



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**CRÉER UNE « PETITE UNITÉ DE VIE » POUR ACCOMPAGNER
LES PERSONNES VIEILLISSANTES DANS LE RESPECT DU
CHOIX DE LEUR MODE DE VIE**

Thérèse METTEFEU

CAFDES

2007

Liste des sigles utilisés

AGGIR	Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
APPS	Association Pour la Promotion de la Santé
CAFAD	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile
CANTOU	Centre d'Animation Naturelle Tirée d'Occupations Utiles
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CNAV	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CNESMS	Centre National d'Évaluation Sociale et Médico-Sociale
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CROSMS	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDE	Direction Départementale de l'Équipement
DEAVS	Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRESS	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GIR	Groupe Iso-Ressources
HLM	Habitation à Loyer Modéré
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MARPA	Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Âgées
MSA	Mutualité Sociale Agricole
ODAS	Organisation Nationale Décentralisée de l'Action Sociale
ORSMIP	Observatoire Régional de la Santé en Midi-Pyrénées
PACT-ARIM	Centre pour la Protection, l'Amélioration, la Conservation, la Transformation de l'Habitat – Association de Restaurations Immobilières
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
SODEXHO	Société d'Exploitation Hôtelière

SSIAD Service de Soins Infirmiers à Domicile
UNA Union Nationale de l'Aide , des Soins et des Services aux Domiciles
VAE Validation des Acquis de l'Expérience

Introduction

Depuis le rapport Laroque en 1962 et les premiers travaux sur le vieillissement, le terme de « personne âgée » est venu se substituer à ce que l'on appelait avant un « vieillard » ou tout simplement un « vieux ». Le plus souvent accordé au pluriel, les « personnes âgées » ont pris une forme générique et homogène pour nommer une nouvelle catégorie de public. Celle-ci a alors fait l'objet d'un travail de définition permettant de repérer au sein de la population qui sont « les personnes âgées ». Ainsi, les personnes de plus de 60 ans, âge considéré comme un archétype historique de la vieillesse par Patrice Bourdelais, servent de base pour les calculs statistiques sur le vieillissement.

La Cour des Comptes estimant que « cet âge ne constitue pourtant pas un seuil pertinent dans le processus du vieillissement » décline la catégorie des « personnes âgées » au cas de la « dépendance » pour former dans une catégorie plus centrale du vieillissement les « personnes âgées dépendantes ».

Bien qu'il n'y ait pas officiellement d'âge retenu pour la dépendance, ce sont les plus de 80 ans, « âge auquel la prévalence de la dépendance commence à augmenter rapidement » qui donnent le mieux la mesure de cette catégorie. Dans son rapport du 9 Novembre 2005, elle propose une lecture de l'aide aux « personnes âgées dépendantes ». La connaissance des dispositifs de financement, les enjeux du maintien à domicile et de l'hébergement en établissement offre une certaine lisibilité sur l'évolution des besoins liés à la dépendance. On peut donc supposer que la connaissance prospective sur les « personnes âgées dépendantes » se justifie par les mesures d'anticipation et la capacité de prévision qu'elle peut générer.

Or l'adaptation des structures peut aussi être pensée dans le cadre d'un projet, fondé sur une conception du vieillissement qui ne soit pas restreinte à la réponse des besoins. L'articulation que propose le rapport entre maintien à domicile et hébergement en établissement interroge sur la réelle prise en compte des choix de la personne en prévoyant un maintien à domicile en cas de faible et moyenne dépendance, puis un placement en cas de forte ou complète dépendance.

Je suis directrice d'une association d'aide et de maintien à domicile depuis 16 ans et je mesure combien il est difficile de maintenir des personnes âgées dépendantes à leur domicile, compte tenu des moyens financiers limités octroyés par les pouvoirs publics ou par les fonds d'action sociale des caisses de retraite. Lorsque le maintien à domicile ne peut plus être réalisé dans des conditions dignes et respectueuses pour la personne, l'entrée en institution devient la solution qui permet à la personne de se retrouver dans un lieu sécurisé.

Néanmoins, la personne âgée ne veut pas renoncer à ses habitudes de vie, à son quotidien qui est le sien. De par ses spécificités, la Petite Unité de Vie peut répondre aux aspirations des personnes âgées en rendant possible la continuité du vécu des personnes.

Tel est l'objet de ce mémoire.

Dans la première partie, sera fait état de l'augmentation de la population vieillissante, notamment dans notre secteur d'activité. Sera énoncée clairement la priorité affichée en faveur du maintien à domicile souhaitée par les personnes âgées mais également seront constatées les limites de ce maintien dans certaines situations.

La problématique de ces situations eu égard aux aspirations des personnes âgées sera exposée en deuxième partie. Après réflexion, une réponse sera soumise à l'approbation de l'association et les principes fondamentaux seront énoncés.

Dans la troisième partie, sera développé le projet de création d'une Petite Unité de Vie, considérée comme un intermédiaire entre le domicile et l'institution. J'en présenterai les différents aspects : projet social et projet de vie, projet architectural et modalités de fonctionnement.

1 VIEILLISSEMENT ET MAINTIEN À DOMICILE : DEUX RÉALITÉS PAS TOUJOURS CONCILIAIBLES.

1.1 Une population croissante de personnes âgées manifestant le désir de vivre à domicile.

1.1.1 Données démographiques nationales et sur le département du Tarn et Garonne.

La baisse de la fécondité, comparée au très fort niveau du « baby boom », et l'allongement de la durée de la vie ont depuis une trentaine d'années sensiblement modifié la structure par âge de la population française. Les projections démographiques, basées sur l'hypothèse du maintien des tendances (fécondité, mortalité et migrations) prévoient une augmentation modérée de la population âgée jusqu'en 2005–2010, puis une augmentation plus rapide jusqu'en 2035, dûe à l'arrivée des générations du « baby boom ».

Dès 2010, la France comptera plus de 10 millions de personnes de 65 ans ou plus contre 8,4 millions en 1990, et plus de 5,6 millions de personnes de 75 ans ou plus contre 4 millions aujourd'hui. En 2020, les personnes âgées de 60 ans et plus seront environ 17 millions, soit 28% de la population totale d'après les projections actuelles.

Le département du Tarn et Garonne est le moins étendu de la région Midi Pyrénées, par contre il est au 5ème rang régional pour la population. Les chiffres inscrits dans le tableau ci-après résultant d'une étude de la structure de la population, sont révélateurs d'une population vieillissante.

Age population	Département	Région	Nation
De 60 à 74 ans	16,15%	15,45%	13,62%
75 ans et plus	10,21%	9,56%	7,70%

La pyramide des âges met en exergue l'allongement de la durée de vie par l'augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 85 ans. Selon les services

statistiques de la DRASS¹ et les projections de l'INSEE², quant à l'évolution de la population âgée en Tarn et Garonne, nous pouvons affirmer que la population âgée de 60 ans et plus augmentera de 15,20% pendant la période 1999/2010 alors que la population totale ne progressera que de 3,14%. Les personnes âgées de 60 et plus représenteront en 2010 29,45% de la population totale du département.

1.1.2 Données démographiques sur le secteur couvert par l'association.

L'ADOM 82, Association d'Aide et de Maintien à Domicile, dont je suis la directrice depuis 16 ans et dont le siège social se situe à Castelsarrasin, sous-préfecture de 11352 habitants du département de Tarn et Garonne, intervient sur l'agglomération de Castelsarrasin et sur 80 communes situées à l'ouest du département.

Le vieillissement de la population est prononcé sur toute la frange nord du département et dans la Lomagne située au sud ouest. Dans ces cantons concernés, où nous déployons notre activité, un habitant sur trois a plus de 60 ans. La population âgée que nous accompagnons est de plus en plus nombreuse. Les rapports annuels successifs d'activité de l'association notent que, depuis 10 ans, le nombre de personnes âgées accompagnées à leur domicile a progressé de 54% pour atteindre en 2006 le chiffre de 1485 personnes.

56% de ces personnes bénéficient de l'allocation personnalisée d'autonomie.

1.1.3 Des personnes âgées en situation de dépendance

La dépendance est une caractéristique normale de tout individu vivant en société. Le terme dépendance est un mot du langage courant. Dépendre de, c'est ne pas pouvoir se réaliser sans l'action ou l'intervention d'une personne ou d'une chose. Cette notion exprime l'idée d'une solidarité de faits, d'une relation entre choses, qui les rend nécessaire les unes aux autres. Tout au long de la vie, l'individu aménage, réorganise ses dépendances afin de maintenir son équilibre de vie.

Dans le champ de la vieillesse, jusqu'à la fin des années 1960, on parlait de personnes âgées semi-valides, invalides, handicapées, grabataires, voire séniles.

La première apparition en France, du mot « dépendance », pour qualifier les personnes âgées, date de 1973 et la définition en est fournie par un médecin hospitalier,

¹ Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

² Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

travaillant en hébergement de personnes âgées, le Docteur Dolomier³: « Le vieillard dépendant a donc besoin de quelqu'un pour survivre, car il ne peut, du fait de l'altération des fonctions vitales, accomplir de façon définitive ou prolongée les gestes nécessaires à la vie » Sera dépendant celui qui ne peut plus accomplir seul les gestes de la vie quotidienne .

Dès les années 1975, la définition médicale de la dépendance a donc véhiculé une connotation négative, tels une incapacité à vivre seul et un asservissement, au détriment d'une connotation positive de solidarité et de relation nécessaire aux autres. Cette vision négative de la dépendance sera confortée par la définition de la dépendance, dans le domaine de la vie sociale, adoptée par le dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement⁴: « la dépendance est la subordination d'une personne à une autre personne ou à un groupe, famille ou collectivité ».

La loi du 24 janvier 1997, adoptée sur la prestation spécifique dépendance (PSD)⁵ officialise cette vision « incapacitaire » de la dépendance. La loi du 20 juillet 2001, relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)⁶ n'a pas modifié cette définition de la dépendance ; elle n'a pas favorisé la distinction entre « dépendance » et « perte d'autonomie ». Cela a pu contribuer à imposer une vision de la dépendance comme un cumul d'incapacités et à écarter l'environnement de la personne et la façon dont elle ressent ses capacités et ses incapacités en fonction de son projet de vie et de ses habitudes de vie.

La dépendance est définie par les gériatres comme le besoin d'aide d'une personne, résultant de son incapacité à faire toute seule les principaux actes de la vie quotidienne.

L'autonomie est le droit de se gouverner par ses propres choix. Il s'agit donc de la capacité ou du droit d'un individu à choisir lui même la façon dont il veut se gouverner. Elle doit donc désigner la liberté d'action, de choix et être un principe préalable à toute action. Le respect de l'autonomie et sa sauvegarde doivent être à la base de tout projet.

Il faut rappeler, qu'au-delà de cette définition biomédicale incapacitaire imposée par les gériatres depuis 1975, le sociologue Albert Memmi⁷ a proposé en 1979 cette définition de la dépendance : « la dépendance est une relation contraignante, plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe ou une institution, réels ou idéels et qui relève de la satisfaction d'un besoin ». Dans cette vision sociale et biologique, la

³ ENNUYER B. (2002) Les malentendus de la dépendance, Paris, Ed.Dunod

⁴ Dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement (1984)

⁵ Prestation Spécifique Dépendance

⁶ Allocation Personnalisée d'Autonomie

⁷ MEMMI A (1979) La dépendance, Paris, Gallimard

dépendance est une relation réciproque et nécessaire entre tous les acteurs qui composent une société : la dépendance est la base du lien social et de la solidarité.

1.1.4 Un choix clairement affirmé de vivre à domicile.

En matière d'habitat, c'est sans doute la notion de domicile qui synthétise le mieux les principales aspirations des personnes âgées. En effet, les enquêtes réalisées par l'INSEE et l'ODAS⁸ auprès de cette population révèlent d'abord le désir majeur de « vivre et mourir chez soi ».

Le dictionnaire donne les définitions suivantes pour le mot « domicile » :

- Lieu ordinaire d'habitation, avec le synonyme de chez soi, demeure, habitation, logement, maison, résidence.
- Lieu où une personne a son principal établissement, demeure légale et officielle
- Lieu où la loi présume qu'une personne se trouve pour l'exercice de ses droits et l'accomplissement de ses devoirs.

Un domicile est à la fois un chez soi, un abri, un cadre familial mais aussi un cadre juridique qui définit la personne au sens de la loi. Comme le dit Perla Serfaty-Garzon⁹ : « dans son domicile l'habitant a le sentiment d'être souverain, d'exercer un droit d'usage sur un territoire qui lui est propre. L'emboîtement de la souveraineté, de la durée et de la légalité qui font du domicile le symbole de l'inscription sociale de l'habitant, en fait le repère principal de son identité sociale, dont la perte est ressentie comme une chute hors du champ social légitime, dans les marges de la société. »

Juridiquement, le domicile est donc le lieu qui confirme l'identité sociale d'une personne et qui lui confère une place légale au yeux des autres, par l'intermédiaire de la loi. Le domicile permet de définir un espace intérieur, intime, au sens de ce qui est au plus profond de nous mêmes. Il est donc un lieu privilégié de l'exercice de la souveraineté de la personne et de sa construction identitaire tant pour elle même que pour son existence aux yeux des autres. Ce qui caractérise le chez soi, c'est la liberté que la personne a d'y organiser sa vie en maîtrisant certains choix :

⁸ Organisation Nationale décentralisée de l'Action Sociale

⁹ SERFATY-GARZON P (2003) Chez soi-Les territoires de l'intimité, Paris, Armand Colin P.64

- vivre seul ou avec la personne souhaitée
- garder son animal familier
- être dans ses meubles et organiser son décor
- disposer d'un espace diversifié
- pratiquer à son gré les activités quotidiennes (ménage, cuisine) seul ou avec une aide
- décider de son rythme de vie entre vie privée et vie sociale
- vivre selon ses propres normes.

Le « chez soi » définit une relation particulière qu'une personne entretient avec son cadre de vie, relation associée à la satisfaction des besoins fondamentaux : recherche de sécurité, maintien de l'identité, protection de l'intimité.

Le domicile, que ce soit une maison ou un appartement, est situé dans un village ou un quartier de la ville. Il se trouve à proximité de commerces, de services, de places, de jardins que la personne âgée aime bien fréquenter. Chaque personne trie dans son environnement ce qui fait qu'il est le sien et qui devient son environnement familier. Son entourage est composé de sa famille, de ses amis, de ses voisins qu'elle reçoit à son domicile ou qu'elle côtoie quand elle le souhaite

1.1.5 La prise en compte de cette option par les politiques publiques : le maintien à domicile, porteur d'une réflexion sur notre manière de vivre.

Les politiques suivies par les pouvoirs publics à l'égard des personnes âgées ont considérablement évolué depuis un demi-siècle. Si nous prenons les années 1950 comme point de départ, c'est à cause de la publication en 1962 de ce que les professionnels du champ de la vieillesse ont coutume d'appeler le rapport Laroque, du nom de son principal rapporteur, Monsieur Pierre Laroque, Conseiller d'État. Ce rapport, intitulé Politique de la Vieillesse, est le premier qui dans l'époque moderne, pose cette question du maintien à domicile comme orientation majeure des années à venir, comme satisfaisant à la fois aux aspirations des retraités, au maintien de la cohésion sociale et aussi comme solution incontestablement moins onéreuse que l'hébergement en collectivité. Mais, si le rapport Laroque de 1962 est le premier dans l'époque moderne à poser cette question du maintien à domicile comme déterminant de la politique publique à conduire dans les années à venir, il pose surtout la question centrale de la place que peuvent occuper les personnes âgées dans la société.

Cette idée du maintien à domicile a été constamment réaffirmée par le pouvoir politique de tout temps de Valéry Giscard d'Estaing qui affirmait en 1977 « chacun d'entre vous doit pouvoir, l'âge de la retraite une fois atteint, continuer à vivre chez lui, s'il le désire, dans son logement dans le cadre qu'il a toujours connu et auquel il est attaché »¹⁰ à Paulette Guinchard Kunstler, secrétaire d'état aux personnes âgées de 2001 à 2002 « il n'y a pas de dignité réelle quand on ne peut pas choisir le lieu et les modalités de sa vie »¹¹.

1.2 Le déploiement des services concourant au maintien à domicile

1.2.1 L'exercice des missions de l'ADOM 82

L'ADOM 82 (association d'aide et de maintien à domicile) est une association à but non lucratif régie par la loi 1901 qui a pour objet de proposer des services à domicile sur le département répondant aux besoins et attentes des personnes âgées, handicapées et des familles. Créée en 1964 à l'initiative d'une congrégation religieuse, l'association avait pour objet de prodiguer des soins et services aux vieillards de la ville de Castelsarrasin et des communes environnantes.

En 1982, son champ d'intervention s'est ouvert aux personnes handicapées et depuis 1992, l'association gère un service d'emplois familiaux. En 1995, elle met en place un service de dépannage, bricolage, entretien.

Elle est adhérente à l'UNA¹². Elle a reçu de la préfecture l'agrément qualité « services à la personne » et est autorisée depuis le 26.04.2007 par le Président du Conseil Général pour son service prestataire d'aide et d'accompagnement aux personnes âgées et handicapées.

L'ADOM 82 s'applique à respecter la déontologie du secteur considérant que tout usager est une personne et donc sujet de droit. Elle assied la qualité de ses services sur trois grands principes :

¹⁰ LENOIR R. (1978)-Le temps de vivre un troisième âge heureux, Paris, La Documentation Française P.140-141

¹¹ Sénat Débats parlementaires, Séances du mardi 15 Mai 2001

¹² Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles

- une attitude générale de respect
- une aide individualisée
- une relation établie et déterminante entre l'utilisateur, l'intervenant (e) et le référent représentant l'association.

Ces valeurs font référence à la Charte des Droits et Libertés de la personne âgée accueillie (JO du 9/10/2003).

L'activité de nos services est axée sur :

- la participation au soutien à domicile
- la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne
- le maintien et le développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.

A) **Quatre services** sont proposés par l'ADOM 82 :

Service d'aide à domicile prestataire :

S'adresse aux personnes retraitées et aux personnes de moins de 60 ans pour assurer un travail matériel et (ou) moral et (ou) social favorisant le maintien à domicile.

Les intervenants sont salariés de l'association.

Service d'auxiliaire de vie prestataire :

S'adresse aux personnes handicapées bénéficiaires de l'allocation compensatrice, de la majoration pour tierce personne ou de la prestation compensation du handicap pour assurer une aide matérielle et un accompagnement dans les actes essentiels de la vie courante afin de faciliter le maintien à domicile des personnes handicapées.

Les intervenants sont salariés de l'association.

Service Emplois Familiaux mandataire :

S'adresse à toute personne souhaitant être aidée pour recruter du personnel à son domicile et assurer le suivi administratif de son dossier employeur.

Service dépannage, bricolage, entretien prestataire :

S'adresse à toute personne membre de l'association pour répondre rapidement à des demandes de réalisation de divers petits travaux de dépannage, bricolage ou entretien à

son domicile favorisant ainsi la qualité de son environnement immédiat et les commodités de son habitat.

L'agent d'entretien est salarié de l'association.

280 000 heures de service sont assurées en 2006 dans le cadre des quatre services. L'activité totale est répartie pour 35% en milieu urbain et 65% en zone rurale. Le service d'aide à domicile aux personnes âgées représente 73% de notre activité, soit 205 000 heures dont 80% sont dispensées auprès de personnes dépendantes. 56% des personnes âgées accompagnées sont bénéficiaires de l'APA et se retrouvent dans un état de dépendance d'un niveau moyen à très élevé.

La moyenne d'âge se situe à 82 ans et 50% des foyers aidés sont des femmes seules (célibataires, divorcées ou veuves). En zone rurale, une majorité de foyers sont propriétaires de leur maison (il s'agit surtout de retraités agricoles, commerçants ou artisans).

L'habitation est constituée de grandes pièces, équipée d'un moyen de chauffage pas toujours adapté à la superficie et dépourvue parfois d'une salle d'eau. Des maisons se retrouvent excentrées du village, à une distance pouvant atteindre 2 à 3 kilomètres. Cet éloignement géographique entraîne l'isolement social de la personne.

En milieu urbain, les personnes sont propriétaires de leur pavillon, soit locataires en HLM ou en appartement et maisons privées. Leur habitation est dans la plupart des cas, confortable, toutefois certaines pièces sont parfois exigües ce qui ne facilite pas les déplacements et la mobilisation des personnes à l'intérieur du domicile.

B) Les ressources humaines

280 salariés (277 femmes et 3 hommes) ayant pour qualification agents à domicile, employés à domicile et auxiliaires de vie sociale, interviennent auprès de plus de 1800 personnes. Leurs fonctions sont différentes :

L'agent à domicile réalise des activités domestiques et administratives simples.

L'employé à domicile réalise et aide à l'accomplissement des activités domestiques et administratives. Il aide la personne dans les activités de la vie quotidienne.

L'auxiliaire de vie sociale aide à domicile les familles, les personnes âgées, les personnes handicapées dans l'accomplissement des tâches et des activités de la vie quotidienne. Elle aide à faire en stimulant, accompagnant ou elle fait à la place de la personne dans l'incapacité de faire seule.

Il s'agit d'un accompagnement et d'une aide aux personnes :

- dans les actes essentiels de la vie quotidienne (se lever, s'habiller, s'alimenter)
- dans les activités ordinaires de la vie quotidienne (entretien du linge et du logement, repas)
- dans les activités de la vie sociale et relationnelle, dans la gestion des demandes administratives.

Elle fait également le lien avec tous les autres professionnels intervenant ou la famille.

Le personnel d'encadrement :

Trois responsables de secteur encadrent le personnel intervenant à domicile. Elles doivent concevoir, mettre en place et suivre le projet d'intervention à domicile, repérer les situations complexes et conseiller au mieux les intervenants.

Elles se déplacent tous les mois sur les différents secteurs géographiques pour rendre visite aux personnes aidées et organiser une réunion d'équipe avec les intervenants à domicile.

Elles sont l'interface entre l'intervenant et l'utilisateur et elles garantissent les valeurs qui fondent la relation d'aide. Elles doivent assurer le suivi de la gestion administrative, maîtriser et développer la qualité du service rendu. Pour cette partie administrative, **une assistante technique** complète l'équipe.

La Directrice a pour mission de définir et conduire l'intervention sociale, encadrer et animer une équipe de professionnels, garantir le fonctionnement des services. Elle a l'obligation d'assurer les conditions en interne et en externe qui permettent de renforcer l'efficacité des prestations de service offertes aux usagers, la qualité des pratiques professionnelles ainsi que la personnalisation des modes de prise en charge et d'accompagnement.

Nos services inscrivent les prestations dans un projet d'aide individualisée à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne. Ces prestations, dont nous assurons la continuité, sont effectuées par les aides à domicile dans le cadre d'un accompagnement de qualité à domicile à durée variable pouvant aller jusqu'à la fin de vie de la personne.

Dans la logique du maintien à domicile prévaut la notion d'aide à la personne à travers une relation d'aide.

1.2.2 La spécificité de l'intervention à domicile : un accompagnement centré sur la relation d'aide.

Des valeurs sous tendent l'accompagnement à domicile : en effet, la relation d'aide s'avère pour nous la rencontre de deux personnes dans leur reconnaissance mutuelle de leur qualité de sujet. C'est pour celui ou celle qui vient aider, le respect de l'autre dans sa liberté de mener sa vie comme il l'a choisie. Cette relation passe par des activités à accomplir (faire le ménage, les courses, la cuisine, des démarches de la vie quotidienne, des soins) mais celles ci ne sont pas la finalité de la relation, elles en sont le moyen. Cette aide matérielle, affective, morale, psychologique apportée à l'autre, partagée avec l'autre ne peut prendre sens que dans un échange créateur de lien social : il s'agit donc d'une reconnaissance de cet autre quelque soit son incapacité matérielle actuelle et ses limitations d'activité comme un autre nous mêmes dont nous avons besoin tout autant qu'il a besoin de nous. Au delà des limites, de ses incapacités, qu'elles soient physiques ou cognitives, l'aidé est une personne qui agit dans la relation, il est un sujet actif qui n'est pas qu'un bénéficiaire d'aide, de soins et de services. Être un sujet actif de ses soins, c'est pouvoir prendre des initiatives, faire soi même tout ce que l'on peut faire dans des situations où la condition physique est précaire, être respecté dans son choix de rester à domicile et être considéré comme une personne capable et responsable malgré ses limites personnelles.

Il va de soi que l'expression de ce souhait, de ce désir, de ce choix de rester chez soi jusqu'au bout ne peut être dépendant d'une notion de liberté et d'une prise de risque à domicile pour certaines personnes vieillissantes, étant donné leur contexte de vie habituel : isolement social important, aides apportées insuffisantes en cas de dépendance lourde.

Toutes ces notions fondatrices, libellées dans le livret d'accueil, sont régulièrement l'objet d'échanges dans les instances institutionnelles.

1.2.3 Le partenariat entre services et le travail en réseau.

Le département du Tarn et Garonne est doté de treize instances de coordination gérontologique. La mission de leur coordonnateur est d'assurer la liaison entre les services et les établissements pour retraités et personnes âgées, à l'échelon local, au

niveau collectif. Aux termes de l'article L232-13 du code de l'action sociale et des familles, le département assure la coordination de l'action gérontologique dans le cadre d'un maillage arrêté conjointement par le Président du Conseil Général et le représentant de l'état dans le département. Ce cadre définit les territoires de coordination de l'action gérontologique de proximité et établit des modalités d'information du public et de coordination des prestataires s'appuyant sur des centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC)¹³.

L'ADOM 82 a signé en mars 2003 une convention de partenariat avec l'APPS¹⁴ gérant un service de soins à domicile sur Castelsarrasin et ses environs et un accueil de jour pour personnes dépendantes. Cette convention a pour but de fixer les conditions dans lesquelles les deux parties coopèrent en vue de dispenser et de coordonner les interventions d'aide, d'accompagnement et de soins à domicile dans des conditions de sécurité, d'hygiène et de confort satisfaisantes auprès de leurs bénéficiaires communs.

L'ADOM 82 et l'APPS s'engagent à favoriser les échanges pour organiser la complémentarité entre les intervenants dans un but d'assurer une prise en charge globale et coordonnée de la personne suivie en commun par les deux associations.

Les intervenants des deux associations entretiennent un partenariat fonctionnel qui converge vers le même objectif de satisfaction des besoins de la personne aidée, dans un esprit de solidarité. La coordination et le suivi des prises en charge font l'objet de dix réunions par an se déroulant à tour de rôle au siège de chaque structure. Un ordre du jour est établi par la direction de la structure accueillante.

Les responsables de secteur de l'ADOM 82 et la responsable du service de soins et celle de l'accueil de jour de l'APPS sont concernées par ces réunions. La directrice de l'APPS et moi même pilotons ces réunions dont l'objectif est la résolution de problématiques soulevées et partagées par les deux structures.

En zone rurale, les responsables de secteur sont en lien direct (par téléphone ou rencontres sur le secteur) avec des infirmiers ( res) libéraux(ales) qui sont très souvent comme les aides à domicile les acteurs clés du domicile, de par la régularité de leurs soins chez certaines personnes, de par la proximité qu'ils (elles) entretiennent avec d'autres depuis longtemps sur un territoire rural restreint. Ils(elles) sont un relais important

¹³ Centre local d'information et de coordination

¹⁴ Association pour la promotion de la Santé

avec le médecin, avec les professionnels libéraux (kinésithérapeutes), avec l'hôpital local, avec le pharmacien, voire avec la psychiatrie du secteur.

Un autre acteur professionnel privilégié du domicile aux confins du sanitaire et du social, c'est bien évidemment le médecin généraliste. Il nous est fondamental de dialoguer et de collaborer avec le médecin généraliste pour évaluer le maintien à domicile surtout quand celui-ci devient problématique. Force est de constater malheureusement que les échanges sont parfois trop brefs et dépourvus d'analyse approfondie. Ils portent essentiellement sur le diagnostic médical et les incapacités de la personne âgée. Le médecin est difficilement joignable au téléphone ou bien entre deux consultations dans un temps limité alors que justement les situations délicates demandent un certain temps d'explication et de concertation.

Lorsque la personne âgée est victime d'un accident de santé, elle doit séjourner en milieu hospitalier quelque temps. Je constate encore trop souvent que nous sommes appelés en urgence par des personnes qui ont été renvoyées chez elles, sans qu'il y ait eu contact de la part de la structure hospitalière avec notre service. Tout comme les médecins généralistes, les équipes hospitalières sont au cœur des processus des maintiens à domicile fragiles et là aussi, l'avenir du maintien à domicile passe par une concertation accrue entre les services hospitaliers et les services du domicile. La liaison Ville-Hôpital est à l'évidence une des clés de la réussite d'une politique de maintien à domicile.

Dans le cadre de pratiques d'instances de coordination, je veille à ce que la personne âgée reste au centre du réseau disposé autour d'elle afin que l'expression de son désir soit pris en compte.

Au-delà du partenariat l'article L.312-7 du CASF¹⁵ ouvre la possibilité de créer des groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS)¹⁶. Associant tous les acteurs concernés par une problématique, leur objectif est de favoriser leur coordination, leur complémentarité et de garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement. Le fonctionnement de ces groupements vivement encouragés a été précisé par le décret N°2006-413 du 6 avril 2006.

1.2.4 Des financements aléatoires et inégaux par les caisses de retraite fragilisant une politique de prévention.

La personne qui remplit les conditions ressources inférieures au plafond de l'aide sociale légale (soit au 01.01.2007 : 621,27 € pour une personne seule et 1112,26 € pour

¹⁵ Code de l'Action Sociale et des Familles

¹⁶ Groupement de Coopération sociale et médico-sociale

un ménage) peut bénéficier de l'aide ménagère devenue après 1962 une prestation légale d'aide sociale avec une possibilité de recours sur succession au décès du bénéficiaire.

A partir des années 1960, la Sécurité Sociale, par l'intermédiaire des Caisses Primaire d'Assurance Maladie, prend en charge une partie du coût de l'heure d'aide ménagère, pour les retraités du régime général de Sécurité Sociale.

Après la création de la CNAVTS¹⁷ en 1967, cette prise en charge va être généralisée à partir des CRAM¹⁸ sur tout le territoire.

A partir des années 1970, sous l'impulsion de la CNAV, les autres régimes de retraite de base vont prendre en charge l'aide ménagère à domicile.

De même, les régimes de retraite complémentaire vont financer des heures complémentaires d'aide ménagère, assurer une prise en charge d'une partie du ticket modérateur restant à la charge des retraités.

On peut dire que ce financement est fondamentalement aléatoire et inégal entre les retraités.

Il est aléatoire car, à l'exception de l'Aide Sociale où la prestation est une prestation légale, l'aide ménagère dépend du bon vouloir des conseils d'administration des caisses de retraite et de l'orientation qu'ils veulent donner à leur action sociale. Il est inégal d'une part entre les retraités, suivant leurs régimes de retraite de base car ces régimes de retraite sont inégaux en fonction du nombre de leurs cotisants et du nombre de leurs retraités.

Il est inégal, d'autre part, au sein d'un même régime de retraite à cause de la gestion par les caisses régionales qui ont chacune leur barème de participation et leur politique locale d'attribution des heures.

Les personnes relevant de la Mutualité Sociale Agricole ne peuvent bénéficier que d'une prise en charge maximum de 8 heures mensuelles, ceux du régime général de Sécurité Sociale ont la possibilité d'obtenir une aide de 25 heures mensuelles.

1.2.5 A partir de 1997, une solvabilisation directe des personnes âgées : mise en place successive de la PSD et de l'APA.

Depuis les années 1960 jusqu'en 1997, date de la mise en place de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD), à laquelle succède en 2002, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), il y a eu sur le territoire français un système de financement de la prestation aide ménagère profondément inégal.

¹⁷ Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés

¹⁸ Caisse Régionale d'Assurance Maladie

A partir de 1997, s'impose dans le domaine de l'aide à domicile une vision de cette aide que l'on peut caractériser par l'arrivée de la notion de « prestation de service » aux personnes âgées qui suppose deux conditions essentielles à sa réalisation :

- un processus de solvabilisation des personnes avec la création de la PSD puis de l'APA,
- la mise à l'emploi effective de populations antérieurement au chômage, grâce à un processus de qualification et à une revalorisation des conditions d'emploi.

En janvier 1997 est votée la loi instituant une Prestation Spécifique Dépendance(PSD), réservée aux personnes de plus de 60 ans. C'est une prestation d'aide sociale soumise à récupération sur succession, gérée par le Conseil Général. Les sommes sont directement allouées aux bénéficiaires selon un plan d'aide établi. L'effet dissuasif de la récupération sur succession généra une demande très faible en zone rurale où la valeur du patrimoine agricole n'est pas seulement estimé sur un plan pécuniaire mais également sur un plan affectif.

En juillet 2001, la loi instituant l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est votée avec une mise en place en janvier 2002. Cette prestation est toujours gérée par le Conseil Général mais n'est pas récupérable sur succession.

Cette allocation est une solvabilisation individuelle de la personne âgée en incapacité, selon son niveau d'incapacité et selon ses ressources.

L'incapacité à faire les actes de la vie quotidienne est évaluée selon l'outil AGGIR¹⁹.

La grille AGGIR classe les personnes âgées en six groupes :

- **Le premier (GIR 1)** comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil et ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
- **Le GIR 2** est composé de deux sous groupes : d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices. Le déplacement à l'intérieur est possible mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou sont faits partiellement.

¹⁹ Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources

- **Le GIR 3** regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. Ainsi, la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou sont faits partiellement. De plus, l'hygiène de l'élimination nécessite l'aide d'une tierce personne.
- **Le GIR 4** comprend les personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage. La plupart s'alimentent seules ; ce groupe comprend aussi celles qui n'ont pas de problèmes locomoteurs mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.
- **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.

Les personnes classées du GIR 1 au GIR 4 sont bénéficiaires de l'APA. A chaque GIR correspond une somme maximale définissant un plan d'aide à attribuer. Les personnes relevant des GIR 5 et 6 peuvent être aidées par les fonds sociaux des caisses de retraite ou l'aide sociale conformément à ce qui a été présenté au paragraphe précédent.

1.3 Les limites du maintien à domicile liées à des facteurs environnementaux et sociaux.

1.3.1 Des moyens financiers pas toujours suffisants.

Le maintien à domicile doit permettre à toute personne âgée qui en exprime le désir, sur le long terme, de rester chez elle, en essayant le plus possible de respecter ses choix de vie et ses habitudes de vie.

Le fait que les services d'aide à domicile existent, ne signifie pas forcément que toutes les personnes âgées vont pouvoir se faire aider. Il y a des règles d'accès aux services d'aide qui tiennent d'abord aux ressources des intéressés et à leur degré d'incapacité.

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour les personnes relativement en incapacité est une prestation d'aide à domicile très strictement réglementée et souvent insuffisante.

Les personnes dépendant des GIR 5 et 6 sont elles aussi tributaires des budgets souvent restrictifs des caisses de retraite en matière d'aide à domicile.

En reprenant les chiffres de la DREES²⁰, on voit bien que les moyens alloués en termes d'heures par semaine ou par mois sont notoirement insuffisants pour assurer à la fois un travail d'aide correct et sécurisant pour la personne à domicile. En effet, le travail quotidien, ménage, courses, toilette, cuisine, surveillance, relation et communication ne peut s'exercer pour des personnes seules, à moins de 5 heures quotidiennes à minima, pour des personnes ayant des incapacités majeures à faire toute seules tous les actes essentiels de la vie. Or, dans les situations les plus lourdes, l'APA solvabilise, environ 1h45 d'aide par le biais de notre service prestataire (l'association est employeur des salariés intervenants). D'autres services, dont les personnes peuvent avoir besoin, sont souvent inaccessibles à cause de leur coût, c'est le cas des services de garde de jour ou de nuit que nous assurons dans le cadre du service mandataire (l'employeur est la personne âgée qui donne mandat à l'association pour gérer son dossier employeur). L'accès à ces services est envisageable pour des personnes ayant des revenus dépassant 3000 € mensuels ou lorsque leurs enfants financent une partie du coût global de l'aide.

1.3.2 L'inadaptation du logement.

Les conditions d'habitat des plus âgés constituent une dimension importante de la condition du vieillir, et parfois déterminante en matière de sauvegarde de la continuité de vie dans la vieillesse, notamment lorsque l'habitat s'avère inadapté face aux handicaps ou limitations qu'impose l'avancée en âge.

Les conditions d'habitat des personnes âgées se sont sensiblement améliorées au cours des quinze dernières années. L'effet des politiques volontaristes de réhabilitation de l'habitat et le fait que plus nombreuses sont les personnes âgées de 75 à 80 ans qui résident dans un habitat de conception récente en témoignent. Cependant ce constat

²⁰ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

demande à être décliné en fonction des secteurs géographiques. En effet, si l'habitat « inconfortable » des personnes âgées représente aujourd'hui une part très faible dans le logement en zone urbaine, celle-ci est encore importante en milieu rural.

Je pilote des actions auprès de trois personnes résidant dans des logements où le sol est en terre battue. Les sanitaires sont relativement succincts (pas de douche, eau froide uniquement). Les espaces au rez-de-chaussée sont parfois réduits, ce qui présente des difficultés lorsqu'il y a nécessité d'emménager un coin chambre avec lit médicalisé.

Dans les communes rurales où nous intervenons, je fais état de l'isolement de plusieurs personnes du fait de l'éloignement de leur domicile se situant à plus de deux kilomètres du centre du village. Le voisinage, ainsi que la proximité de commerces, de lieux de vie jouent un rôle facilitateur de contacts. Non seulement la personne âgée ne sort plus mais elle perd le contact avec l'extérieur et ne sait plus ce qui se passe. Cette coupure augmente les effets du vieillissement et les risques de dépendance.

1.3.3 La difficulté pour des services de répondre à l'urgence.

Une des premières causes, pour une personne, de ne pas arriver à se faire aider, alors qu'elle le souhaite et qu'elle en a formulé la demande, est le manque de services d'aide à domicile ou d'acteurs principaux du maintien à domicile (généraliste, infirmières libérales) sur le territoire où elle habite.

Ce phénomène est particulièrement sensible en zone rurale où la désertification de certains cantons entraîne l'absence de services ou bien leur manque de disponibilité quand on a besoin d'eux.

J'évalue une insuffisance de réponses à des besoins urgents d'hygiène quotidienne (toilette et surveillance) relevant de soins infirmiers pour des personnes âgées sortant d'hospitalisation ou en situation d'aggravation subite de leur état de santé. 20% des demandes ne sont pas couvertes de manière satisfaisante.

Les contraintes dues à l'importance des déplacements ou à la difficulté des remplacements en secteur rural freinent l'installation de professionnels de santé (médecin généraliste, infirmiers).

Cette désertification du tissu rural pose un énorme problème d'aménagement du territoire et d'égalité d'accès pour tous, aux services de base permettant le maintien à domicile.

1.3.4 Des situations alarmantes.

L'absence d'aide du conjoint ou d'aide de la famille est une limite au maintien à domicile. En effet, cette aide est prépondérante dans le maintien à domicile des personnes ayant des incapacités lourdes nécessitant une présence de tiers auprès d'elle permanente ou quasi-permanente (situations de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, personnes souffrant d'insuffisance respiratoire sévère, personnes très angoissées). Le manque d'aide familiale induit une limite par manque d'aide, en l'absence de ressources financières permettant de payer cette aide supplémentaire.

La détérioration de l'état de santé peut amener de la part de la personne âgée un certain découragement devant son incapacité croissante à faire des choses de la vie courante qu'elle a été amené à faire toute sa vie sans se poser de questions. Une telle dégradation peut l'amener à ne plus supporter ces diminutions et finalement préférer une entrée en hébergement. Une autre raison de l'incertitude de certaines personnes, quant à leur souhait de rester à domicile est l'insécurité dans laquelle les met la précarité de leur situation de santé.

La plupart des maintiens à domicile des personnes âgées en incapacité importante impliquent les familles. Ce n'est jamais simple pour une famille ou pour un conjoint d'accompagner une personne vieillissante, quand on assiste à sa diminution inéluctable.

Les familles qui accompagnent leurs parents ont souvent l'impression qu'elles ne font pas ce qu'il faudrait faire ou bien ce qu'elles font n'est pas fait comme il faut. Certains conjoints ou certaines familles s'engagent inconsidérément auprès de leur proche et ceci amène tôt ou tard un épuisement de l'aidant familial entraînant une rupture du dispositif d'aide et un placement souvent en catastrophe en hébergement.

Je suis parfois témoin de l'ambivalence et de l'insécurité de certaines familles face au maintien à domicile. Elles veulent, à la fois, respecter le désir de leurs parents de rester à leur domicile, mais sont elles mêmes inquiètes de ce qui va se passer provoquant souvent la rupture du dispositif.

Des limites au maintien à domicile peuvent être induites également par les professionnels.

Nous constatons une appréciation du risque différente entre les professionnels du sanitaire et ceux du social.

Les professionnels du monde médical ont été formés sur une logique de guérison de soins et de minimisation des risques. Les professionnels de l'aide ont une plus grande tolérance à des situations à risque. Lors des réunions mensuelles avec les équipes de maintien à domicile regroupant l'aide et les soins, je perçois souvent des divergences d'appréciation des deux types de professionnels quant aux situations limites. D'une façon générale, les aides à domicile supportent, plutôt mieux, les situations difficiles et à risque

que le personnel médical et paramédical au regard notamment de leur responsabilité qui pourrait être engagée sur le motif de non assistance à personne en danger.

Comme cela a déjà été souligné précédemment, reconnaître à une personne âgée le droit de définir elle-même son itinéraire de fin de vie, revient à lui reconnaître le droit au risque. Plusieurs fois, j'ai entendu cette affirmation : « la personne âgée ne peut plus rester seule chez elle, elle y court trop de risques » : elle peut tomber sans que personne ne puisse venir à son secours avant de longues heures ; elle se nourrit mal et risque de tomber malade pour cause de malnutrition ; à cause de ses pertes de mémoire, elle peut oublier de fermer le gaz et être responsable d'une explosion.

Ce droit au risque est fréquemment refusé à la personne âgée. La moindre fragilité de sa part provoque une réaction de protection et entraîne sa subordination. Pourtant, porter secours à la personne âgée n'est pas la protéger de tout risque, au contraire, c'est lui reconnaître le droit à l'évaluation des risques que comporte son choix de vie. Vivre implique de prendre des risques, le refuser pour les personnes âgées, ne serait-il pas, d'une certaine façon, leur refuser le droit à la vie ?

1.3.5 Le libre choix de la personne âgée possible en présence d'une offre diversifiée.

« Le droit implique que chacun ait les moyens de faire valoir et respecter sa volonté, c'est pourquoi les citoyens âgés dont les droits sont minés de l'intérieur parce que leur volonté est absente ou déficiente se retrouvent rapidement, concrètement dépourvus de leurs droits. Leur faculté d'auto-détermination est alors en cause et on ne peut plus parler de leurs droits que dans la mesure où la société prend des dispositions de protection juridique qui sauvegardent les droits des personnes âgées »²¹.

La notion de libre choix est présente dans la charte des droits et libertés de la personne accueillie, document annexé au livret d'accueil qui est un outil garantissant l'exercice effectif des droits des usagers dans le cadre de la loi N°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Garantir la liberté de choix en matière d'aide, de soins et de services, c'est tout d'abord s'assurer de l'existence de réponses adaptées à la diversité des situations et accessibles à tous, sur l'ensemble du territoire. Mais c'est aussi dans le cadre de l'action sociale et médico-sociale, mettre les personnes âgées en capacité de faire leur choix en toute connaissance des conséquences et responsabilités qu'il engendre.

²¹ DELPEREE N. (1991) La protection des droits et des libertés des citoyens âgés – CNP p. 21

Pour garantir l'exercice d'un droit éclairé et librement consenti, les dispositions de la loi du 2 janvier 2002 sur la protection et l'information des personnes aidées doivent pouvoir s'appliquer sans réserves.

Les politiques publiques doivent également favoriser l'exercice du libre choix, en garantissant la pluralité et l'accessibilité des réponses.

La personne âgée a droit à une fin de vie digne où son autonomie ne doit pas être bafouée. Un système d'offres élargi permet de faire des choix véritables dans le respect des droits et libertés des personnes. Il vise à respecter les diversités sociales et les exigences du statut du citoyen à part entière.

Conclusion partielle

L'augmentation du nombre des personnes âgées est un phénomène démographique et culturel majeur de la société.

Une très grande majorité de personnes âgées, conformément à leurs aspirations, vivent à leur domicile. C'est dans ce lieu choisi qu'elles organisent leur vie et qu'elles projettent de mener leur existence jusqu'au bout de leur vie. Les pouvoirs publics, tenant compte de l'expression de ce désir, ont mis en place une politique de maintien à domicile permettant aux personnes âgées de rester à domicile le plus longtemps possible. Il s'agit bien que la personne reste chez elle, sur le long terme avec ses habitudes de vie, en conservant autant qu'elle le peut et qu'elle le souhaite sa place dans le milieu qui a été le sien, milieu familial, milieu géographique, milieu de voisinage.

Cependant, les moyens octroyés dans le cas de situations de dépendance sévère, sont insuffisants et ne permettent pas aux personnes les plus dépendantes et à revenus modestes que leur désir devienne réalité.

Contraintes de quitter leur domicile, soit temporairement ou soit définitivement, les personnes âgées doivent trouver une réponse à leur situation. C'est ce que nous allons développer en deuxième partie.

2 LES MODALITÉS DE RÉPONSES QUAND SURGISSENT LES DIFFICULTÉS

2.1 Des hébergements temporaires en lien avec le domicile.

2.1.1 L'hôpital de court et moyen séjour : la réponse ponctuelle au problème de santé.

Certes la vieillesse n'est pas une maladie mais elle augmente la fragilité ; la personne très âgée risque davantage de tomber assez gravement malade pour qu'une hospitalisation s'impose. Selon l'information donnée par Paulette Guinchard-Kunstler, ancienne secrétaire d'état aux personnes âgées, les deux tiers des séjours hospitaliers concernent aujourd'hui les personnes âgées de plus de 75 ans et une proportion importante des gens reçus par les services d'urgence est très âgée.

Les personnes âgées, comme le reste de la population, va à l'hôpital, soit de manière programmée (date fixée suite à une décision médicale) soit aux urgences lors d'un épisode de santé inopiné ou d'un problème social.

Les motifs nécessitant des hospitalisations programmées sont principalement :

- des examens de suivi, de contrôle
- des actes chirurgicaux
- des maladies nécessitant une hospitalisation
- des bilans
- une aggravation de la pathologie.

Le passage aux urgences, quant à lui, est motivé par :

- une dégradation rapide de la santé
- un événement aigu de santé à domicile
- un accident domestique
- un accident de la voie publique
- une rupture dans le dispositif de prise en charge familial et/ou professionnel.

L'hôpital est le premier maillon du maintien à domicile à double titre :

- d'abord, dans son rôle sanitaire de prise en soins : l'hôpital contribue à rétablir l'état de santé de la personne accueillie, la plupart du temps compatible avec un retour à domicile.
- ensuite, dans son rôle social de préparation du retour à domicile en concertation avec la personne concernée, sa famille et les équipes d'aide et de soins à domicile.

Deux hôpitaux situés à Moissac et Montauban (respectivement éloignés de 8 et 20 kilomètres de notre siège) et une clinique privée de Montauban accueillent la majorité des personnes âgées que nous aidons à domicile et dont l'état de santé nécessite un transfert en milieu hospitalier. Les personnes domiciliées en zone limitrophe du département du Lot et Garonne sont dirigées vers un hôpital et une clinique privée sur Agen.

Malgré des progrès réalisés, ce rôle social est encore trop souvent absent dans notre expérience professionnelle. En effet, les responsables de secteur de notre service sont en contact avec les assistantes sociales des hôpitaux, se concrétisant le plus souvent par des échanges téléphoniques au sujet de l'évolution de l'état de santé du patient et de la préparation du retour à domicile en privilégiant des conditions optimales d'aide (secours ponctuels délivrés par des sociétés d'assistance dans le cadre d'une garantie prévue au contrat de la mutuelle complémentaire de l'intéressé, réaménagement du planning d'intervention, révision du plan d'aide attribué à la personne).

Par contre les échanges avec les cliniques sont quasi inexistantes. Cette absence de communication ne favorise pas un retour à domicile dans de bonnes conditions. Il est important que le service social des établissements hospitaliers connaisse la situation sociale de la personne accueillie à savoir ses ressources financières, son entourage et ses conditions d'habitat. Une réelle concertation entre patients, équipe hospitalière et équipe du domicile permet de préparer un retour à domicile satisfaisant.

2.1.2 L'accueil de jour, complément du domicile, considéré comme une structure relais

Lorsque les personnes âgées sont dépendantes et vivent en famille, il faut venir en aide aux aidants familiaux avant qu'ils ne s'épuisent.

L'accueil de jour consiste à accueillir dans un environnement sécurisé les personnes âgées à la demie journée, à la journée ou quelques journées par semaine afin que les aidants familiaux puissent prendre un peu de repos.

Les accueils de jour peuvent être autonomes ou rattachés à une structure telle qu'un établissement pour personnes âgées dépendantes avec des locaux dédiés à cet accueil.

Parmi les personnes que nous accompagnons atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de détérioration psychique vivant à leur domicile soit seule soit avec leur conjoint, cinq d'entre elles fréquentent l'accueil de jour autonome situé à Castelsarrasin. Cette structure a été créée en 2003 par l'Association pour la Promotion de la santé gérant un centre de soins et un service de soins infirmiers à domicile pour lequel une convention de partenariat a été signée avec notre service d'aide et d'accompagnement à domicile. Cet accueil de jour d'une capacité de douze places a pour objectifs principaux, d'une part pour la personne accueillie:

- rompre son isolement, sortir de chez elle
- préserver et retrouver une vie sociale
- maintenir un certain bien être dans le respect de ses désirs et de ses choix
- restaurer son autonomie dans les gestes de la vie quotidienne
- découvrir le plaisir et le goût de réaliser des activités avec d'autres

d'autre part pour la famille :

- faciliter et réorganiser le soutien de son parent, accepter une aide professionnelle autre que médicale ou soignante, hors du domicile
- s'accorder des temps de répit
- trouver des lieux relais d'écoute et de soutien
- rencontrer d'autres familles aux prises avec les mêmes difficultés, partager ses expériences
- mieux comprendre les envies de son parent, découvrir ses potentialités et instaurer de nouvelles relations sur des bases plus sereines.

Les personnes fréquentant cette structure financent cet accueil grâce au versement d'une partie de l'allocation personnalisée d'autonomie prévue à cet effet lors de l'élaboration du plan d'aide établi par les référents du conseil général.

2.1.3 L'hébergement temporaire, solution de répit dans des conditions satisfaisantes pour les hébergés et rassurantes pour les familles

Les hébergements temporaires peuvent être autonomes ou rattachés à une structure telle qu'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

En Tarn et Garonne, ce sont les structures d'hébergement qui réservent un nombre très limité de places (2 à 3 places) en hébergement temporaire.

Les durées d'accueil sont variables, quinze jours, trois semaines, voire plus, renouvelable une fois, deux fois dans l'année suivant les règles de fonctionnement de l'établissement.

À un moment donné, des situations à domicile se dégradent et le fait de rester à domicile n'est pas souhaité par la personne âgée ou vulnérable pour son état de santé. Le maintien à domicile est momentanément compromis du fait par exemple de l'isolement, de l'absence des aidants notamment lors d'un départ en vacances de la famille, de la nécessité d'entreprendre des travaux dans le logement.

Cet hébergement peut également servir de transition avant le retour à domicile après une hospitalisation.

Ces types d'accueil que je viens de développer permettent un répit pour les familles, une transition entre le domicile et l'établissement pour la personne âgée. Cependant, on peut déplorer que leur nombre est encore beaucoup trop restreint face à la demande.

Lorsque le maintien à domicile des personnes âgées ne s'avère plus possible sur le long terme, des propositions d'hébergement permanent leur sont offertes.

2.2 Les offres d'hébergement à la disposition des personnes âgées

2.2.1 L'accueil familial chez les particuliers très sollicité

Cette possibilité d'être accueilli chez un particulier peut être une solution pour éviter l'entrée en hébergement et garder une vie relativement familiale.

Ce mode d'accueil est régi par la loi n°89.475 du 10.07.1987 et ses décrets du 22.06 1990. S'étant peu développé jusqu'aux années 2000 à cause du caractère peu attractif du statut et des rémunérations pour les familles d'accueil, la loi de modernisation sociale n° 2002-73 du 17 janvier 2002 a restitué à l'état un certain nombre de prérogatives, antérieurement dévolues aux conseils généraux, notamment en matière de fixation de la rémunération des familles accueillantes. Les modalités de la loi ont été précisées par trois décrets datant du 30 décembre 2004.

Les principales caractéristiques de l'accueil familial sont les suivantes :

- Pour accueillir à son domicile, à titre onéreux, des personnes âgées, une personne (ou un couple) doit, au préalable, être agréée par le conseil général de son lieu de résidence. Les particuliers agréés sont officiellement dénommés « accueillants familiaux »
- L'agrément ne peut être accordé que pour l'accueil de trois personnes au plus, il est délivré pour cinq ans. L'accueil a un caractère permanent ; il peut toutefois être temporaire, limité à quelques mois ou quelques semaines. Le logement doit

répondre à certaines normes d'habitat et de salubrité. La surface minimum de la chambre doit être de 9 m² pour une personne seule et de 16 m² pour un couple. La famille doit garantir la protection de la personne accueillie, assurer sa sécurité et son bien être physique et moral, assurer la continuité de l'accueil.

- L'accueillant familial perçoit une rémunération journalière pour services rendus dont le montant minimum est fixé à 2,5 SMIC horaire, à laquelle s'ajoutent une indemnité de congés payés et, le cas échéant, une indemnité pour sujétions particulières, des indemnités représentatives de frais d'entretien courant et de mise à disposition du logement.
- Un contrat écrit doit être passé entre la personne accueillie ou son représentant légal et l'accueillant familial qui s'engage, par ailleurs, à suivre une formation.

L'accueil familial est très sollicité en Tarn et Garonne. Le nombre de familles agréées (une soixantaine actuellement) diminue eu égard à leur vieillissement mais aussi à la difficulté d'assumer des personnes de plus en plus dépendantes. Par ailleurs, le public accueilli plus âgé et plus dépendant que dans les années 1990 est moins attractif parce que moins sujet à participer à une réelle vie de famille. Ce dispositif est questionné sur un double aspect : le nombre de candidats et l'état de santé des personnes accueillies.

La modification de la loi permettra peut être d'augmenter le nombre de candidats pour devenir accueillants familiaux mais se pose également la possibilité pour des personnes très dégradées physiquement et psychologiquement de trouver, dans ce type d'accueil, le « prendre soin » nécessité par leur état.

2.2.2 Le Cantou (Centre d'animation naturelle tirée d'occupations utiles) tentative de réponse aux problèmes posés par les personnes atteintes de troubles cognitifs

L'expérience trouve son origine dans l'initiative de Georges Caussanel, directeur du foyer Emilie de Rodat à Rueil-Malmaison dans les années 1970, qui, confronté à une cohabitation entre les résidents de plus en plus difficiles et devant le rejet de certaines familles et de certains résidents, des gens qui perdaient la tête, décida de mettre en place à proximité de la maison de retraite une unité regroupant une douzaine de personnes désorientées et d'y organiser une vie communautaire de type familial : de là naquit le « Cantou »²².

²² Centre d'animation naturelle tirée d'occupations utiles

Actuellement, il existe deux types de Cantou :

- ceux qui sont intégrés en établissement d'accueil de type maison de retraite
- ceux qui ont une existence et un fonctionnement autonome.

Ils prennent en charge des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou présentant des symptômes de démence qui se traduisent souvent par une désorientation, des angoisses ou des difficultés de comportement.

Il existe un cantou dans le département qui se trouve excentré par rapport à la zone d'intervention de nos services.

2.2.3 La Marpa (Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Âgées) implantée en zone rurale

Le concept Marpa²³ est né d'une expérimentation d'innovation sociale dans le cadre du programme MSA²⁴ d'action contre la dépendance en 1986. Il s'agit d'une démarche de développement social local associant les acteurs du territoire. Les caisses de MSA se trouvent largement impliquées dans le montage des projets, le fonctionnement des maisons ainsi qu'au sein des instances gestionnaires.

Limitées à moins de 25 résidants, les Marpa sont inscrites dans une politique de logement social et dont le projet poursuit l'objectif de maintenir dans leur environnement les personnes âgées de l'aire géographique voisine, commune, communauté de communes. Constituées de logements T1 Bis ou T2, tous de plain-pied, adaptés et équipés d'une kitchenette, elles apportent à leurs résidants une autonomie de vie tout en bénéficiant des relations sociales et de la stimulation nécessaires au bon vieillissement.

Sous la conduite d'un responsable de maison, l'équipe veille à la sécurité des personnes et organise la restauration collective et les animations. Comme dans un domicile ordinaire, les soins sont apportés par les professionnels de santé extérieur.

Deux Marpa ont été créées en Tarn et Garonne dans les années 1990 avec une capacité de 20 places sur deux secteurs ruraux où nous déployons notre activité.

Quatre résidants (2 bénéficiaires de l'APA et 2 bénéficiaires d'une prise en charge d'aide à domicile par leur caisse de retraite) font appel à nos services pour assurer un complément d'accompagnement dans la continuité de la relation d'aide établie lors de l'intervention dans leur propre domicile.

²³ Maison d'accueil rurale pour personnes âgées

²⁴ Mutualité sociale agricole

2.2.4 Le domicile collectif pour lutter contre l'isolement social

Il se propose de regrouper des personnes âgées cumulant deux handicaps pour rester chez elles : un manque d'argent pour se payer des services d'aide et un certain isolement social qui risque de créer un confinement à domicile.

L'objectif recherché est de maintenir autant que faire se peut un mode de vie individuel dans un habitat collectif. Chacun aura son domicile personnel dans ce lieu collectif, situé dans son ancien quartier afin qu'il puisse garder des contacts avec ses amis et son ancien voisinage.

Il s'agit de regroupement de logements autonomes avec surveillance d'une équipe et services à domicile, comme les appartements regroupés des « petits frères des pauvres » à Paris ou les domiciles collectifs du CCAS²⁵ de Grenoble.

Il n'existe pas dans le Tarn et Garonne de domicile collectif.

2.2.5 Les structures d'hébergement collectif accueillant des personnes à un âge de plus en plus avancé

Les établissements d'accueil des personnes âgées sont gouvernés pour l'essentiel par deux grandes lois : soit par la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et modifiant la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, soit par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 modifiant la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Selon la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les établissements de santé, publics ou privés, ont pour objet de dispenser, avec ou sans hébergement, des soins de courte ou longue durée.

L'accueil dans des établissements dispensant des soins de longue durée a pour objet de fournir un hébergement à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. L'admission est prononcée selon des critères médicaux.

L'accueil dans les logements foyers concernent les structures définies par le décret du 11 avril 1979. Les personnes âgées valides sont accueillies dans des petits logements individuels qui proposent tous les attributs du domicile. Ces structures comportent des locaux communs, un local sanitaire et, parfois, des services collectifs tels que restauration et blanchissage du linge. Dans la plupart des cas, la personne âgée recourt pour ses soins à l'intervention à l'acte des professions médicales et para

²⁵ Centre Communal d'Action Sociale

médicales exerçant à titre libéral, elle peut également bénéficier des prestations d'un SSIAD²⁶

L'accueil dans les maisons de retraite concerne des structures d'hébergement collectif de personnes âgées offrant un ensemble de prestations comprenant à la fois le logement, les repas et des services spécifiques. Ces établissements résultent le plus souvent de la transformation d'hospices.

A l'origine, ils avaient vocation à ne recevoir que des personnes disposant lors de leur admission d'une certaine autonomie mais face au phénomène de la dépendance, ils ont été conduits à la fois à s'engager à garder les résidents ayant subi une dégradation de leur état et à recevoir un nombre croissant de personnes dépendantes de plus en plus âgées (l'âge moyen d'entrée en établissement se situant aux environs de 85 ans).

La loi sur la PSD en 1997 a voulu réformer en profondeur la tarification des EHPAD²⁷ de façon à mieux prendre en compte la dépendance. La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 fait obligation aux foyers-logements soit de rester en l'état et de n'accueillir que des personnes valides, soit de se transformer en établissement d'hébergement pour personnes dépendantes avec pour obligation la signature d'une convention tripartite établissement-état-conseil général pour une durée de cinq ans.

Le but de cette réforme est de ne plus faire reposer les règles de tarification sur la nature juridique des structures d'accueil mais sur la dépendance des personnes accueillies.

Pour cela, trois tarifs sont répertoriés :

- les frais d'hébergement pris en charge par le résident et sa famille et/ou l'aide sociale départementale avec possibilité d'allocation logement
- les frais de soins pris en charge par l'assurance maladie
- les frais liés à la dépendance pris en charge par l'APA.

Selon les âges, la proportion de personnes vivant en établissement d'hébergement varie : au niveau global seulement 4% des plus de 60 ans, mais 9% environ des plus de 75 ans et 19 % des plus de 85 ans.

Aujourd'hui, les entrées en institution se font à un âge moyen de plus en plus élevé. Ces dernières années, les établissements d'hébergement ont été invités à mettre en œuvre une démarche qualité avec la réforme de la tarification.

Qu'elle soit forcée ou réfléchie, l'entrée en institution constitue très souvent une rupture, un déchirement, une situation de crise pour la personne vieillissante. La vie en collectivité peut avoir tendance à déresponsabiliser et démobiliser, à uniformiser les

²⁶ Service de soins infirmiers à domicile

²⁷ Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

modes de vie, à fragiliser l'identité du nouveau résidant par la réduction de son individualité, de son intimité et de son pouvoir de décision.

2.3 Une réponse d'offre de service ajustée aux attentes des personnes âgées

2.3.1 Les aspirations formulées par les personnes âgées sur un mode de vieillir hors de leur domicile

Les études sur la vieillesse s'arrêtent souvent à considérer les limitations que connaissent les personnes, les niveaux d'incapacité ou de dépendance mesurables.

Les conditions du vieillir ne sont pas homogènes d'un contexte territorial à un autre et il faut tenir compte des conditions d'inscription des personnes vieillissantes dans leur société de proximité, de l'histoire locale, des rapports entre les générations, des économies et des conditions d'habitat, de la nature des services et de leur accessibilité.

La prise en charge des personnes âgées très dépendantes marque le plus souvent les limites du maintien à domicile : les possibilités d'adaptation de l'habitat des personnes âgées à leur dépendance et le niveau de tolérance de l'environnement familial et professionnel rendent nécessaire la recherche de solutions alternatives adaptées à l'évolution de leur dépendance et permettant de les accompagner jusqu'au terme de leur vie.

Ce que souhaitent les personnes âgées, lorsque le changement de logement est souhaité ou devenu nécessaire, c'est pouvoir élire domicile ailleurs, c'est à dire changer d'appartement mais pour recréer un véritable « chez soi » conforme à ses désirs et adapté à ses besoins.

L'habitat n'est pas seulement défini par ses caractéristiques matérielles mais également est investi de significations, de valeurs, de sentiments, de représentations qui déterminent singulièrement la manière d'habiter ce lieu.

Il existe encore, nous l'avons vu, des logements inconfortables, voire insalubres, et pourtant rares sont les personnes désireuses de changer de logement car elles y sont attachées.

Les personnes propriétaires ne veulent pas quitter leur maison car celle-ci représente toute une vie d'activité ; les objets qui la meublent ou la décorent rappellent des événements passés. C'est dans ce lieu qu'elles se trouvent en sécurité : elles ont leurs repères et leurs habitudes qui leur permettent de se diriger à l'intérieur comme à l'extérieur.

Du fait de la perte totale ou partielle de leur faculté d'adaptation, tout changement génère de l'angoisse qui peut être très accentuée si le changement s'effectue loin du domicile et de l'environnement habituels. En effet, les personnes âgées redoutent de devoir « s'exiler » car l'éloignement du domicile d'origine met en échec tout le réseau relationnel qu'elles y avaient créé et qui constituait leur univers familial.

Certaines personnes se sentent isolées, ne peuvent plus avoir de contacts avec l'extérieur et leur maison devient alors un lieu d'enfermement, de solitude et d'insécurité. Comme tout individu, les personnes âgées sont des êtres de parole et de contact. Ce sentiment de solitude sociale et d'isolement est dur à vivre pour les personnes âgées : il avive le sentiment d'être ignoré par les autres, de ne plus être vivant pour eux.

Selon l'étude « Vieillir en Midi-Pyrénées » réalisée par l'ORMIP²⁸ en 2002, les éléments suivants sont à souligner : le modèle familialiste reste nettement associé au milieu agricole, ouvrier ou défavorisé alors que le modèle de l'autonomie individuelle semble prédominant dans les milieux de professions libérales, de cadres ou même de classes moyennes. Le souci de protection des enfants envers leurs parents âgés demeure mais il se combine avec le désir d'autonomie individuelle et le développement de relations fondées plus sur l'affectif que sur la norme de solidarité intra familiale.

A l'érosion d'une norme de solidarité familiale, succéderait une implication plus volontaire qui semble moduler les stratégies de soutien moins sur le mode instrumental (l'aidant réalise lui-même les tâches), et plus sur le mode gestionnaire (l'aidant organise le soutien, mobilise les ressources professionnelles, gère les situations). Les familles n'abandonnent pas leurs plus anciens, par contre elles externalisent très fortement les tâches qu'elles effectuaient autrefois. Le rapport de soutien aux plus âgés se situe de moins en moins dans un modèle fondé sur l'aide familiale avec interventions complémentaires des services gérontologiques et de plus en plus dans un modèle qui associe fortement engagement familial, et recours aux professionnels de la gérontologie. C'est ainsi que l'environnement de la personne âgée est constitué des aidants familiaux, des relations de voisinage et des professionnels sociaux et médico-sociaux (aide à domicile, aide soignante, infirmier, infirmière, médecin). Tous ces acteurs favorisent un accompagnement propice au bien-être et à la sécurité de la personne âgée à domicile.

Nombreuses sont les personnes âgées qui possèdent un animal de compagnie (chat, chien, oiseaux principalement). Je peux témoigner de l'importance de ce soutien dans la vieillesse. En effet, les animaux de compagnie ont des effets positifs sur les personnes âgées :

²⁸ Observatoire Régional de la Santé en Midi-Pyrénées

- ils aident à lutter contre l'apathie et l'absence d'intérêt
- ils aident à surmonter les événements tristes en redonnant un nouveau centre d'affection
- ils empêchent ou diminuent l'inattention et la confusion en maintenant un rythme journalier
- ils permettent de satisfaire aux besoins de se soucier de quelqu'un, d'être utile et nécessaire, réhabilitant l'estime de soi
- ils apportent une sécurité surtout chez les personnes seules
- ils incitent à une activité physique, qu'ils s'agissent de jeux avec eux, de les nourrir, les soigner ou de les promener
- ils égayent, remontent le moral.

Pour toutes ces raisons, la personne âgée craint de devoir se séparer de son animal.

2.3.2 Les besoins recensés : des exemples de situations rencontrées

Suite au recensement de mars 1999, les chiffres produits par l'INSEE, concernant la ville de Castelsarrasin, sont révélateurs d'une population vieillissante très significative. En effet, 28,49% de la population totale représentent les personnes âgées de 60 ans et plus. Ce pourcentage se situe bien au delà de la moyenne départementale.

La dépendance, corollaire du vieillissement amène les personnes concernées dans des choix de vie plus ou moins acceptés surtout sans soutien familial de proximité.

Dans la mesure où un couple ou une personne seule ne peuvent assumer seuls les gestes élémentaires de la vie, il s'impose alors à eux la décision entre :

- rester chez eux, ce que beaucoup souhaitent sur un plan affectif mais financièrement rares sont ceux qui peuvent le supporter
- aller dans une maison de retraite, mais pas trop loin de chez eux pour ne pas perdre toutes les racines, pour pouvoir recevoir encore des visites des gens de leur âge. Si la maison de retraite qui accepte de les accueillir parce qu'elle a un lit libre se situe à l'extérieur de Castelsarrasin, alors cette solution qui est adoptée souvent « par force » aboutit à créer chez ces personnes un choc psychologique indélébile. Là s'amorce souvent un déclin encore plus rapide.

Monsieur R. que nous accompagnons depuis 2000 a perdu son épouse en novembre 2006. Agé de 86 ans, natif d'une commune proche de Castelsarrasin, il demeure dans une maison située dans une cité. Ses trois filles, géographiquement éloignées de leur père, ont des rapports conflictuels entre elles. Afin de gérer ses affaires,

un tuteur a été nommé pour monsieur R. Dépressif depuis le décès de son épouse et atteint d'un début de maladie d'Alzheimer, une présence auprès de lui est nécessaire. Actuellement, il bénéficie d'une Allocation Personnalisée d'Autonomie permettant de couvrir les frais d'une heure d'aide à domicile dans la journée et son temps de présence à l'accueil de jour 5 jours par semaine et un week-end par mois. Nous assurons une garde de nuit à son domicile ainsi qu'une présence lorsque monsieur R. n'est pas à l'accueil de jour. Le coût de cette garde représentant environ 3000€ mensuels est financée intégralement par monsieur R..

Le service de soins intervient une fois par jour pour les soins d'hygiène quotidienne. Très sociable, monsieur R. s'habitue aisément aux différents et nombreux intervenants. Cependant, compte tenu du coût que représente ce maintien à domicile, cette situation n'est que provisoire.

Madame F. âgée de 90 ans, veuve depuis 14 ans, vit dans un appartement situé au premier étage d'une cité HLM de Castelsarrasin. Souffrant d'arthrose invalidante, elle a de grandes difficultés à se déplacer. Elle bénéficie d'une allocation personnalisée d'autonomie à raison de 26 heures mensuelles. Elle a pour animal de compagnie une petite chienne depuis une dizaine d'années. Angoissée la nuit, elle sollicite très souvent son unique fille qui est encore en activité. Celle-ci se préoccupe de la situation de sa mère et envisage à court terme un placement en institution. Madame F. ne veut pas se séparer de sa chienne. Or les maisons de retraite du département interdisent l'admission d'animaux lors de l'admission du résidant.

Madame O. veuve, sans enfant et sans famille, habite en dehors de la ville de Castelsarrasin une vieille maison avec jardin. Agée de 97 ans, elle cultivait encore jusqu'à l'année passée quelques légumes dans son jardin. Jusqu'à l'âge de 92 ans elle se déplaçait à vélo pour effectuer ses courses en ville. Depuis cinq ans l'aide à domicile l'accompagne tous les jeudis matins au marché de la ville. Grandement affaiblie par une grippe l'hiver dernier, madame O. redoute la solitude et éprouve un certain découragement devant son incapacité croissante à effectuer des choses de la vie courante.

Madame S., 82 ans, veuve, locataire d'un appartement situé au premier étage d'une résidence au centre ville, a des problèmes de surdit e relativement importants. De nature très gaie et aimant la compagnie, cet handicap entraîne pour elle un isolement, les échanges avec les personnes de son environnement familial devenant de moins en moins nombreux. Sa famille habite à l'étranger.

Madame N. 85 ans, veuve, est propriétaire d'une maison située aux alentours de Castelsarrasin. Elle occupe le premier étage aménagé en appartement, le rez-de-chaussée faisant fonction de garage et de dépendance. Ses trois fils habitent à proximité. Madame N., très indépendante et très autoritaire entretient des rapports distants avec sa famille.

Récemment une chute ayant pour conséquence une cassure du col du fémur obligea madame N. à quitter son domicile pour 60 jours.

De retour à son domicile, madame N., se retrouve quelque peu enfermée au premier étage de sa maison. Ayant des difficultés pour se déplacer, la descente des marches de l'escalier extérieur lui permettant d'accéder aux alentours de sa maison s'avère impossible.

Monsieur B. locataire d'un appartement situé au rez-de-chaussée en centre ville, 88 ans, dépendant physiquement vient de perdre son épouse subitement. Très éprouvé par ce deuil, monsieur B. se retrouve seul, ses deux enfants étant domiciliés à l'étranger. Son épouse encore valide s'occupait de son conjoint avec l'aide de deux aides à domicile et d'aides soignantes de la ville. Monsieur B. est très attaché aux intervenants qui l'accompagnent et avec lesquels il est en confiance. Cependant l'aide apportée est insuffisante et une présence plus importante pendant la journée et nécessaire la nuit s'imposent. Monsieur B. ne possède pas de revenus lui permettant de financer les dépenses liées à son maintien à domicile.

2.3.3 La réflexion menée par l'association sur la prise en compte des soins des personnes âgées conduisant à la conception d'un projet de création d'une Petite Unité de Vie

Les exemples de situations que je viens d'évoquer au paragraphe précédent ont suscité notre réflexion quant à une réponse la plus adaptée possible aux souhaits des personnes concernées. Les aspirations et les priorités que les personnes âgées affirment pour leur équilibre de vie ayant été recueillies, des réunions associatives sont organisées pour les prendre en compte dans les fondations du projet de création. Les éléments suivants sont alors apparus comme les référentiels du projet.

Objectifs :

Pouvoir changer de domicile sans s'exiler nécessite le maintien dans l'environnement habituel.

Se sentir en sécurité requiert la présence continue d'un tiers pour rassurer, éviter toute angoisse, prévenir des risques de chutes ou de malaises.

Être reconnu dans son histoire, dans son épaisseur de vie exige un accompagnement, une écoute, une disponibilité, propices à renforcer le sentiment d'identité des personnes âgées. Cette composante du prendre soin est réalisable au sein d'un groupe restreint de personnes accueillies.

Veiller à ce que le coût de l'hébergement des personnes soit accessible à un plus grand nombre.

Modalités :

Respecter et maintenir les habitudes de vie (heures de réveil, goûts alimentaires, activités de loisirs, centres d'intérêts) sont déterminants dans le projet de vie du nouveau domicile.

Être acteur de sa vie, maintenir son autonomie le plus longtemps possible résultent de la responsabilisation des personnes accueillies en leur permettant de participer aux activités quotidiennes en fonction de leurs possibilités.

Confirmer les liens avec la famille et les proches permet d'atténuer la rupture par rapport à la situation antérieure et contribue à un vécu harmonieux.

Ne pas se séparer de son animal familier auquel la personne âgée est très attaché fait partie intégrante des modalités d'admission dans le nouveau de vie.

Conclusion partielle

Des hébergements temporaires ou des structures relais permettent à des personnes âgées dépendantes de rester à leur domicile dans la durée.

Cependant, comme nous l'avons vu, des situations réclament un accompagnement permanent. Outre les structures d'accueil existantes dans le département et plus particulièrement dans l'ouest du département où nous déployons notre activité, il apparaît indispensable que la politique d'accueil des personnes âgées dépendantes se traduise dans des réponses qui minimisent le traumatisme d'un transfert de lieu et offrent des formules diversifiées prenant en compte la diversité des personnalités et des aspirations des personnes. Pour cela, il y a lieu de concevoir des formules nouvelles, intermédiaires entre le domicile et les grandes structures collectives qui permettent de laisser la personne âgée en contact étroit avec son milieu habituel et de l'accompagner en construisant avec elle son projet de vie.

L'association reconnaît le bien fondé de cette formule d'accueil ; au vu des éléments tels que je les ai précédemment développés : le projet de création d'une Petite Unité de Vie se fait jour. Sa mise en oeuvre, confiée à la directrice, fera l'objet de notre troisième partie.

3 UNE « PETITE UNITÉ DE VIE », INTERMÉDIAIRE ENTRE LE DOMICILE ET L'INSTITUTION

3.1 Le Projet de l'Unité de Vie : création et référentiels d'action

3.1.1 Un projet de direction validé par le conseil d'administration et soumis à l'approbation des instances représentatives du personnel

La finalité de l'action sociale et médico-sociale est définie au CASF. Cette dernière, indique le texte « tend à promouvoir (...) l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets ». L'action repose « sur une évaluation des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité et de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature ».

La finalité de l'ADOM 82 est d'aider les personnes et leur entourage à trouver une solution adaptée à leurs besoins, à leur milieu de vie habituel, en respectant les choix, les rythmes de vie et le désir d'autonomie de la personne aidée (cf. statuts associatifs).

Répondant aux attentes sociales et confirmant la finalité de l'association, le projet de création d'une Petite Unité de Vie que j'ai présenté en conseil d'administration a été approuvé. Des usagers et des familles d'usagers sont représentés au conseil d'administration. Cette création représente pour l'association le prolongement de sa mission d'aide et de maintien à domicile et confirme ses valeurs qui sont :

- la primauté de la personne accompagnée et le respect de ses choix et de ses droits au travers des actions mises en œuvre
- l'obligation de promouvoir l'autonomie et la citoyenneté des personnes accompagnées
- la nécessité de préserver et de développer les solidarités de proximité et les liens sociaux des personnes accompagnées
- la qualité des services apportés en interdépendance avec le développement et la reconnaissance des compétences des professionnels de l'association
- l'exigence d'être en permanence en état de veille et d'alerte pour répondre aux nouvelles situations de fragilité ou d'exclusion des personnes et participer ainsi à l'innovation sociale.

Un dossier de demande de création doit être adressé au CROSMS²⁹. Au préalable une rencontre sera organisée entre le président du conseil général et ses services et la présidente de l'ADOM 82 et moi même pour requérir l'avis de l'autorité compétente quant à notre projet de création d'une Petite Unité de Vie sur Castelsarrasin.

Lors de la réunion mensuelle du comité d'entreprise en septembre 2006, j'ai présenté ce projet de création pour recueillir l'avis des instances représentatives du personnel. Celles-ci ont manifesté leur approbation pour ce projet.

J'organise chaque année une assemblée générale du personnel soit près de 300 salariés. Assistent à cette rencontre institutionnelle la présidente et des administrateurs de l'association. C'est un moment fort d'échange et de partage sur la place de l'organisation de la structure, sur les évolutions nécessaires fondées sur un système de valeurs partagées. Il s'agit bien « de faire partager par l'ensemble d'une collectivité une certaine représentation de l'avenir de l'organisation et de son secteur d'activité. »³⁰.

Au cours de la dernière réunion qui a lieu en octobre 2006, j'ai présenté le projet de création d'une Petite Unité de Vie à Castelsarrasin et les orientations que j'en avais tracées.

Afin que ce projet de service puisse être le fruit d'une démarche collective et participative de l'ensemble des acteurs de la structure, j'ai mis en place un groupe de travail regroupant les responsables de secteur, le personnel administratif et des intervenants à domicile. Ce groupe qui s'est réuni deux fois a permis de développer l'écoute et l'échange. Mon objectif était de faire partager des valeurs contribuant à instaurer une qualité du service rendu. Les intervenants à domicile ont relaté leurs expériences à domicile et les problèmes liés à des situations de grande dépendance. Les responsables de secteur ont apporté des informations quant à l'environnement de la personne âgée (entourage familial et social), quant aux habitudes de vie et aux priorités que la personne âgée définit pour son équilibre de vie.

Par la suite, j'ai nommé un groupe de pilotage composé de cinq salariées volontaires et motivées (une responsable de secteur et quatre aides à domicile). J'ai, bien entendu, intégré ce groupe qui a été chargé de rédiger le projet de service énonçant des principes fondamentaux ajustés aux attentes des personnes âgées :

- le respect de l'identité de la personne âgée, de son histoire
- la facilitation du sentiment d'appartenance au groupe compte tenu du nombre restreint de résidents

²⁹ Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale

³⁰ MIRAMON J.L. – Manager le changement dans l'action sociale p. 60

- la continuité de son mode de vie, de ses habitudes dans son nouveau domicile
- la préservation de son autonomie en participant, suivant ses possibilités, aux activités de la vie quotidienne
- un accompagnement favorisant le lien social et la convivialité
- la volonté d'accompagner la personne âgée jusqu'à la fin de sa vie.

3.1.2 Les personnes accueillies dans ce lieu

Considérant que les personnes âgées valides, autonomes et non isolées désirent très majoritairement vivre à leur domicile avec ou sans aide, je prévois que les personnes âgées qui souhaiteront intégrer la petite unité de vie seront :

- des personnes âgées se trouvant dans une situation d'isolement à leur domicile générant pour elles un sentiment d'insécurité. Leur maison n'est plus ouverte sur le dehors. « Il faut que celui qui l'habite puisse en sortir ou que d'autres y entrent, créant ainsi une circulation, une respiration, une alternance entre les moments de convivialité et ceux de solitude. Une maison où cette alternance ne joue plus risque fort d'apparaître davantage comme une prison, un lieu dont on ne peut plus sortir, un lieu d'enfermement ».³¹
- des personnes âgées semi-dépendantes ou dépendantes ayant besoin d'une aide et d'un accompagnement dans les activités quotidiennes et les actes essentiels de la vie et pour lesquelles une présence continue est nécessaire ou rassurante.
- des personnes âgées vivant en cohabitation avec les enfants ou à proximité (appartement attenant à la maison d'habitation des enfants). Les enfants connaissent parfois de grandes difficultés (problèmes de santé importants, départ prévu suite à une mutation professionnelle, séparation, usure due à un investissement trop intensif auprès de leur parents). Ils ne peuvent plus assurer l'aide mais souhaitent que l'accompagnement de leurs aînés soit le plus convivial possible.

Toutes ces personnes vivent seules ou en couple avec éventuellement un animal de compagnie. Elles bénéficient de services d'intervenants extérieurs (médicaux, paramédicaux, sociaux). Ces personnes pourront être accueillies dans l'unité, si elles le désirent, seules ou avec leur conjoint. Dans ce lieu, sera affirmée la volonté de préserver

³¹ VEYSSET B. Dépendance et vieillissement –1989 Editions L'Harmattan p. 41

au mieux un mode de vie proche de celui dont la personne bénéficiait précédemment à son domicile (respect de son milieu de vie et de son ancrage relationnel).

3.1.3 Les modalités d'accompagnement au service de l'autonomie de chaque résident.

Le rapport Palach, résultat des groupes de travail réunis après la canicule de l'été 2003, mentionne que « le concept de la petite unité de vie vise à concilier la logique du domicile avec la préservation de l'autonomie des résidents, des espaces privatifs, la libre consommation des prestations proposées en interne et le recours à des services extérieurs pour la prise en charge des soins de base et de surveillance médicale et la logique de l'institution avec des interventions possibles 24 heures sur 24. »³²

L'objectif recherché est de maintenir autant que faire se peut un mode de vie habituel dans un habitat collectif. Les services sont gérés directement par la petite unité de vie et toutes les aides et les soins que les personnes regroupées y reçoivent favorisent un véritable accompagnement mettant l'accent sur l'ancrage social et la convivialité comme sur l'intimité et l'identité personnelles. Le partenariat est une caractéristique fondamentale de l'accompagnement de la petite unité de vie. Il s'impose par le souhait des personnes de maintenir autour d'elles les solidarités qui les ont soutenues jusque-là. Je veillerai à susciter autour des personnes âgées la mobilisation sociale la plus large.

L'accompagnement implique un rapport d'égalité et non de domination entre la personne et son entourage.

Celui ou celle qui accompagne marche aux côtés du plus faible sur les chemins de la vie.

Il écoute son passé et son présent, lui donne la parole, fait avec lui et non à sa place. La pratique de l'accompagnement conduit obligatoirement à mettre en place un cheminement avec une personne pour l'aider à accomplir sa vie, jour après jour, et à garder le plus longtemps possible, voire jusqu'au bout, son identité psychique et sa dimension de sujet.

La personne qui vieillit est d'abord une personne avec des capacités, des sentiments, des priorités. La première règle est de respecter là où elle en est, ce qu'elle est. Prendre en compte son handicap ne signifie pas qu'il faille réduire sa vie à celui-ci.

Les personnes âgées sont riches de leurs différences, nourries, parfois blessées par l'épaisseur et la singularité de leurs histoires respectives. Il faut arriver à ce qu'elles disent elles-mêmes ce qu'elles souhaitent, ce qui leur semble essentiel. Lorsqu'elles le

³² Rapport Palach Vieillesse et Solidarités p 42 et 43

font, on mesure combien l'isolement, le sentiment d'inutilité, l'absence de parole, de reconnaissance sociale, de communication détruisent inévitablement la personne.

Oser s'exprimer suppose que l'on a gardé une certaine confiance, une certaine estime de soi. C'est cette attitude qu'il faut préserver, protéger car continuer à s'aimer permet de garder l'espoir et d'aller vers les autres.

La petite unité de vie a pour objectif fondamental de favoriser la vie et de prévenir son déclin. Son mode d'organisation et de fonctionnement est soumis à l'impératif prioritaire de promouvoir l'autonomie de vie et de maintenir les réseaux de relations.

3.1.4 Valoriser les liens avec les familles et les proches.

Dans le cadre de notre mission d'aide et de soutien à domicile, les familles, les proches ou les représentants légaux des personnes (tuteurs) bénéficient d'une écoute, de conseils de la part du personnel d'encadrement de la structure. Il est vrai que la plupart des familles ne savent pas se situer devant le vieillissement d'un des membres de leur famille. Pour les enfants il n'est pas facile d'être le témoin de la perte progressive de leurs facultés qui remet en cause l'image parentale que l'on a intériorisée et interpelle sur sa propre finitude. Les familles qui accompagnent leurs parents ont souvent l'impression qu'elles ne font pas ce qu'il faudrait faire ou bien ce qu'elles font n'est pas fait comme il faut. Nous avons parfois rencontré un engagement inconsidéré de certaines familles, notamment les filles, qui amène un épuisement de cet aidant familial entraînant un départ de la personne âgée de son domicile.

Il est primordial que les liens familiaux perdurent au delà de l'aide matérielle qui peut être apportée car ils sont indispensables à l'équilibre de vie des personnes âgées. Notre région demeure attachée à un modèle qui fait devoir aux proches familiaux de prendre une part essentielle dans le soutien aux plus âgés. Ce modèle se traduit par un fort attachement aux relations intra familiales qu'il faut préserver dans le fonctionnement de la petite unité de vie.

Les familles ont un rôle à jouer au sein de l'unité car c'est un moyen pour elles de dépasser le sentiment de culpabilité souvent présent face à l'obligation de « placer » son parent, tout en limitant le sentiment de rupture de la personne âgée. Apportant un soutien psychologique et moral à leurs aînés, elles auront des contacts privilégiés avec les intervenants et participeront aux décisions concernant leur parent. Elles siègeront également au conseil de la vie sociale qui sera mis en place dès l'ouverture de l'unité. Intégrées au cœur de la vie de l'unité, elles pourront donner leur avis sur son fonctionnement et faire des propositions.

3.2 Un nouvel habitat pour un nouvel accompagnement.

3.2.1 Le choix du lieu d'implantation

L'ADOM 82 a fait le choix en 2001 d'investir sur l'achat d'un immeuble pour y installer son siège social. Cet immeuble composé de deux corps de bâtiments est situé en plein centre de Castelsarrasin à proximité de la mairie, de bâtiments publics, d'agences bancaires.

Le premier bâtiment avec rez-de-chaussée et étage dont la façade extérieure et l'entrée principale se situent dans une rue commerçante de la ville a été rénové pour les locaux administratifs du siège de l'association. L'entrée est accessible aux personnes à mobilité réduite. Le rez-de-chaussée est réservé aux bureaux du personnel recevant le public (personnel d'accueil et responsables de secteur). Les personnes aidées pouvant se déplacer seules ou accompagnées par l'aide à domicile sont accueillies chaleureusement et les bureaux individuels des responsables de secteur permettent de recevoir les personnes dans un cadre privilégiant l'intimité et la discrétion des échanges. Les familles, les représentants légaux des usagers, les référents du conseil général établissant des plans d'aide pour les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie sont reçus à leur demande ou quand nous les sollicitons. Ces rencontres sont indispensables pour assurer un accompagnement de qualité auprès des usagers. Un parking gratuit situé à cinquante mètres du siège social facilite l'accès à nos locaux, ce qui permet une ouverture sur l'extérieur très appréciable.

Le deuxième bâtiment vétuste était une ancienne maison d'habitation avec rez-de-chaussée, étage et cave au sous-sol. Il est adossé au premier bâtiment donc accessible à partir des locaux du siège social. L'entrée principale de ce bâtiment se situe dans une rue perpendiculaire à la rue commerçante. Ce bâtiment s'ouvre sur un jardin d'une surface de quatre cent mètres carrés.

Nous avons décidé de rénover cette bâtisse dans le cadre d'une création d'une petite unité de vie car ce lieu d'implantation présente deux atouts majeurs :

- il est situé en plein centre ville donc au cœur de la cité
- il bénéficie d'une sortie immédiate sur un vaste jardin d'agrément.

3.2.2 Le projet architectural : un lieu de vie au cœur de la cité.

Dans le cadre de notre mission d'accompagnement à domicile des personnes âgées, les responsables de secteur sont très sensibilisés aux problèmes d'adaptation du logement à l'état de dépendance des personnes.

Le PACT ARIM³³ du Tarn et Garonne est très sollicité par nos services pour des demandes d'aménagement de logement souhaité par la personne âgée.

Avec l'accord du conseil d'administration, je vais me rapprocher de cet organisme pour établir un cahier des charges pour l'aménagement des pièces constituant l'unité de vie. La DDE³⁴ m'apportera les éléments nécessaires concernant les normes à respecter.

Plusieurs aspects sont à prendre en compte pour garantir la qualité du projet architectural :

- l'accessibilité en supprimant les obstacles qui empêchent ou limitent la locomotion des personnes et qui nécessitent des gestes difficiles
- la sécurité en prévenant les risques de chute liés très souvent à une mauvaise vision
- la stimulation en facilitant l'action de la personne pour qu'elle puisse réaliser des actes de la vie quotidienne seule ou accompagnée (barres d'appui, surface des pièces suffisante)
- le confort et l'agrément en veillant à assurer une isolation thermique, phonique des locaux ainsi qu'une adaptation de l'éclairage aux problèmes de vision des personnes âgées.

L'architecte qui réalisera les plans devra intégrer tous ces aspects.

Lorsque je rencontrerai les services du PACT-ARIM, je leur ferai part de notre projet dont la caractéristique principale est que ce lieu de vie prenne la forme d'une maison classique avec un accès de plain-pied. Une terrasse devra être aménagée à l'extérieur proche permettant ainsi, par beau temps, de prendre les repas à l'extérieur par exemple. Les pièces se répartiront ainsi :

- une chambre pour chaque résidant soit six au total dont la conception doit permettre de dispenser des soins au lit. Chaque chambre sera être emménagée et décorée par le résidant lui même.

³³ Centre pour la protection, l'amélioration, la conservation, la transformation de l'habitat Associations de restaurations immobilières

³⁴ Direction Départementale de l'Équipement

- Une cuisine avec accès direct sur une salle commune de vie spacieuse faisant fonction de salle à manger et de salon.

La cuisine sera aménagée de telle sorte que les repas seront confectionnés sur place. Deux autres possibilités m'étaient offertes :

- faire appel à la SODEXHO³⁵, entreprise spécialisée, qui assure la confection des repas sur la ville et au service du CCAS qui s'occupe du portage des repas à domicile
- prendre le repas confectionné par la SODEXHO au foyer municipal situé à proximité de l'unité (300 mètres).

J'ai privilégié d'emblée la confection des repas sur place car ils font partie intégrante de la vie dans une maison. D'une part, les résidants pourront participer à l'élaboration des repas, et , d'autre part l'odeur des plats lors de leur cuisson suscite l'envie de manger. Je pense que les personnes âgées prennent du plaisir à manger des plats respectueux de leur goût alimentaire. Les personnes âgées qui vivent à domicile souhaitent que les intervenants à domicile les aident à préparer les repas. La mise en place du portage des repas n'est sollicité que dans le cadre d'une insuffisance de moyens d'aide (nombre d'heures attribuées trop limité) qui ne permet pas un accompagnement auprès de la personne dans toutes les activités de la vie quotidienne.

Le logement dispose de deux salles d'eau (lavabos douches, WC) avec ouverture extérieure et dont l'agencement sera conçu pour faciliter tous les gestes.

Une buanderie équipé d'une machine à laver et d'un sèche linge permettra d'assurer le blanchissement des résidants.

Je dois veiller au respect des règles d'hygiène, des normes de sécurité incendie, de la couverture des risques.

L'autorisation de fonctionnement n'imposant pas toutes les règles d'hygiène réclamées aux EHPAD, il sera toutefois nécessaire de contacter le laboratoire départemental d'hygiène afin que les règles d'hygiène élémentaires soient respectées.

En ce qui concerne la sécurité incendie, depuis 2002, une nouvelle réglementation est applicable à l'ensemble des établissements hébergeant des personnes âgées (réglementation ERP de type J)³⁶. Cette réglementation s'appliquant à partir de vingt

³⁵ Société d'Exploitation Hôtelière

³⁶ Règlement de sécurité contre l'incendie relatif aux établissements recevant du public. Concerne les structures d'accueil pour personnes âgées et personnes handicapées

places ne nous concernera pas. La société avec laquelle nous travaillons dans le cadre de notre activité d'aide à domicile se verra confier la sécurité en matière d'incendie.

Responsable des préjudices potentiellement encourus au sein de l'unité de vie, je serai très vigilante sur le contenu des contrats d'assurance multirisques habitation et responsabilité civile indispensables dans le cadre du fonctionnement de l'unité.

3.2.3 L'équilibre financier de la structure

Basant mon approche sur trois points importants :

- Le prix de journée pour chaque résidant ne doit pas être supérieur au prix de journée moyen pratiqué dans les maisons de retraite locales
- L'accompagnement doit être assuré au plus près des résidants, ce qui limite le nombre de résidants
- La structure doit trouver un équilibre pour assurer sa viabilité,

il me paraît opportun, afin d'équilibrer le budget, de fixer à six le nombre de personnes accueillies dans l'unité.

Celui-ci intègre dans le groupe II les dépenses afférentes au personnel (rémunérations et charges sociales et fiscales des salariés) intervenant 24 heures sur 24 et la possibilité de doubler ce personnel lors de promenades, de courses ou de visites à l'extérieur.

L'ADOM 82, appliquant pour son personnel la Convention du 11 mai 1983 relative aux organismes d'aide et de maintien à domicile, adoptera cette même convention pour le personnel de l'unité de vie.

Une négociation en cours qui devrait aboutir prochainement permettra d'intégrer le travail de nuit dans la convention des aides à domicile jusque là non pris en compte.

L'application de la même convention collective, avec les mêmes avantages, renforcera ainsi la mobilisation et la cohésion du personnel au delà du sentiment d'égalité. Les prestations du personnel administratif et la directrice (moi-même) seront évaluées en temps de travail et déterminées selon une clé de répartition appliquée sur l'activité générale de l'ADOM 82.

Un médecin avec une spécialisation en gériatrie intervenant au Centre Hospitalier intercommunal Castelsarrasin - Moissac sera le médecin référent de l'unité. Il participera à l'élaboration de la prise en charge du résidant et pourra être sollicité pour nous apporter toute information nécessaire suscitée par nos questionnements.

Les résidants, dans la continuité des soins médicaux et para-médicaux dont ils bénéficiaient à leur domicile conserveront leur médecin traitant, leur infirmier (ère) libéral (e) ou l'aide soignant (e) du service de soins infirmiers de la ville.

Les vacances d'une psychologue sont prévues, d'une part, pour combattre l'usure du personnel en instaurant des groupes de parole et, d'autre part en direction des familles qui se trouvent parfois en souffrance générée par le sentiment de culpabilité ou par un sentiment d'incompréhension face à des comportements liés à l'état de santé de leur parent vis à vis d'elles.

L'animation devra être envisagée en fonction des attentes des résidants et de leur capacité à participer. Elle pourra être organisée à l'intérieur de l'unité ou à l'extérieur facilitant ainsi les rencontres et les échanges avec d'autres personnes.

Prévisionnel :

Le poste rémunérations et charges devrait représenter 78% du budget de fonctionnement.

Concernant le groupe I relatif aux dépenses afférentes à l'exploitation (achats et services extérieurs), 14% du budget y seront consacrés.

Le groupe III comprenant les dépenses afférentes à la structure (autres charges de gestion, charges financières, dotations aux amortissements) s'élèvera à 8% du budget.

Les investissements concernent la rénovation du bâtiment existant et l'aménagement des pièces. Souhaitant mobiliser un maximum de partenaires publics, le plan de financement comprendra des subventions sollicitées auprès :

- de l'état par le biais de financements en matière de logement social, PLS (plans locatifs sociaux) et PLUS (plans locatifs à usage social), amenant une réduction des coûts et permettant aussi la mobilisation de l'APL (allocation personnalisée au logement) pour les résidants.
- du département via le Conseil Général qui souhaite promouvoir des formules intermédiaires entre le domicile et l'établissement classique
- de la mairie de Castelsarrasin. Le maire est très favorable à ce projet. Lors de la présentation de l'étude il m'a assuré de son soutien financier quant à la réalisation de ce projet
- de la Fondation de France qui encourage et soutient depuis 1984 cette formule d'accueil

- de la CRAM (caisse régionale d'assurance maladie) Un des axes stratégiques de la branche retraite consiste à aider à la diversification des projets immobiliers permettant des modes d'accueil intermédiaires entre le domicile et l'hébergement en établissement et à encourager toute action visant au maintien du lien social
- des diverses caisses de retraite (régimes de base et régimes complémentaire)

Si le montant des subventions ne couvre pas la totalité du coût des investissements, l'ADOM 82 financera le reliquat sur ses fonds propres.

Le décret 2005-118 du 10 février 2005 modifié par le décret 2006-181 du 17 février 2006 précise les modalités de tarifications pour les soins en ce qui concerne les petites unités de vie. Trois options tarifaires sont possibles :

- la première est le conventionnement tripartite en EHPAD classique
- la deuxième est le « forfait journalier soin dérogatoire spécial petites unités ». Il va prendre en charge financièrement les actes infirmiers dispensés soit par les libéraux de santé, soit par des infirmiers salariés au sein de la petite unité de vie. Ce forfait est fixé par la DDASS³⁷ après avis de la CRAM dans la limite d'un plafond fixé annuellement par arrêté ministériel
- la troisième est le recours aux services de soins infirmiers à domicile. C'est cette solution que nous avons choisie dans notre projet car elle correspond le plus à cette volonté de maintenir une continuité des soins entre le domicile et la petite unité de vie. L'intervention d'infirmiers libéraux rémunérés à l'acte par les résidents est possible pour ceux d'entre eux qui ne bénéficient pas de l'intervention du SSIAD.

Une circulaire du 17 mai 2006 indique les règles applicables aux résidents des petites unités de vie au regard de l'allocation personnalisée d'autonomie. Par dérogation aux règles relatives au versement de l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement, l'article L.232-5 du code de l'action sociale et des familles prévoit que les résidents hébergés dans un établissement de moins de 25 places autorisées et dont le GIR moyen pondéré est supérieur à 300 bénéficie de l'allocation personnalisée d'autonomie dans les mêmes conditions que celles prévues pour une personne résidant à domicile.

³⁷ Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

Le plan d'aide de ces bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie est élaboré par l'équipe médico-sociale. Il doit prendre en compte les charges afférentes à la dépendance de l'établissement soit :

- 100% des rémunérations et des charges sociales et fiscales des auxiliaires de vie, des auxiliaires de gériatrie, des psychologues, des maîtresses de maison, des aides soignants et des aides médico-psychologiques
- 30% des rémunérations et des charges fiscales des agents de service et des veilleurs de nuit
- les couches, alèses et produits absorbants.

Dans ces établissements, c'est donc le plan d'aide des résidents classés en GIR 1 à 4 qui finance en totalité les charges afférentes à la dépendance.

Les personnes âgées disposant en moyenne de ressources modestes voire faibles, je présenterai un dossier de demande d'habilitation pour que des bénéficiaires de l'aide sociale puissent intégrer, s'ils le souhaitent, la petite unité de vie.

3.3 Un personnel mobilisé et moteur du projet

3.3.1 Le recrutement du personnel intervenant dans l'unité

Le diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) a réformé et remplacé le certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD) créé en 1988. Le secteur de l'aide à domicile a beaucoup évolué en quelques années. La mise en place de l'APA en 2002 a notamment fait apparaître une forte demande de personnel qualifié pour le maintien à domicile. Une professionnalisation et une reconnaissance des métiers de l'aide à domicile sont devenues prioritaires. Un référentiel professionnel a été mis au point afin de définir le métier d'auxiliaire de vie sociale. Ce référentiel me paraît tout à fait adapté aux fonctions que doit remplir l'intervenant dans la petite unité de vie. En effet il doit accompagner et aider les personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne :

- aide à la mobilisation, aux déplacements et à l'installation de la personne
- aide à l'habillage et au déshabillage
- aide à la toilette lorsque celle-ci est assimilée à un acte de la vie quotidienne et n'a pas fait l'objet d'une prescription médicale
- aide à la prise des repas

- aide à la prise des médicaments
- aide aux fonctions d'élimination.

Il doit également accompagner et aider les personnes dans les activités ordinaires de la vie quotidienne :

- réalisation de repas équilibrés conformes aux régimes prescrits
- réalisation de courses
- entretien courant du linge et des vêtements
- entretien courant du lieu de vie.

La petite unité de vie accueillera dans des chambres individuelles et un espace de vie collectif, une petite communauté de personnes qui partagera avec l'aide de l'équipe d'accompagnement les tâches domestiques de la vie quotidienne. Son mode d'organisation et de fonctionnement doit prioritairement promouvoir l'autonomie de vie et maintenir les réseaux de relations.

Ayant délégué par la présidente pour effectuer les embauches je privilégierai les candidatures de personnel diplômé (titulaire du DEAVS, du BEP carrière sanitaire et social mention aide à domicile).

Des salariés des services de l'ADOM 82 pourront postuler.

La fiche de poste que j'ai établie mentionne les critères indispensables pour la prise de fonction :

- technicité (savoir faire)
- capacité à établir une relation de confiance, respect, écoute, tolérance, discrétion (savoir être)
- adopter des comportements et des attitudes qui prennent en compte la situation de chaque personne, qui s'adaptent à ses besoins divers avec pour objectif de lui permettre un développement harmonieux.

L'entretien annuel d'évaluation que je conduirai avec les salariés permettra de mesurer l'adéquation des compétences au poste afin de définir les éventuels approfondissements de connaissances à acquérir.

3.3.2 Des actions de formations soutenues pour maintenir un accompagnement de qualité.

En référence à la loi n° 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social, un accord de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale a été signé en janvier 2005 et étendu en février 2006. Les parties signataires se donnent pour objectifs une politique volontariste de formation pour la branche garantissant des interventions de qualité auprès des usagers.

Responsable de la formation en direction du personnel de l'ADOM 82, j'ai toujours considéré que la formation continue est un incontournable outil de gestion des compétences.

L'objectif de la démarche lors de l'élaboration du plan de formation est bien de faire correspondre les compétences des personnes aux besoins de la structure.

L'organisme collecteur des fonds auquel nous adhérons est très impliqué dans le processus de professionnalisation du secteur de l'aide à domicile. Depuis quelques années, nous avons pu bénéficier d'aides financières supplémentaires principalement par le Fonds Social Européen qui ont permis d'étoffer nos actions de formation jusque-là limitées par un budget trop restreint de notre plan formation.

J'ai défini deux priorités :

- l'accès au DEAVS par le biais de la VAE³⁸ pour les salariés volontaires qui bénéficient à ce titre d'un accompagnement par un organisme de formation agréé par la DRASS
- des actions de formations techniques ou thématiques en lien direct avec les besoins ressentis sur le terrain :
 - a) formation de manutention de personnes à mobilité réduite
 - b) formation aux premiers secours (ces deux formations sollicitant un recyclage pour s'adapter aux nouveaux matériels et nouvelles consignes
 - c) l'équilibre alimentaire
 - d) la relation d'aide
 - e) la maladie d'Alzheimer (écoute et communication)
 - f) l'accompagnement des personnes en fin de vie
 - g) la maltraitance envers les personnes âgées
 - h) l'analyse de pratiques.

³⁸ Validation des acquis de l'expérience

Le personnel de la petite unité de vie, diplômé certes, pourra bénéficier des actions de formation précitées. L'accompagnement de personnes dépendantes voire très dépendantes peut être interrogé dans sa pratique d'élaboration et de suivi de projet de vie personnalisé. Participeront à ces actions dans un même groupe les aides à domicile et les salariés intervenant dans la petite unité de vie.

Compte tenu de la complémentarité des services, il est important que les salariés puissent se rencontrer et échanger sur leurs pratiques professionnelles.

3.3.3 Une notion indispensable du travail d'équipe

Institué dans les services d'aide à domicile, le travail d'équipe est primordial pour la réussite d'un accompagnement de qualité auprès de la personne âgée.

Comme à domicile, les auxiliaires de vie sociale qui interviendront dans la petite unité de vie devront être en capacité de travailler ensemble.

Une bonne communication et un respect mutuel dans l'accomplissement de leur rôle, identique pour elles puisqu'elles interviennent par roulement, permettront une organisation efficiente de leur travail. Je veillerai à ce que les relations de travail entre collègues soient des plus transparentes et j'agirai très rapidement à la moindre difficulté. Un travail d'équipe bien construit et mis en pratique de façon satisfaisante est enrichissant pour les salariés et indispensable pour les personnes accompagnées, la finalité étant de ne pas perturber les personnes mais au contraire de leur assurer un équilibre harmonieux de vie.

Dans leur cadre professionnel, les auxiliaires de vie sociale seront également en relation avec les autres intervenants médicaux et para-médicaux. Il s'agit bien d'une coordination professionnelle dont le principal objectif est la prise en charge globale et suivie de la personne aidée. Chaque activité fait appel à des niveaux de performance différents selon la catégorie professionnelle des membres de l'équipe et la réalisation des objectifs s'obtient grâce à l'association des compétences de chacun.

Les familles font partie intégrante de l'unité et, à ce titre, elles devront bénéficier de liens privilégiés avec l'équipe des auxiliaires de vie sociale.

La personne âgée a un intense besoin affectif qu'il faut privilégier : la famille joue un grand rôle dans le soutien psychologique et moral de leur parent.

3.3.4 Une organisation du travail centré sur les résidents

Une présence continue auprès des résidents prévoit un roulement journalier de trois salariés, à raison de huit heures de travail pour chacun. Les tranches horaires seront établies de la manière suivante :

6 heures – 14 heures / 14 heures- 22 heures / 22 heures- 6 heures.

Six salariés assureront une présence 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Les plannings seront établis en concertation avec les membres de l'équipe, permettant ainsi de tenir compte des impératifs de chacun.

Je convoquerai le personnel tous les mois et j'animerai cette réunion. Seront traités tout d'abord les problèmes éventuels rencontrés par les salariés, qu'il conviendra de résoudre et ensuite seront transmises des informations nécessaires au fonctionnement de la structure.

Un compte-rendu sera rédigé par mes soins. Je procéderai à des visites régulières et inattendues de l'unité de vie.

Si je constate une irrégularité importante de fonctionnement, j'aviserai et convoquerai l'ensemble de l'équipe le plus rapidement possible.

Bien que ma fonction de directrice m'amène à reconnaître une véritable marge d'initiative ou une autonomie relative dans l'exercice du travail des professionnels, comme l'a exprimé le Conseil Économique et Social³⁹ dans son récent avis, le contrôle fait également partie de ma mission.

« L'originalité de la petite unité de vie réside dans la priorité qu'elle accorde à la vie Elle a pour objectif fondamental de favoriser la vie et de prévenir son déclin »⁴⁰. en maintenant ou restaurant les conditions de l'autonomie de l'insertion sociale des personnes âgées.

³⁹ Mutations de la société et travail social –Avis et rapport du conseil économique et social présenté par D. Lorthiois, Ed. des Journaux Officiels, juin 2000, section I, p. 11 et 12

⁴⁰ Groupe de travail « Petites structures d'accueil »- CLEIRPPA – Septembre 1997

3.4 Le développement d'une qualité de vie : un objectif traduit dans le quotidien

3.4.1 Des modalités d'accueil individualisées

Lorsqu'une personne âgée désirera intégrer la petite unité de vie et qu'une chambre sera disponible pour l'accueillir, je souhaite qu'elle même et sa famille ou son représentant légal puissent venir voir les lieux préalablement. Je les accompagnerai pour une visite de l'unité et leur remettrai tous les documents indispensables à l'entrée du résidant :

- le livret d'accueil afin de garantir l'exercice effectif des droits du résidant mentionnés à l'article L311-3 auquel seront annexés la charte des droits et libertés de la personne accueillie ainsi que le règlement de fonctionnement ayant pour objet de définir les droits et devoirs de la personne accueillie et de l'unité de vie.
- Le contrat de séjour élaboré avec la personne accueillie ou son représentant légal qui définit les objectifs et la nature de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet de service. Il détaille également le coût du maintien à domicile en unité de vie.
- La liste des vêtements, linge et nécessaire à toilette.
- Une fiche sur laquelle seront inscrites les coordonnées de la famille, des intervenants médicaux et paramédicaux.
- Une fiche permettant le recueil des centres d'intérêts du résidant et précieuse pour l'élaboration du projet personnalisé.

Le jour de l'entrée du résidant, une auxiliaire de vie sociale et moi même serons présentes pour l'accueillir. Nous lui assurerons le temps nécessaire pour que son installation et son intégration au groupe s'effectue le plus soigneusement et le plus sereinement possible. Il y a lieu de ménager ce transfert de domicile et de faire en sorte que la personne retrouve « un chez soi » lui assurant une continuité de son mode de vie.

3.4.2 Un fonctionnement centré autour des besoins de la personne

La petite unité de vie, c'est la vie en communauté de six personnes médicalement apte à vivre en communauté. Elle offre un mode de vie qui allie la sécurité et la vie familiale. Chaque résidant conserve son médecin personnel, son propre personnel soignant qui doit respecter son rythme de vie. Il a la possibilité d'être accueilli avec son

animal familial, l'accord des autres résidants étant demandé et certaines conditions d'hygiène et de vaccinations respectées.

Le personnel intervenant accompagne les résidants en respectant leur rythme de vie. Après l'élaboration concertée des menus les repas sont confectionnés par les intervenants avec la participation des résidants. Ils sont pris en commun dans la salle à manger, l'auxiliaire de vie sociale peut aider si nécessaire à la prise des repas.

Le linge est lavé sur place par le personnel en respectant les règles d'hygiène.

Les personnes venant de l'extérieur (familles, proches, amis) peuvent rendre visite aux résidants quand ils le souhaitent, de préférence l'après-midi. Ces rencontres sont pleinement acceptées et largement souhaitées car elles permettent l'entretien des liens affectifs.

Pour garder le contact avec l'extérieur et suivant leur possibilité, les résidants qui souhaitent sortir sont accompagnés pour des promenades dans le jardin ou dans la ville, pour l'achat de courses.

L'animation, prévue l'après-midi, et assurée par le personnel a pour objectif de stimuler les capacités des personnes en leur offrant des moments de détente très prisés. Toutefois, il faut tenir compte que les personnes âgées dépendantes ont des capacités limitées et se fatiguent vite. Je veillerai à ce que les activités soient variées dans le temps et de courte durée.

Les activités de la vie quotidienne telles que l'aide à la cuisine, à l'entretien du logement, à la mise du couvert, à la vaisselle permettent l'expression et la transmission de son savoir faire et de rester dans le circuit du don et de l'échange.

Les activités occupationnelles, de loisir (lecture, radio, émissions télévisées, jeux de société, travaux de broderie, de tricot) évitent l'ennui.

Les activités thérapeutiques, de stimulation (marche, chant, danse, exercices de mémoire) stimulent les capacités fonctionnelles et maintiennent une hygiène de vie.

Les relations entre les salariés et les intervenants para-médicaux doivent être privilégiés pour le bien des résidants. Un cahier de liaison sera à leur disposition. Une réunion mensuelle de l'équipe pluridisciplinaire (auxiliaires de vie sociale, infirmiers(ères) libéraux (ales) et SSIAD) aura pour but de vérifier que l'accompagnement de chaque résidant soit en adéquation avec son projet de vie.

Le projet personnalisé et son suivi sera consultable par la famille.

Un conseil de la vie sociale sera mis en place dès l'ouverture de l'unité et se réunira tous les trimestres. Il regroupera deux résidants, un représentant des familles, un représentant des tuteurs, un représentant des salariés et moi même en qualité de représentant de la direction. Il pourra donner son avis et faire des propositions sur toute

question intéressant le fonctionnement de l'unité, notamment sur l'organisation intérieure, la vie quotidienne, l'animation. Il sera consulté pour toute modification du règlement de fonctionnement et du projet de service.

3.5 Évaluation interne et externe de la structure

La loi du 2 janvier 2002 qui rénove l'action sociale et médico-sociale impose une palette d'outils pour favoriser une prise en compte et en charge optimale de la personne accueillie. En outre, elle exige qu'une série d'évaluations soit réalisée dans tous les établissements et services :

- une évaluation interne dont les résultats doivent être communiqués tous les cinq ans aux autorités compétentes.
- une évaluation externe conduite tous les sept ans par des organismes indépendants habilités.

3.5.1 Évaluation interne

Garante de la qualité du service rendu et de l'optimisation des moyens mis en oeuvre pour atteindre les objectifs fixés, il est de ma responsabilité de mettre en place des outils et des méthodes d'évaluation et d'amélioration de la qualité de notre accompagnement.

Je pense qu'évaluer permet d'évoluer. Il est primordial d'évaluer la qualité du service attendue et voulue et celle délivrée et perçue par les usagers. Parler d'amélioration de la qualité revient à s'interroger sur l'adéquation entre les modes d'accompagnement et les attentes des usagers et de leur famille.

Des enquêtes de satisfaction seront adressées au résidant un mois après son entrée et tous les ans. Elles permettront de recueillir son avis et de recenser ses suggestions.

L'intervention s'inscrit dans le cadre d'une évolution constante, régulière et systématique de la personne et de la qualité des réponses apportées.

L'élaboration de cet outil d'évaluation fera l'objet d'un travail en commun (médecin référent, auxiliaires de vie sociale, infirmiers et directrice). Des questions seront posées quant à l'appréciation:

- de l'accueil fait au résidant
- de son sentiment d'appartenance au groupe

- du confort de son niveau cadre de vie
- de ses relations avec l'association
- de ses relations avec les intervenants.

En fin de questionnaire, le résidant ou sa famille pourra faire part de ses suggestions.

Les résultats de ces questionnaires feront l'objet d'une synthèse remise à chaque résidant et à sa famille, au personnel et au conseil d'administration de l'association. Cette synthèse sera analysée lors de la prochaine réunion du conseil de la vie sociale et permettra d'une part, de vérifier le bon sens de notre projet d'accompagnement, de justifier et valoriser nos capacités d'action et d'autre part, de réajuster, si nécessaire, nos interventions.

3.5.2 Évaluation externe

Elle est conduite par un organisme extérieur selon un cahier des charges fixé par décret et son résultat conditionne le renouvellement de l'autorisation. Réalisée en complément de l'évaluation interne, elle sera construite à partir de procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles élaborées par le CNESMS⁴¹ créé par la loi du 2 janvier 2002 pour accompagner la mise en place d'une obligation d'évaluation interne et externe dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

⁴¹ Conseil National de l'évaluation sociale et médico-sociale

Conclusion partielle

Souhaitant répondre au plus près des attentes et aspirations des personnes âgées ne pouvant plus rester à domicile, la conception d'un projet de création d'une Petite Unité de Vie sur Castelsarrasin s'est avérée par l'association être une solution d'offre de service appropriée et conforme à ses valeurs.

La mise en oeuvre du projet m'étant confiée par la conseil d'administration, je me suis attachée, tout d'abord, à définir les bases du projet de vie des personnes qui seront accueillies dans ce lieu pour pouvoir développer un projet architectural dont le coût de la réalisation devra être maîtriser financièrement. J'ai, par la suite, exposé de manière détaillée les modes d'accompagnement mis en oeuvre dans le fonctionnement de l'unité qui renvoient obligatoirement aux compétences du personnel, à l'organisation du travail et à la qualité des partenariats conclus.

Conclusion générale

Si le choix des personnes âgées est principalement de vivre à leur domicile jusqu'à la fin de leurs jours, il est nécessaire de concevoir des lieux de vie permettant une continuité du vécu de la personne, un prolongement de la vie à domicile.

La Petite Unité de Vie répond à ces critères. Elle permet aux personnes âgées qui ne peuvent plus rester à leur domicile de retrouver « un chez soi », le plus proche de celui qu'elles ont quitté, dans leur environnement familial avec le maintien des liens qui les unissaient à leur famille et à leurs proches.

La Petite Unité de Vie privilégie un accompagnement de tous les instants en facilitant au maximum la participation des résidents à la vie quotidienne. Lorsque la fin de vie de la personne âgée est proche, notre rôle, avec la famille, est de l'aider à vivre jusqu'à son ultime passage.

Considérant cette formule d'accueil comme un intermédiaire entre le domicile et l'institution, elle favorise la continuité du parcours de vie des personnes âgées dans un contexte sécurisant et convivial.

Grâce à la mobilisation de tous les acteurs et à un développement de partenariats engagés dans ce projet, nous réussirons à proposer aux personnes âgées une offre innovante d'accueil pour laquelle leur liberté de choix de vie sera respectée.

« Par son action, le directeur doit répondre à l'intérêt des usagers, assurer l'organisation d'une prise en charge individualisée de qualité, faciliter l'expression et la satisfaction de leurs besoins et favoriser l'accès à leurs droits et à l'exercice effectif de leur citoyenneté »⁴².

Cette mission contribue à l'émergence de projets novateurs comme la création d'une Petite Unité de Vie, formule inexistante sur le département aujourd'hui, mais qui trouvera une place légitime dans l'accompagnement des personnes vieillissantes. La pertinence de cette offre sur Castelsarrasin permettra de développer dans d'autres communes où nous intervenons des projets similaires, les collectivités territoriales étant favorables à ces formules d'accueil et donc, d'ores et déjà, partenaires dans nos projets de création.

⁴² Référentiel de compétences du directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale

BIBLIOGRAPHIE

- BORGETTO M., LAFORE R.**, *Droit de l'aide et de l'action sociales*, 5^{ème} édition, Paris, Éditions Montchrestien, 2004, Collection Domat, 653 p.
- COUR DES COMPTES**, *Les personnes âgées dépendantes*, Synthèse du rapport public particulier, novembre 2005, 37 P.
- CSTS**, *Ethique des pratiques sociales et déontologiques des travailleurs sociaux*, Rennes, ENSP, 2001, 153 p.
- DELPEREE N.**, *La protection des droits et libertés des citoyens âgés*, Droit et gérontologie, CNP, 1991, 237 p.
- ENNUYER B.**, *Repenser le maintien à domicile*, Paris, Dunod, 2006, 278 p.
- FONDATION DE FRANCE**, *La viabilité économique des petites unités de vie*, Paris, Réflexion, septembre 1997, 85 p.
- GINESTE Y. PELLISSIER J.**, *Humanitude, comprendre la vieillesse, prendre des Hommes vieux*, Paris, Armand Colin, 2007, 319 p.
- Groupe de Travail, « Petites structures d'accueil »**, *Les petites structures et leur place dans l'accompagnement de la vieillesse - de l'innovation à la pérennisation*, CLEIRPPA, septembre 1997, 208 p.
- GUINCHARD-KUNSTLER P., RENAUD M.Th.**, *Mieux vivre la vieillesse*, Paris, Éditions de l'Atelier / Éditions ouvrières, 2006, 255 p.
- GUINCHARD-KUNSTLER P.**, *Vieillir en France*, Rapport à Monsieur le Premier Ministre, 1999, 194 p.
- LAROQUE P.**, *Code de la vieillesse, Commission d'études sur les problèmes de la vieillesse*, Paris, Documentation Française, 1962
- LE MONITEUR**, *personnes âgées et habitat*, Paris, Éditions du moniteur, hors série, 1992, 359 p.
- MIRAMON J.M., COUET D., PATURET J.B.**, *Le métier de directeur, techniques et fictions*, Rennes, ENSP, 2001, 272 p.

-**MIRAMON J.M.**, *Manager le changement dans l'action sociale*, Rennes, ENSP, 2001, 104 p.

-**PALACH J.M.**, *Une société pour tous les âges*, Rapport du comité de pilotage de l'année internationale des personnes âgées, décembre 1999, 85 p.

-**VEYSSET B.**, *Dépendance et vieillissement*, Paris, l'Harmattan, collection « logiques sociales », 1989, 171 p.

Lois, décrets et circulaires :

- Loi 89-475 du 10 juillet 1987, relative à l'accueil familial
- Décrets du 22 juin 1990, relatifs à l'accueil familial
- Loi 97-60 du 24 janvier 1997, instituant la prestation spécifique dépendance
- Loi 2001-647 du 20 juillet 2001, relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie
- Loi 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Loi 2002-73 du 17 janvier 2002, dite loi de modernisation sociale
- Décret 2005-118 du 10 février 2005, relatif aux modalités de médicalisation et de tarification des prestations de soins dans les petites unités de vie
- Décret 2006-413 du 6 avril 2006, précisant le fonctionnement des groupements de coopération sociale et médico-sociale
- Circulaire 2006-217 du 17 mai 2006, relative aux modalités de médicalisation et de tarification des soins dans les établissements pour personnes âgées dépendantes d'une capacité inférieure à 25 places autorisées.