension que nous cherchons à évaluer est l'environnement social de la personne. Or l'outil de référence n'explore pas cette dimension. En effet, « la grille AGGIR ne tient pas compte des facteurs contextuels » (Renaut, 2004). Elle centre le regard de l'évaluateur sur le niveau de capacité de la personne. Une démarche d'évaluation prenant en compte les différentes dimensions personnelles, occupationnelles, et environnementales permettrait de mieux définir les besoins des personnes. Le recours à un support d'évaluation basé sur le modèle PPH2⁶⁹ ou la CIF (classification internationale du handicap)⁷⁰ paraîtrait plus adapté. Il existe plusieurs

⁶⁸Le service de maintien à domicile utilise la grille AGGIR pour guider leurs démarches d'évaluation auprès de tous les usagers, même si ils sont âgés de moins de 60 ans. La démarche est identique auprès de toutes les personnes en demande d'aide à domicile. Pour certains usagers, les missions de l'intervention sont déterminées par l'organisme financeur, cependant le service réalise sa propre investigation pour connaître l'utilisateur et préciser ses attentes.

⁶⁹Modèle du Processus de production du handicap 2

⁷⁰CIF « adoptée par l'OMS en 2001, met effectivement en évidence les interactions existantes entre le problème de santé de la personne, les fonctions organiques et les structures anatomiques, les activités réalisées, la participation sociale de la personne et les facteurs environnementaux et

supports construits à partir de ces modèles : la MHAVIE (Mesure des Habitudes de Vie) associée à la MQE (Mesure de la Qualité de l'Environnement) élaborée selon le concept PPH2, et le GEVA élaboré selon la CIF. Dans un contexte général, le passage d'une évaluation des incapacités de la personne à une évaluation globale et « écologique » induit un changement du regard. Cela permet de passer plus facilement du constat des conséquences de l'isolement à une réelle évaluation de l'ancrage des réseaux de sociabilité. Une modification des concepts de l'évaluation et de ses modalités, pourrait être un point de départ envisageable afin de passer de la lutte contre l'isolement à la prévention et le maintien des liens sociaux. (voir 1.1 définition de l'appel à projet)

Dans le contexte d'un service tel que le MAD ou tout autre prestataire de service, l'usage du GEVA, « *support de la démarche d'évaluation, multidimensionnelle et pluridisciplinaire* » CNSA (2009), semble difficile à mettre en œuvre. Le recours aux bilans MHAVIE et MQE semble plus adapté au fonctionnement actuel du service. L'utilisateur renseigne les différents champs avec un professionnel si nécessaire. La MHAVIE « *a pour but de recueillir de l'information sur un ensemble d'habitudes de vie que la personne réalise dans son milieu (son domicile, son lieu de travail ou d'études, son quartier)* » (annexe) et la MQE cherche à « *évaluer l'influence des facteurs environnementaux sur la réalisation des activités courantes et des rôles sociaux des individus* » (annexe).

Dans cette proposition, le service procède à sa propre évaluation, mais on pourrait également s'interroger sur le fait que chaque organisme : évaluateur (MDA), financeur (caisses de retraite), prestataire, réalisent son évaluation des besoins de la personne. L'évaluation initiale pourrait-elle être diffusée et communiquée à tous les partenaires intervenants auprès de la personne? Dans ce cadre, « *pour éviter la redondance et la multiplicité des évaluations, dans une logique d'efficience et d'articulation* »⁷¹ l'usage du GEVA, devient alors pertinent pour tous : « *partager les mêmes références [...] c'est se donner les moyens de répondre plus vite aux personnes* ».

Cette dernière donnée invite à revenir sur le principe de coordination entre les partenaires.

La coordination territoriale, une organisation à repenser

personnels. » CNSA, Le GEVA évaluer les besoins de compensation, Cahier pédagogique de la CNSA, septembre 2012, p2

⁷¹CNSA, Le GEVA évaluer les besoins de compensation, Cahier pédagogique de la CNSA, septembre 2012, p6

Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

L'analyse réalisée en seconde partie, permet de mettre en évidence la nécessité de réfléchir à une nouvelle organisation de la coordination territoriale. Certes, le service de maintien à domicile tente par le projet « loisirs et lien social » de développer le partenariat avec des acteurs locaux du tissu associatif, mais cette initiative ne peut pas résoudre la problématique de l'isolement de tous les usagers et encore moins apporter une réponse à toutes les personnes en situations de fragilité. En effet dans une recherche d'inclusion dans la société et de prévention, l'articulation des interventions ne doit pas s'arrêter au seul service de maintien à domicile. Tous les acteurs du territoire doivent être coordonnés et se coordonner. Leurs actions ne doivent pas juste se juxtaposer mais bien être pensées et organisées comme un ensemble d'actions servant un besoin spécifique individuel. Certains pourront repérer et d'autres pourront agir en faveur du lien social.

Dans le cadre de la ville Z, l'intérêt serait de passer d'un niveau de liaison entre les services à un niveau de coordination des parcours des personnes (Leutz, 1999). Ainsi les différentes composantes de l'isolement relationnel seraient alors peut être mieux repérées et des réponses adaptées pourraient être proposées. Nous avons pu mettre en évidence que le service ne pouvait à lui seul répondre à tous les besoins de sociabilité des usagers. Plus largement, c'est l'enjeu de l'accompagnement des personnes en besoin d'aide à l'autonomie pour la vie quotidienne et la vie sociale, qui peut être discuté ici.

Par la création de la Maison Départementale de l'Autonomie en janvier 2014, la suppression des CLIC, les acteurs locaux doivent repenser leurs partenariats et leur fonctionnement en réseaux. En effet la nouvelle réorganisation territoriale entraîne une modification des tâches et des missions de chacun, ce qui induit automatiquement un nouveau mode de coordination. Si d'une part « *l'accroissement de la division du travail renforce continuellement le besoin de coordination* »⁷², nous pouvons également sous-entendre qu'une nouvelle répartition du travail induit automatiquement la nécessité d'une nouvelle forme de coordination.

Dans un contexte général, « *les efforts actuels portent sur 2 niveaux [...] la coordination de proximité et la coordination d'appui* » (Bloch, 2014). L'étude menée met en évidence que ces 2 concepts doivent être reconsidérés sur le territoire afin d'apporter une cohérence et des méthodes adaptées. La coordination de proximité cherche à harmoniser l'accompagnement de la personne, rendre le suivi cohérent et les pratiques des professionnels adaptées aux besoins. La coordination d'appui vise à développer et

⁷²Bloch M.A, Coordination et Parcours, La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Paris, Dunod, 2014 p1-p9

Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

soutenir le réseau d'acteurs. Ces 2 notions ne peuvent pas être pensées et développées indépendamment. Elles sont liées et dépendantes l'une de l'autre. On a pu constater que de nombreux professionnels interrogés dans cette étude ont fait part que leurs échanges avec les partenaires sont dépendantes des relations qu'elles entretiennent avec eux. En structurant l'organisation de la coordination des partenaires, on peut envisager limiter les effets négatifs liés à ce fonctionnement et favoriser par ailleurs la connaissance et la reconnaissance de tous les partenaires.

Renforcement de l'empowerment

Dans le cadre de cette étude, les usagers sont au cœur du dispositif et restent décideurs des actions réalisées au sein de leur domicile. Cette politique d'action s'approche du concept d'*empowerment*, en invitant l'utilisateur, quand il le peut à rester « maître » de son quotidien. « *Dans la tradition de l'empowerment, l'intervenant ou l'intervenante encourage plutôt les personnes à définir elles-mêmes la situation souhaitée et de s'en considérer digne* » LEMAY (2007)⁷³. Sa parole est entendue et écoutée par les professionnels. Cette démarche ancrée aux interventions à domicile est largement perçue et comprise par tous. L'adaptation constante des aides à domicile à la demande des usagers illustre clairement cette notion. On peut estimer que le lieu d'action, privé et intime, favorise cette démarche et c'est bien dans ce contexte d'intervention individuelle, qu'on peut dire que le service contribue à lutter contre l'isolement.

A l'inverse, l'application de ce concept aux activités « d'animation » est plus difficile. L'action n'est plus centrée sur un individu mais sur un collectif « les usagers du maintien à domicile ». Malgré la réalisation d'une enquête par questionnaire, volonté de démarche participative, pour définir les grands thèmes des ateliers organisés, les usagers ne sont pas à l'initiative du développement du projet. Une consultation et une implication des usagers dans le comité de pilotage pourraient permettre de définir plus précisément leurs attentes et ainsi construire une réponse adaptée et cohérente. Un autre moyen de mise en œuvre d'une démarche participative pourrait être la création d'un conseil de vie sociale⁷⁴ spécifique au service de maintien à domicile. Ainsi ses actions pourraient devenir des actions pour le collectif des usagers. Un des enjeux d'une démarche participative est de construire une dynamique de pairémulation au sein du service.

⁷³Lemay Louise, L'intervention en soutien à l'empowerment : du discours à la réalité. La question occultée du pouvoir entre acteurs au sein des pratiques d'aides, *Nouvelles pratiques sociales*, vol.20, n°7, 2007, p 165-180.

⁷⁴ CVS est l'un des outils pour l'exercice d'un des droits fondamentaux : participation à directe au projet d'accueil et d'accompagnement (décret du 25/03/2004).

Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique

& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

Démontrée bénéfique dans le champ du handicap, cette pratique est intéressante à envisager pour favoriser l'implication et l'activation des usagers. « *La pairémulation serait un moyen de lutte efficace contre l'isolement, ou encore contre l'habitude de se laisser aller à la passivité* » GARDIEN (2010)⁷⁵

Cette étude a mis en évidence quelques éléments de réflexions au sujet de la reconnaissance de la spécificité des métiers du domicile, de l'impact de l'organisation de la coordination territoriale et de la place de la personne au sein de ce dispositif complexe. Mais cette étude n'est qu'une petite contribution à un sujet très vaste. De nombreuses limites peuvent être mises en avant, mais elles offrent également la possibilité d'ouvrir la réflexion sur d'éventuelles poursuites.

On peut estimer que l'enquête se base sur un échantillon d'aides à domicile et de partenaires trop faible et par conséquent peu représentatif. Au sein du service, le recueil de témoignages plus nombreux auprès des aides à domicile pourrait d'une part, établir un constat plus précis et plus représentatif de leurs pratiques actuelles, et d'autre part définir leurs représentations communes de l'isolement. Une consultation plus large des partenaires médicaux et sociaux auraient les mêmes effets. Un autre point pourrait être discuté au sujet du fonctionnement de la coordination territoriale. On a pu constater que le territoire est en phase de réorganisation depuis une année, une observation réalisée à plus long terme ou à distance, permettrait d'analyser l'impact de cette nouvelle organisation sur les relations entre les partenaires et leurs modalités d'actions. Les recueils de témoignages ont été effectués au cours d'une période charnière où chacun doit retrouver une place, comprendre la place de son partenaire, accepter l'arrivée ou le départ de certains. Pour terminer, cette étude est centrée sur le regard des professionnels. Une enquête centrée sur les usagers pourrait compléter celle-ci en observant les effets de l'intervention des aides à domicile sur la qualité de vie des usagers, particulièrement en lien avec l'évaluation de leur environnement social. Comment les usagers investissent cette relation aidant-aidé? Dans quel cadre cette relation passe du statut prestation de service à un vrai lien social?

A la fin de ce stage et de cette recherche, une question demeure sans réponse à ce jour : comment soutenir les usagers dans l'animation de leurs propres réseaux de sociabilité ?

⁷⁵ Gardien Eve, La pairémulation dans le champ du handicap : Histoire, pratiques et débats en France. Rhizome, 2010, pp.3-4

Claire DAZIN - Mémoire de l'Université de Rennes 1, de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
& de l'Université Rennes 2 - <a2014-2015>

Bibliographie

ABROSSIMOV Christine, CHEREQUE François, « les liens entre handicap et pauvreté : les difficultés d'accès aux droits et aux ressources ». Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales 2014

ANESM 2012, « recommandations des bonnes pratiques professionnelles L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes .»

BLOCH M.A, Coordination et Parcours, La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Paris, Dunod, 2014

CAMPEON Arnaud, "vieillesse ordinaire en solitude". *Gérontologie et Société*, 2011/3 n°138, p217-229.

CNRS, Recherche qualitative exploratoire Handicap - Incapacité 6 Santé et aide pour l'autonomie (vol 1)_octobre2010_ FNG-REVeSS-UMR6578 CNRS

CNSA, « Le GEVA évaluer les besoins de compensation, Cahier pédagogique de la CNSA », septembre 2012

Collectif combattre les solitudes, Les solitudes en France 2014, Fondation de France

DRUHLE Marcel et al., "expérience du voisinage : propriétés générales et spécificités au cours de la vieillesse", *cahier internationaux de sociologie*, 2007/2 n°123, p 325-339.

DURKHEIM Émile, « Les règles de la méthode sociologique », PUF, collection Quadrige, Paris, 1987 (première édition 1895)

DUTHEIL Nathalie, « Les aidants des adultes handicapés » *DRESS, Études et Résultats* N° 186 • août 2002

ENNUYER, « La dépendance en France, état des lieux et prospective : vers un nouveau contrat social », 2010

GARDIEN Eve, « La pairémulation dans le champ du handicap : Histoire, pratiques et débats en France ». *Rhizome*, 2010,

GROSJEAN Michèle, LACOSTE Michèle, « 1. La communication : du face à face aux agencements organisationnels », *Communication et intelligence collective*, Paris, Presses Universitaires de France , «Le Travail humain», 1999,

Handicap et aides humaines vie a domicile et accompagnement_ Les éditions h recherche handicap société, 2015

HENNION Antoine, VIDAL-NAQUET Pierre, GUICHET Franck , HENAUT Leonie. « Une ethnographie de la relation d'aide : de la ruse à la fiction, ou comment concilier protection et autonomie ». HAL, 2012

LEMAY louise, « L'intervention en soutien à l'empowerment : du discours à la réalité. La question occultée du pouvoir entre acteurs au sein des pratiques d'aides » Nouvelles pratiques sociales, vol.20, n°7, 2007, p 165-180.

MOREL-BRACH, « Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux », SOLAL, 2009

MORDIER Bénédicte, « Construire sa vie avec un handicap moteur, L'environnement social et familial des personnes de 40 à 65 ans », DRESS, dossier solidarité et santé n°38, avril 2013

Observatoire nationale de la fin de vie, la société face au vieillissement. le risque d'un naufrage social, paris février 2014

PELLISSIER Jérôme, « Réflexions sur les philosophies de soins », *Gérontologie et société* 2006/3 (n° 118), p. 37-54.

RENAUT Sylvie, "parcours de vie et données de cadrage" *gérontologie et société*- n°138-septembre 2011

RENAUT Sylvie, « Du concept de fragilité et de l'efficacité de la grille Aggir », *Gérontologie et société* 2/2004 (n° 109) , p. 83-107

SHARE, « famille et vieillissement en Europe », numéro 58/ Saint-Pierre-et-Miquelon, novembre 2009

SOUILLER, « Aider un proche âgé à domicile : lacharge ressentie », résultats et N° 799 • mars 2012

Synthèse du Rapport Monalisa, Études et résultats-N° 160 • février 2002

Rapport et Décret

AGEFIPH Tableau de bord national mars 2015

BENSADON AC, Collectif « Combattre la Solitude des personnes âgées » Enquête Isolement et Vie relationnelle, Rapport général, Sept2006

CNSA, rapport annuel 2007_cnsa.fr

Convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour la période 2012- 2015,

COG CNAV 2014 2017

Décret n°2004-926 du 1 septembre 2004 (Dernière modification : 10 septembre 2005)

Guide mondial des villes-amies des aînés, de l'OMS_ 2007

Observatoire des personnes en situation de fragilité, Atlas 2013

Site internet

<http://www.handeo.fr/cap-handeo-des-services-a-vos-cotes>, (Cap Handéo, Référentiel de labellisation -V.1 –MAJ Avril 2011, p2-3)

<http://www.monalisa-asso.fr/>

<http://www.unccas.org>

Liste des annexes

Annexe 1 : APPEL A PROJET

Annexe 2 : Description du projet porté par le service de Maintien à Domicile

Annexe 3 : le GEVA

Annexe 4 : MHAVIE et MQE

ANNEXE 1

Actions Gérontologiques d'Initiative Locale (AGIL)

**Prévention de la perte d'autonomie
Amélioration de la vie sociale
Qualité de vie à domicile**

La prévention sociale de la perte d'autonomie et l'accompagnement des effets du vieillissement des personnes retraitées, socialement fragilisées, relevant des GIR 5 et 6, sont des enjeux majeurs de la politique d'action sociale de l'Assurance Retraite, mise en œuvre par les Caisses d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (Carsat) pour le compte de la Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse (CNAV).

Afin d'aider les retraités à vivre le plus longtemps possible à domicile, l'Assurance Retraite soutient financièrement le développement d'actions collectives de prévention sociale pour Bien Vieillir.

Dans ce cadre, la Carsat Pays de la Loire lance un appel à projets AGIL pour l'année 2014, et reconductible au cours des prochaines années, afin de susciter l'émergence d'initiatives dans la région, pour :

- ▶ promouvoir la prévention de la perte d'autonomie et des effets du vieillissement,
- ▶ favoriser le maintien du lien social,
- ▶ préserver la qualité de vie à domicile des personnes retraitées.

Projets éligibles

- ▶ Actions de prévention et d'accompagnement social des effets du vieillissement : ateliers de sensibilisation et d'information (ex : mémoire, sommeil, nutrition, prévention des chutes, adaptation du logement et aides techniques pour prévenir les risques de perte d'autonomie...),
- ▶ Actions concourant à rompre l'isolement et à améliorer la vie sociale : (ex : activités à vocation culturelle, artistique..., projets intergénérationnels, aide aux aidants, visites de bénévoles à domicile, séjours de répit aidants-aidés, accès aux droits des immigrés âgés, des gens du voyage et sans résidence fixe...),
- ▶ Actions ou services de proximité permettant aux personnes retraitées de bien vieillir dans leur cadre de vie habituel (ex : portage de repas, garde itinérante de nuit, transport accompagné, accueil de jour, amélioration de l'habitat...).

Critères de sélection des projets

- ▶ Organiser une action collective en faveur des personnes retraitées socialement fragilisées et/ou peu dépendantes,
- ▶ Associer les partenaires présents sur le territoire d'intervention et répondre à des besoins locaux (avec une priorité donnée aux bassins de vie affichant une précarité marquée),
- ▶ Dispenser des prestations de qualité à des tarifs susceptibles de permettre l'accès des retraités disposant de faibles ressources,
- ▶ Bénéficier de l'appui ou du soutien financier des collectivités territoriales (conseil général, communes...) et/ou d'autres institutions ou organismes sociaux (MSA, RSI, caisses de retraite complémentaires...),
- ▶ Prévoir une évaluation formalisée des résultats comportant des indicateurs de résultats quantitatifs et qualitatifs pouvant faire l'objet d'un suivi au cours de la mise en oeuvre du projet.

Une priorité pourra être donnée aux projets s'appuyant sur des schémas régionaux ou départementaux d'organisation sanitaire, médico-sociale ou sociale, ou sur des programmes de référence (ex : programme régional "santé Senior en Pays de la Loire" de l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé - IREPS, programme "seniors en vacances" de l'Agence Nationale pour les Chèques-Vacances - ANCV...).

ANNEXE 2 : Projet du service Maintien à Domicile : Ateliers « Loisirs et vie sociale »

IDENTIFICATION du PORTEUR DU PROJET

- Raison sociale : Centre Communal d'Action Sociale
Service Maintien à domicile
- Statut juridique : Collectivité territoriale

PROJET

- Intitulé du projet: Ateliers "loisirs et vie sociale"
- Description succincte et objectifs du projet: Le projet d'action d'animations et de loisirs est destiné aux usagers les plus fragiles du service Maintien à domicile (aide à domicile et portage de repas). La fragilité pourra être en lien avec une pathologie, une déficience sensorielle ou un handicap (problématique du déplacement, besoin d'un accompagnement au cours de l'activité...), une précarité sociale (isolement) et/ou une précarité financière empêchant l'accès aux activités déjà présentes sur Z. L'accès aux activités pourra se faire soit à la demande des usagers, sous réserve d'avoir au moins un critère de fragilité, ou sur orientation des professionnels du service ou des partenaires. Le projet comprend le transport, l'animation et l'accompagnement tout au long de l'atelier. La connaissance des usagers concernés permet ainsi de proposer et d'accompagner sur des activités adaptées en fonction des habitudes, du projet de vie et des difficultés rencontrées par l'utilisateur.

Le service souhaite proposer à ses usagers des activités permettant les objectifs suivants : **1) Soutien de l'autonomie** : Travail sur la motricité fine par le biais d'activités manuelles, Travail sur des jeux de mémoire et d'écriture (partenariat avec l'association Vite Lu et la médiathèque), Actions de prévention par le biais d'activités éducatives (équilibre nutritionnel, prévention des chutes) et de sensibilisation, par le biais d'ateliers cuisine, gymnastique douce...**2) Soutien dans la vie sociale et relationnelle** : Activités hors domicile et en petit groupe d'utilisateurs (10 personnes maximum). L'activité sera proposée aux usagers du service. Afin de développer les relations des usagers vers l'extérieur et avec d'autres publics, il sera privilégié les activités tout public, en s'appuyant sur les activités culturelles et de loisirs proposées par la ville Z et les maisons de quartiers. Cependant, afin de faciliter l'accompagnement individuel il sera également proposé des activités en groupes restreints composés de bénéficiaires du service uniquement. **3) Lutte contre la précarité financière** bloquant l'accès aux activités de loisirs et d'animation : Proposition d'activité à tarifs réduits.

ANNEXE 3 Le GEVA

« La logique du GEVA est centrée sur les limitations d'activité et restrictions de participation sociale et les volets relatifs aux autres dimensions, d'ordre individuel ou environnemental, qui interagissent dans la situation de handicap d'une personne. »



Représentation du GEVA

Les volets 1, 2 et 7 recueillent les principaux éléments concernant le contexte environnemental de la personne.

Annexe 4 MHAVIE et MQE

La MHAVIE : présentation issue du site internet Réseau International sur le Processus de production du handicap. (<http://www.ripph.qc.ca>)

- « *La Mesure des habitudes de vie (MHAVIE) est un questionnaire ayant pour but de recueillir de l'information sur un ensemble d'habitudes de vie que les personnes réalisent dans leur milieu (domicile, lieu de travail ou d'études, quartier) afin d'assurer leur suivie et leur épanouissement dans la société tout au long de leur existence est un questionnaire à compléter seul ou avec l'aide d'un tiers.*

La Mesure des habitudes de vie (MHAVIE) comprend douze catégories d'habitudes de vie, lesquelles se regroupent à l'intérieur des « activités courantes » et des « rôles sociaux ».

Activités courantes	Rôles sociaux
<i>Communication</i>	<i>Responsabilités</i>
<i>Déplacements</i>	<i>Relations interpersonnelles</i>
<i>Nutrition</i>	<i>Vie communautaire</i>
<i>Soins personnels</i>	<i>Éducation</i>
<i>Condition corporelle</i>	<i>Travail</i>
<i>Habitation</i>	<i>Loisirs</i>

La réalisation de ces habitudes de vie tient compte des aspects moteur, sensoriel, langagier, psychologique, cognitif et comportemental. Elle tient compte également de l'âge de la personne. »

La MQE : Mesure de la Qualité de l'environnement: présentation issue du site internet Réseau International sur le Processus de production du handicap. (<http://www.ripph.qc.ca>)

« La Mesure de la qualité de l'environnement (MQE) comprend quatre catégories de facteurs environnementaux », lesquelles se regroupent à l'intérieur de « facteurs sociaux » et de « facteurs physiques ».

Facteurs sociaux	Facteurs physiques
Systèmes politiques et structures gouvernementales	Géographie physique
Système juridique	Climat
Système économique	Temps
Système socio-sanitaire	Bruits
Système éducatif	Architecture
Infrastructures publiques	Aménagement du territoire
Organisations communautaires	Technologies
Réseau social	
Règles sociales	

« Les facteurs environnementaux rencontrés par une personne dans son milieu de vie varient selon ses aspects moteur, sensoriel, langagier, psychologique, cognitif et comportemental, mais également son âge et ses facteurs indentitaires. »

DAZIN	Claire	<Date du jury>
<p style="text-align: center;">Master 2 Situation de Handicap et Participation sociale</p>		
<p style="text-align: center;">La place d'un service de maintien à domicile dans la lutte contre l'isolement des personnes fragiles.</p>		
<p style="text-align: center;">Promotion 2014-2015</p>		
<p>Résumé :</p> <p>Dans cette étude, on a recherché à comprendre la place et le rôle d'un service de Maintien à domicile dans la lutte contre l'isolement des publics fragiles. Est-il un acteur dans le repérage des personnes isolées? Joue t-il un rôle dans la mise en œuvre des actions en faveur de maintien du lien social? L'enjeu de ce travail est d'apporter quelques éléments de réponse à ces interrogations.</p> <p>Au fil des entretiens avec les professionnels de terrain et des équipes dirigeante, quelques notions fondamentales ont pu émerger : une dynamique d'équipe construite sur des bases communes, l'impact de l'évaluation des besoins dans le processus de repérage des personnes en risque de rupture, la nécessité d'une coordination territoriale organisée, et enfin l'écoute et l'implication de la parole des usagers dans le développement des projets de service.</p> <p>Cette étude centrée sur un seul service propose un début de réflexion qui peut être transmis aux partenaires qu'ils soient professionnels ou non. La lutte contre l'isolement, sujet d'actualité dans les politiques publiques, ne concernent pas uniquement les professionnels médico-sociaux. Les citoyens, les associations, les professionnels de tous secteur, doivent être invité à réfléchir sur le soutien qu'ils peuvent apporter dans le cadre du maintien du lien social des plus fragiles.</p>		
<p>Mots clés : isolement_ maintien à domicile_convergence des politiques dépendance-handicap</p>		

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