



Éditorial

PAR LILIANE CAPELLE Adjointe au maire de Paris, chargée des Seniors et du Lien Inter- Générationnel, Présidente du Coderpa 75

Le vieillissement n'est pas un enjeu nouveau !

Il existe quatre risques sociaux couverts par la sécurité sociale : maladie-maternité, accidents du travail-maladies professionnelles, charges familiales et vieillesse-invalidité, ce dernier n'ayant pas été conçu pour apporter une réponse adaptée à la perte d'autonomie. Il existe plusieurs réponses aux besoins d'autonomie des personnes âgées ou/et en situation de handicap : l'Allocation personnalisée d'autonomie, les interventions des collectivités territoriales (repas et aides à domicile...) et les prestations d'action sociale extralégales des caisses de sécurité sociale (CRAM, CNAV), soit environ 13 financeurs pour plus d'une trentaine de dispositifs financiers.

Ce 5^e risque, dont le contour ne cesse d'être débattu par les pouvoirs publics, est attendu par tous les acteurs de la gérontologie et par les familles qui assument une grande partie de la prise en charge de la dépendance. Un peu plus d'un million de personnes âgées sont dépendantes. En 2040, elles seront plus de 1 800 000 personnes.

Reconnaître un 5^e risque de protection sociale n'équivaut pas à créer une 5^e branche de sécurité sociale. La protection sociale peut fonctionner selon trois logiques. La logique d'assurance qui repose sur des cotisations ; le cotisant se prémunit contre un ou plusieurs risques. La logique d'assistance qui repose sur des contributions (impôts, CSG...) ; elle est mise en œuvre sous condition de ressources. La logique de protection universelle qui repose sur des contributions, mise en œuvre sans condition de cotisations ni de ressources mais les prestations sont les mêmes pour tous (ex. prestations familiales).

La combinaison de ces logiques est possible mais leur dosage devient un enjeu pour les payeurs (usagers et ayants droit, collectivités locales, assureurs, pouvoirs publics, caisses). La vraie question est celle du périmètre de solidarité que nous voulons pour nos aînés dépendants.

Perte d'autonomie et prise en charge quel avenir ?

> En ce début 2011, nous sommes invités à participer au débat autour de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées. Beaucoup de questions se posent.

Le coût de la prise en charge de la dépendance est très élevé et va augmenter avec l'espérance de vie plus longue. Contrairement aux affirmations des médias non démenties par les responsables politiques, selon les enquêtes de la DRESS et de l'INSEE de 2008, 0,6 % seulement de la population des 60-79 ans est fortement dépendante. Si on y ajoute 2,7 % des personnes classées très dépendantes cela signifie que 96,7 % des personnes de cet âge sont autonomes. Et 83 % des plus de 80 ans restent relativement autonomes. On ne peut donc pas parler de problème majeur pour moins d'un quart de la population de plus de 60 ans.

L'allocation personnalisée d'autonomie

Cependant, celles et ceux qui sont en perte d'autonomie ont droit à une prise en charge solidaire par la société. Dans la loi de 1997, on définit la dépendance comme l'état d'une personne qui a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie. Cela ne signifie pas qu'elle n'a pas le droit de décider de sa vie, d'avoir un projet. La perte d'autonomie, physique ou mentale, peut et doit être compensée par des aides professionnelles ce qui a un coût. Une aide financière partielle, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), a été mise en place depuis 2001. Universelle mais avec une participation financière des personnes âgées selon leurs moyens, l'APA est très insuffisante pour couvrir intégralement les besoins définis par le plan d'aide. Son attribution est liée à la gravité de la perte d'autonomie, avec un classement en 4 groupes, du GIR 4 au GIR 1 selon des difficultés croissantes. (Les GIR 5 et 6 - faibles difficultés - sont, eux, aidés, sous certaines conditions, par la CNAV.) Le GIR 4, charnière

entre l'indépendance et une perte d'autonomie qui s'aggrave, compte à lui seul 48 % des bénéficiaires de l'APA. L'APA n'a connu aucune revalorisation correcte depuis 2003 par l'État, et les tranches d'aide sont très insuffisantes pour les basses et très basses pensions.

Le cinquième risque

Le coût de la prise en charge est lourd pour les personnes concernées et leurs familles. Il est anormal que l'État n'en assume pas une part importante et l'ait transférée aux conseils généraux sans les moyens financiers correspondants.

Un 5^e risque, cela signifie une prise en charge solidaire, nécessaire pour les plus démunis et pour tous ceux qui ont une faible pension, parfois en dessous du seuil de pauvreté, souvent inférieure au SMIC. C'est la demande des associations, des syndicats de retraités et des professionnels médico-sociaux. Hélas, nous sommes très pessimistes. Les propositions du récent rapport parlementaire de Mme Rosso-Debord sont inquiétantes, risquant de pénaliser les personnes âgées concernées. L'annonce de la suppression du GIR 4, de l'obligation d'assurance individuelle et à terme la suppression de l'APA sont autant de signaux très alarmants. Cela montre un désengagement de l'État et une obligation, comme pour l'assurance-maladie, de faire payer les personnes âgées déjà pénalisées par leur perte d'autonomie.

Soyons très attentifs aux propositions qui vont être publiées. Intervenons, dès que possible pour défendre le droit de tous à une vie décente jusqu'au bout, avec des aides financières suffisantes et solidaires.

Joëlle Guignard,
vice-présidente du Coderpa 75

CODERPA 75 INFO.

Adresse : 21 rue de Choiseul - 75002 Paris.
Tél. : 01 49 24 01 14 - Mail : coderpa75@orange.fr

Directrice de la publication : Liliane Capelle

Rédacteur en chef : Paul Dubost

Rédaction : Agence Atouts Presse Senior (atoutspresse.com).

Conception graphique et réalisation : Caroline Paux
(caroline.paux@solutionspresse.com)

Impression : Azaprim - 68 rue Jacquard 77400 Lagny-sur-Marne



ZOOM

La vie à domicile

> Tel était le thème de la journée annuelle d'information du Coderpa qui s'est tenue le 4 novembre 2010 à la mairie du XIII^e. Résumé et extraits des interventions.

Résumé de la journée

Matinée : "l'accompagnement à domicile: conjuguer exigences professionnelles et choix de vie".

Le nombre de professionnels qui aident une personne âgée à son domicile nécessite de cerner les rôles et obligations de chacun.

La personne âgée est dans son lieu de vie, avec une histoire. Elle a un projet de vie en adéquation avec ses souhaits et ses disponibilités financières. Les professionnels ont à gérer cette situation. Il faut assurer une coordination des services avec sa participation, gérer l'emploi du temps des différents intervenants en tenant compte des coûts et des besoins de la personne, mais aussi lui parler et l'accompagner dans ce qu'elle souhaite.

- Elian Djaoui, psychosociologue a présenté le domicile avec ce que le mot sous-tend.
- Marie-Liesse Faure, du service d'aide à domicile FOSAD, a abordé le lien aides au domicile et projets de vie.
- Le Dr Aurélie Lemaire, du réseau de santé gériatrique Mémoires, a situé la place d'un tel réseau dans le dispositif.

Un débat animé a complété cette matinée.

- Liliane Capelle, présidente du Coderpa, adjointe au maire de Paris chargée des Seniors et du Lien Inter-Générationnel, a souligné l'importance des réseaux de santé en lien avec le domicile et les services d'aide et d'accompagnement voire les "gestionnaires de cas" qui ont un rôle important pour les situations lourdes. La réforme engagée des PPE/GLIC de Paris vise une meilleure coordination de ces réseaux. La mise en place éventuelle de maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) va dans le même sens.

La récente conférence gérontologique organisée à l'Hôtel de ville a



Beaucoup de participants dont les habitants du XIII^e arrondissement.

montré l'importance de la personnalisation des aides en tenant compte des besoins et des ressources de la personne, pour que le service adapte sa réponse.

M^{me} Capelle a souligné qu'un financement au titre de la solidarité nationale était nécessaire, que l'APA ne couvre pas tout le plan d'aide. On peut souhaiter, avec la mise en place de l'ARS, que des améliorations soient apportées pour une meilleure prise en charge partagée des secteurs de la santé et du médico-social.

Après-midi : spectacle interactif de la compagnie "Soleil sous la pluie": Tango et chocolat puis débat.

- Gaspard Aimée, veuf de 80 ans, habite seul avec son chat Mistigris. Il attend l'infirmière, quand surgit sa très bavarde voisine, venue lui apporter quelques ravitaillements. Plaisir de quelques pas de danse, moments de tendresse avec sa petite-fille, et regard inquiet de son entourage sur ses habitudes, ponctuent sa journée. Un peu reclus chez lui mais partant pour échanger chocolats et apéritif avec autrui, refusant toute réflexion de ses proches sur son mode de vie, Gaspard livre le portrait touchant d'un homme confronté à la vieillesse.

- D'abord centré sur le spectacle,



A gauche, Patricia Cordeau Coderpa UNA-PARIS, à droite Liliane Capelle Présidente du Coderpa.

Merci aux animatrices des débats : Patricia Cordeau (Una-Paris) Et Françoise Leblanc (PPE/XIII^e). Le Coderpa adresse ses plus vifs remerciements pour l'accueil à la mairie du XIII^e par le maire, M. Jérôme Coumet, et M^{me} Claire Davy adjointe chargée des personnes âgées et présente tout au long de cette journée.

le débat s'est élargi avec la participation du Dr Abitbol, généraliste en ville et à l'hôpital Broca, de M^{me} Henin et M. Arnoulin, travailleurs sociaux à La Pitié-Salpêtrière, de M^{me} Faure d'un service d'aide à domicile et de M^{me} Bach directrice de l'hébergement temporaire "Les Cantates".

Ont été précisés les aides diverses à domicile mais aussi la préparation du retour à domicile après une hospitalisation grâce aux services sociaux de l'hôpital, les solutions temporaires de séjour à la sortie d'hôpital, les centres d'information et de coordination gérontologique que sont le Point Paris Émeraude XIII et le CAS de l'arrondissement. L'excellente organisation matérielle de la mairie a permis un déroulement sans problème, malgré une affluence importante l'après-midi.

Le domicile dans toutes ses dimensions

Extraits de l'intervention d'Elian Djaoui, psychologue responsable de formation à l'Institut de Formation Sociale des Yvelines.

Le domicile est un espace privé qui possède une valeur importante pour l'habitant. Celui-ci doit pouvoir maîtriser les limites entre un "dedans" et un "dehors". Ces limites soulignent des besoins :

- appropriation d'un territoire,
- sécurité (lieu de protection contre les dangers),
- intimité (pour se ressourcer, se retrouver, avoir un lieu sans masque social),
- reconnaissance, valorisation de notre identité.

Quand il y a une intervention au domicile, il faut tenir compte de ces besoins. Quand plusieurs personnes interviennent au domicile avec leurs références professionnelles différentes, les besoins de l'habitant peuvent être parfois négligés.

Un lieu très personnel

La personne âgée possède les valeurs de sa génération, elle a une culture et une personnalité propre. Son domicile est investi par des significations psychologiques et affectives très personnelles. Son imaginaire lui donne des significations différentes de celles des cohabitants, visiteurs, parents, professionnels du domicile. Ces perceptions s'expliquent souvent par son histoire de vie. Les comportements de certaines per-

sonnes âgées peuvent surprendre. Parfois telle personne âgée n'investit pas tout son logement, elle en abandonne une partie ; telle autre accumule des vieux journaux, des débris : c'est le syndrome de Diogène.

Au grand âge, le domicile devient très important, car c'est le seul territoire que la personne peut maîtriser. L'espace du logement devient un lieu de repli pour plusieurs raisons :

- l'affaiblissement des capacités physiques et sensorielles (et au-delà de 75 ans des problèmes de santé s'y ajoutent parfois) ;
- une contraction du réseau socioaffectif, liée aux deuils successifs, aux départs et se faire des amis devient plus difficile ;
- des processus d'exclusion des personnes vieillissantes par la société globale, déplacements réduits, en raison de l'accès à des lieux publics difficile, à des commerces éloignés...

Des comportements variés

Les modalités de vie des personnes âgées chez elles sont extrêmement diverses. La manière dont elles investissent leur domicile est fonction des paramètres suivants :

- la santé
- le niveau de ressources
- le capital culturel
- le sexe : le domicile de la génération âgée actuelle est considéré comme un territoire plutôt "féminin". À la retraite

l'homme "envahit" le territoire de la femme. Ce sera peut-être moins le cas dans les nouvelles générations.

- la qualité et le type d'équipements (sociaux, médico-sociaux, administratifs, économiques, de loisirs etc.) du territoire (quartier, commune, ville etc.) .

Tous ces éléments influencent la perception qu'a la personne de son domicile, ainsi que ses comportements. Des études ont identifié plusieurs types d'investissement du domicile chez la personne âgée :

- Elle est bien chez elle et dans l'espace public, (milieu associatif, vie culturelle etc.). C'est le cas des personnes âgées qui ont des ressources culturelles et financières assez élevées.
- Elle est bien chez elle et se désintéresse de l'extérieur. Investissant son domicile, elle accueille chez elle sa famille, ses amis et transmet ses valeurs.
- Elle est bien chez elle mais considère l'espace public hostile, angoissant, et se retourne vers le passé.
- Elle fuit son domicile, est toujours dehors. C'est une peur d'enfermement, un besoin d'avoir du monde avec soi.
- Elle refuse tout, ce qui est le cas de grands déprimés ou de personnes de milieux sociaux très défavorisés.

Vivre à son domicile, cellule d'intimité, c'est aussi être dans un environnement social, dans un réseau d'individus proches ou inconnus avec lesquels on doit apprendre à se côtoyer, à partager des temps de rencontre. ●

Aides à domicile et projets de vie

Extrait de l'intervention de Marie Liesse Faure de la Fosad, association de soins et aide à domicile qui intervient auprès de personnes âgées, handicapées ou malades pour favoriser le maintien à domicile, et éviter ou retarder une entrée en institution. Ces services permettent d'apporter des aides complémentaires et adaptées aux besoins des bénéficiaires.

L'Aide à domicile, femme de ménage ou pivot du maintien à domicile ?

Longtemps considérée comme sous-emploi, cette profession évolue plus vite dans les discours des médias que dans les mentalités. Les aides à domicile interviennent dans des activités pour lesquelles tout le monde se sent plus ou moins compétent. Les tâches qu'elles effectuent paraissent à la portée de la pre-

mière venue. Elles ne peuvent donc se prévaloir du titre de spécialiste, même si l'exécution de ces activités pour un tiers, dans un rôle d'accompagnement est loin d'être accessible à tout le monde. Leur rôle fondamental est d'aider à l'accomplissement des activités quotidiennes. Mais il existe différents niveaux :

- Agent à domicile : accompagnement dans les activités ordinaires de la vie quotidienne et démarches administratives simples.
- Employé à domicile : assure en plus, une aide et accompagne la personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne (toilette, transfert, aide à l'habillage)
- Auxiliaire de vie sociale : s'ajoute encore soutien auprès des personnes les plus dépendantes, stimulation, aide à faire ou faire à la place de la personne. Ceci afin de permettre aux personnes vieillissantes fragiles, de conserver la maîtrise de leur mode de vie, de rester maî-

tresses des lieux, ce qui n'est pas sans problème, quand l'aide à domicile, mal instruite sur son rôle, impose son ordre des choses.

Le deuxième rôle essentiel de l'aide à domicile est d'assurer le lien de la personne aidée avec l'extérieur, lien avec les intervenants qui viennent au domicile : médecin, kinésithérapeute, infirmière, bénévole, amis, famille ; trait d'union avec les commerçants, la banque, la poste, la pharmacie, etc., qui eux ne se déplacent pas.

L'aide à domicile est la première personne à pouvoir renseigner sur la situation de la personne aidée. Grâce à sa collaboration avec sa responsable de secteur, aux retours d'informations qu'elle fournit sur l'évolution de la personne aidée, le service assure la mise en place d'aides adaptées (augmentation du nombre de passages, mise en place d'une téléalarme, du portage de repas...).

Suite en page 4 ●●●



ZOOM

La vie à domicile

Le
Coderpa souhaite à
tous une heureuse année
nouvelle, la santé et la force
de se battre pour que tous les
aînés aient une fin de vie
décente et conforme
à leurs souhaits

Suite de l'intervention de Marie Liesse Faure en page 3.

Former et écouter

Accompagner des personnes âgées, handicapées ou malades nécessite des savoirs spécifiques et de grandes qualités relationnelles, une capacité d'organisation, d'adaptation et de collaboration en équipe. Les formations permettent de reconnaître la valeur du travail des aides à domicile et les dotent d'outils. La prise de conscience de la richesse de leur travail minore les risques d'épuisement et les dérives maltraitantes. Repérer les difficultés de l'aide à domicile et ses compétences grâce aux retours des bénéficiaires ou des différents intervenants, est essentiel afin de proposer des formations adaptées.

Les cadres doivent rester disponibles et à l'écoute (certaines salariées taisent leurs difficultés de peur de passer pour de mauvaises professionnelles.) Des réunions sur différents thèmes permettent aux salariés, qui se sentent souvent isolés, de partager leur expérience. S'y ajoute la possibilité de rencontrer individuellement une psychologue libérale.

Bien évaluer les besoins

Avant de mettre en place des aides à domicile, une évaluation des besoins de la personne est indispensable. Elle a lieu le plus souvent au domicile quelquefois en présence de l'entourage. Pour les situations plus complexes, la rencontre se fait à l'hôpital, en présence du personnel soignant avant le retour à domicile. Une visite du logement est toutefois nécessaire afin de vérifier son adaptation et la mise en place des aides techniques.

L'évaluation des besoins du bénéficiaire, son degré d'autonomie, le rôle de la famille ou encore de son réseau relationnel permettent de concevoir un plan d'intervention individualisé. Pour permettre aux responsables de secteur de développer leur compétence en évaluation, l'union nationale de l'aide, des soins et des services au domicile (UNA) a conçu l'outil DESIR : démarche d'évaluation d'une situation individuelle et de réponse. DESIR complète l'utilisation obligatoire de la grille AGGIR. Nous prenons en compte l'avis de

la personne sur sa situation, ses habitudes de vie et le rôle du ou des aidants. Ces informations donnent lieu à une synthèse et à des préconisations proposant des solutions à mettre en œuvre pour favoriser le choix de vie de la personne. (aide humaine, type d'intervenant, aide technique, signalement auprès d'une AS, des PPE ou du Réseau Memorys)

Cette démarche ainsi professionnalisée donne lieu à des réponses adéquates et diversifiées répondant au mieux aux besoins des usagers. D'autre part beaucoup de structures sont entrées dans une démarche de certification de leurs services impliquant une traçabilité de leurs interventions.

D'un côté les professionnels de terrain sont d'avantage qualifiés (le poste d'auxiliaire de vie sociale : DEAVS évolue vers une véritable professionnalisation). De l'autre les heures accordées baissent. Un maintien à domicile qui devient parfois très relatif et fragile peut mettre en difficulté, voire en danger la personne aidée et entraîne des risques pour les salariés. ●

Réseau de santé gériatrique : l'exemple de Memorys

Extraits de l'intervention d'Aurélien Lemaire, gériatre.

« Le réseau est une réponse pertinente à la prise en charge spécifique des personnes âgées fragiles. » La circulaire de septembre 2004 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) précise : « le réseau de santé gérontologique offre au CLIC une expertise médicale facilement mobilisable, une reconnaissance par les professionnels de santé. » Le plan de solidarité grand âge 2007-2012 prévoit de poursuivre le développement des « réseaux de Santé personnes âgées ».

Le réseau est donc un moyen efficace de remédier au manque de coordination entre les secteurs sanitaires, sociaux, hospitaliers et ambulatoires et aux difficultés des médecins libéraux.

Memorys, un réseau partenaire

Le réseau a débuté ses activités en novembre 2006 sous la présidence du docteur Amadéi. Aujourd'hui, l'équipe se compose d'une directrice, 3 médecins évaluateurs, une psychogériatre, un médecin chargé des relations avec la ville, une psychologue, une secrétaire administrative et une secrétaire médicale. L'objectif est de faciliter une prise en

charge coordonnée des personnes de plus de 75 ans fragiles et dépendantes en apportant un réel appui aux médecins de ville et aux équipes de proximité. Pour cela, le réseau fournit des services autour de six axes :

1. Organisation et coordination de la prise en charge au domicile.
2. Organisation du retour au domicile après hospitalisation : assistance du médecin traitant.
3. Assistance à l'identification et à la mise en œuvre des solutions : conseils aux proches et aux équipes médico-sociales de proximité, orientation vers des structures adaptées.
4. Organisation d'actions de prévention et de formation pour les professionnels
5. Suivi des dossiers patients.
6. Avis psychogériatrique et intégration du patient dans un parcours de soins adaptés.

Memorys pratique une « évaluation gériatrique standardisée » : évaluation médicale globale avec hiérarchisation des pathologies, évaluation des fonctions cognitives, révision du traitement, évaluation de la dépendance et des besoins, élaboration d'un plan personnalisé de soins et d'aide, aide à sa mise en place avec les partenaires, réévaluation lors des visites de suivi.

Des bénéfices certains

Pour la personne âgée : amélioration de la qualité des soins, maintien au domicile favorisé, prévention des situations de crise.

Pour l'entourage : soutien psychologique, accès facilité aux informations

Pour le médecin traitant : assistance dans la prise en charge des personnes présentant une situation complexe, amélioration des relations avec l'hôpital, facilitation de l'accès direct aux services hospitaliers adaptés, formation.

Pour les acteurs du secteur médico-social et social : amélioration des relations avec le secteur sanitaire, soutien et assistance dans la prise en charge des patients, formation.

Pour le secteur sanitaire : éviter les admissions aux urgences, les hospitalisations injustifiées, éviter les erreurs d'orientation, faciliter le retour au domicile, améliorer les relations avec les secteurs médical libéral et médico-social, faciliter l'accès au dossier patient partagé.

Le réseau de santé Memorys ne se substitue pas à l'offre de soins existante. Le médecin traitant reste le référent du patient. Le réseau favorise la complémentarité des interventions autour de la personne âgée. ●