



Morgane HIVERT

Master 2 Ingénierie de la Santé
Spécialité Management des
Etablissements et Services de
Santé

Promotion 2016-2017

Thématique : Maintien à domicile

Quels sont les leviers et les freins au maintien à domicile
des personnes âgées en France ?

Date de la soutenance : jeudi 31 août 2017 à 15h00

Composition du jury :

- Président du jury : M. WOCH
- Maître de mémoire : M. JAUBERT
- 3^{ème} membre du jury : M. CHEVALIER

Faculté Ingénierie et Management de la Santé – ILIS
42, rue Ambroise Paré
59120 LOOS

Remerciements

Je tiens à témoigner ma reconnaissance envers M. Jaubert, pour les conseils et critiques prodigués dans le cadre de la réalisation du présent mémoire.

J'exprime également ma gratitude à l'égard de l'ensemble des répondants, directeurs et responsables de services d'aide à domicile, ainsi qu'aux personnes âgées rencontrées à leur domicile, pour le partage du vécu et des expériences.

Enfin, je remercie l'équipe enseignante, ainsi que les membres du jury, M. Woch et M. Chevalier, pour leur intérêt porté à mon mémoire.

Introduction.....	1
PARTIE I : LE MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES, ENJEUX ET POLITIQUES PUBLIQUES.....	3
1) La France vieillit.....	3
2) Les bases d'une politique de la vieillesse : Le rapport Laroque	4
3) Le maintien à domicile jusqu'à aujourd'hui	5
a. L'évolution de la notion d'accessibilité	5
b. La prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale	8
4) La vieillesse représentation influencée par les politiques publiques	11
a. La retraite	11
b. Le « 3 ^{ème} âge », émergence d'un nouveau statut social.....	12
c. Le 4 ^{ème} âge	13
5) La dépendance.....	14
a. Qu'est-ce que la dépendance ?	14
b. Le financement	17
Conclusion intermédiaire	18
PARTIE II : LES FACTEURS DE RISQUES	20
1) Entre isolement et lien social	28
a. Le lien social chez les personnes âgées,	28
b. La solitude.....	30
c. Les solidarités familiales et le voisinage	31
2) Les risques inhérents aux personnes âgées	33
a. La dénutrition	33
b. Les chutes.....	34
Conclusion intermédiaire	36
PARTIE III : LES LEVIERS ET FREINS DU MAINTIEN A DOMICILE.....	37
1) Les conditions humaines du maintien à domicile	37
a. La mobilisation des aidants naturels.....	37
b. L'aide à domicile et le développement de solutions spécifiques aux personnes âgées dépendantes.....	39
c. Les soins à domicile.....	42
d. La nécessité d'une coordination des acteurs.....	44
2) La nécessité d'un environnement accessible et adapté	48
a. Un logement adapté et accessible.....	48
b. Aménagements et aides techniques.....	49
c. La téléassistance	50
3) Les limites du maintien à domicile des personnes âgées	52
a. Les troubles cognitifs sévères.....	52
b. Le manque de financements de la grande dépendance.....	53
c. La ruralité	54
d. L'inadaptation et l'inaccessibilité du logement	55
e. Le manque d'informations.....	55
Conclusion intermédiaire	55
Conclusion.....	57
Bibliographies	59
Table des figures	64
Table des annexes	64
Annexes	65

Glossaire

ACTP : Allocation Compensatrice pour Tierce Personne

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

ASV : Adaptation de la Société au Vieillissement

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources

AGIRC : Association Générale des Institutions de Retraite Complémentaire des Cadres

AMF : Association des Maires de France

ANAH : Agence Nationale de l'Habitat

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARRCO : Association pour le Régime de Retraite Complémentaire des Salariés

ARS : Agence Régionale de Santé

ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Agées

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BAD : Branche à Domicile

CAPEB : Confédération de l'Artisanat et des Petites Entreprises du Bâtiment

CASA : Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination

CDC : Caisse des Dépôts et Consignations

CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale

ERP : Etablissement Recevant du Public

FAMO : Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle et d'Orientation

FEPEM : Fédération de Particuliers Employeurs de France

FESP : Fédération du Service aux Particuliers

FFB : Fédération Française du Bâtiment

GIR : Groupe Iso-Ressources

HAD : Hospitalisation à Domicile

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HPST : Loi Hôpital Patient Santé Territoire

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

MDPH : Maisons Départementales des Personnes Handicapées

MSA : Mutualité Sociale Agricole

PAM (réseau) : Réseau pour Personnes A Mobilité réduite

PAP : Plan d'Action Personnalisé

PCH : Prestation de Compensation du Handicap

PRADO : Programme de Retour À Domicile

PRIAC : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PSD : Prestation Spécifique Dépendance

PSGA : Plan Solidarité Grand Age

PVS : Plan Vieillesse et Solidarité

SAAD : Service d'Accompagnement et d'Aide à Domicile

SPASAD : Services Polyvalents d'Aide et de Soutien à Domicile

SROMS : Schémas Régionaux de L'Organisation Médico-Sociale

SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

SYNERPA : Syndicat National des Etablissements et Résidences Privés pour Personnes Agées

UNA : Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services à Domicile

UNIOPSS : Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés non lucratifs Sanitaires et Sociaux.

Introduction

La France vieillit. Aujourd'hui, 13,5 millions de personnes ont 75 ans et plus. D'ici 2060, cette population devrait passer à 21,5 millions d'après les pronostics de l'INSEE. Alors que la majorité des personnes âgées souhaitent vivre chez-elles le plus longtemps possible, l'enjeu est de taille pour permettre le maintien à domicile.

Le mot « domicile », du latin *domicilium* signifie « lieu où l'on habite ». Le concept maintien à domicile, en intégrant la notion de continuité, apparaît comme le fait qu'une personne puisse rester vivre chez elle, c'est à dire dans son lieu de vie habituel.

Ce maintien à domicile des personnes âgées n'est possible qu'à travers la mise en place des conditions humaines, matérielles et financières. Depuis une cinquantaine d'années, les pouvoirs publics ont largement centré les politiques de la vieillesse sur le maintien à domicile des personnes âgées. Cela nous mène à la problématique centrale de ce mémoire, à laquelle nous tenterons d'apporter des éléments de réponse : « **Quels sont les leviers et les freins au maintien à domicile des personnes âgées en France ?** »

De cette problématique, découlent plusieurs interrogations :

- Quelles sont les conditions permettant le maintien à domicile des personnes âgées ?
- Quels moyens existent afin de permettre aux personnes âgées de rester vivre à domicile ?
- Quelles sont les limites au maintien à domicile des personnes âgées ?

Ainsi, nous répondrons aux hypothèses suivantes :

- La population française vieillit, et le maintien à domicile est à la fois inscrit dans les politiques publiques et majoritairement souhaité par les personnes âgées.

- L'intervention des acteurs du domicile, l'adaptation et l'accessibilité du logement permet de prolonger le maintien à domicile des personnes âgées ;
- Cependant, le maintien à domicile de la personne âgée présente des limites.

Ce mémoire s'articule autour de trois parties principales. Premièrement, nous définirons les concepts clés en lien avec le maintien à domicile, à savoir le vieillissement, la perte d'autonomie et la dépendance. Nous mettrons en avant notamment l'influence des politiques publiques sur la notion de vieillesse, ainsi que les enjeux associés au vieillissement. Ensuite, nous dresserons un état des lieux des diverses situations et risques auxquels peuvent être confrontées les personnes âgées, et qui peuvent compromettre le maintien à domicile. Cela nous permettra de mettre en avant les conditions nécessaires au maintien à domicile. Enfin, nous présenterons les opportunités qui se présentent afin de favoriser le maintien à domicile, en termes de services à domicile et d'adaptation et d'accessibilité de l'environnement. Nous mettrons en avant les freins ainsi que certaines limites au maintien à domicile.

PARTIE I : LE MAINTIEN A DOMICILE DES PERSONNES AGEES, ENJEUX ET POLITIQUES PUBLIQUES

La population française vieillit, et ce vieillissement va perdurer et s'accroître dans les années à venir (I). La nécessité d'intégrer la vieillesse aux politiques publiques a été établie dans les années 60 par Pierre Laroque, qui déjà a posé les bases du maintien à domicile(II), aujourd'hui reprises et approfondies dans les politiques actuelles de la vieillesse (III). Nous verrons que ces politiques publiques ont largement influencé nos représentations de la vieillesse (III). Enfin, nous définirons la dépendance, et explorerons les réponses financières de cette dépendance (IV).

1) La France vieillit

Nous assistons actuellement, et ce depuis le début du 21^{ème} siècle, à un vieillissement de la population française. Ce constat découle de trois phénomènes :

- Un vieillissement de la population « par le haut », lié à l'augmentation de l'espérance de vie ;
- Un vieillissement de la population « par le bas », dû à la baisse de la fécondité ;
- Un effet générationnel, avec l'arrivée des baby-boomers - nés entre 1946 et 1974 - à l'âge de la soixantaine.

Ainsi, entre 1950 et 2016, l'espérance de vie à la naissance des femmes est passée de 69,2 à 85,4 ans, celle des hommes de 63,4 à 79,4 ans¹. La baisse de la fécondité observée depuis un siècle ne fait qu'accroître le phénomène du vieillissement de la population. Cela a conduit à une augmentation du nombre de personnes âgées en France, tant en nombre qu'en proportion².

Cette tendance devrait se renforcer à l'avenir. D'après l'hypothèse centrale de l'INSEE, en 2070, les personnes âgées de 75 ans et plus représenteraient 17,9%

¹ INSEE, « *Espérance de vie* » – Mortalité, 2017, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2569330?sommaire=2587886>.

² INSEE, « *Natalité – Fécondité* », 2017, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2569328?sommaire=2587886>.

de la population française, soit près de 13,5 millions de personnes. Ce sont huit millions de personnes âgées de plus qu'aujourd'hui. Les tranches d'âges 60-64 ans et 65-74 ans représenteraient quant à elles respectivement 5,8 et 10,8% de la population³.

Aujourd'hui, une large majorité de la population vit cette phase de la vie qu'est le vieillissement, celle-ci est devenue une étape normale de l'existence. Si l'on se félicite des progrès de la médecine, de l'amélioration des conditions de vie et des conditions sanitaires, le vieillissement de la population fait apparaître de nouveaux enjeux inscrits dans les politiques publiques.

2) Les bases d'une politique de la vieillesse : Le rapport Laroque

Vieillir à domicile est permis historiquement à travers le soutien familial. En revanche, le maintien à domicile ne s'est inscrit que tardivement au sein des politiques publiques. Les pouvoirs publics n'ont véritablement développé une politique de la vieillesse qu'à partir des années 1960.

Les bases du maintien à domicile sont établies au sein du rapport Laroque publié en 1962, qui fixe l'objectif de « l'insertion des personnes âgées dans la société ». Faisant état des problématiques liées aux personnes âgées : mal-logement, pauvreté et isolement, il met en avant une politique globale en prenant en compte la nécessité d'adapter l'environnement et de réunir les conditions permettant l'intégration sociale des personnes âgées. Le rapport Laroque vise en ce sens à permettre le maintien à domicile, avec une volonté de développer les activités de loisirs, l'aide ménagère et la construction de logements adaptés⁴.

³ INSEE, « *Projection de population à l'horizon 2070* », 2017, consulté le 5 mai 2017, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>.

⁴ GIMBERT Virginie, GODOT Clélia, « *Vivre ensemble plus longtemps, Enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française* », rapport n°28, Centre d'analyse stratégique, la documentation française, 2010.

Le VIème plan de développement économique et social poursuit dans ce sens en développant « la mise en place d'équipements sociaux légers et diversifiés⁵ » permettant de lutter contre l'isolement. Ceux-ci sont définis dans la circulaire du 24 décembre 1971 : Les clubs de retraités, les foyers restaurants, les foyers clubs, ainsi que les centres de jours.

La politique de vieillesse apparaît alors comme respectueuse de l'indépendance de la personne âgée au domicile, mais aussi de son intégration au sein du quartier. Elle se veut préventive de l'évolution démographique de la population française.

3) Le maintien à domicile jusqu'à aujourd'hui

Un environnement adapté et la mise en place de moyens humains, ces nécessités établies au sein du rapport Laroque sont reprises et approfondies au sein des politiques publiques actuelles de la vieillesse. Depuis, les politiques publiques ont introduit le terme d'accessibilité.

a. L'évolution de la notion d'accessibilité

À travers la loi d'orientation de 1975, le terme d'accessibilité est abordé sous l'approche fonctionnelle du handicap de la personne à mobilité réduite : Accès physique des lieux et établissements publics, de la voirie, des transports, des locaux d'habitation, des lieux de travail.

Depuis, la loi de 2005 relative à l'égalité des droits et des chances élargit le champ de l'accessibilité, en y intégrant tous les types de handicap, qu'ils soient physiques, mentaux, sensoriels, psychiques ou cognitifs, et en l'étendant aux domaines de la justice, de la culture, des loisirs, de la santé, des services publics, de la citoyenneté⁶, etc.

⁵ JOURNAL OFFICIEL, VIème Plan de développement économique et social, Rapport Général, « *Les objectifs généraux et les actions prioritaires du VIème Plan* », Annexe C11, du 16 juillet 1971.

⁶ BROUSSY Luc, « Dix mesures pour adapter la société française au vieillissement », Dunod, 2014.

La présente loi fixait entre autre l'objectif de rendre accessible aux personnes handicapées le cadre bâti, l'espace public, la voirie et les transports à l'horizon 2015.

Il s'agit d'un enjeu sociétal et d'un droit universel, mais aussi d'un objectif ambitieux face aux contraintes financières et administratives liées à la mise en accessibilité des villes. Si l'Association des Paralysés de France félicite les progrès effectués, elle affiche un avis sévère dans son dernier rapport, et pointe de larges écarts entre les objectifs émis par la loi et leur réalisation en 2012 :

- Seuls 15% des Etablissements Recevant du Public (ERP) seraient accessibles. Mairies, théâtres, équipements sportifs et bureaux de postes, centres commerciaux et cinémas apparaissent comme les établissements les plus avancés, alors que les cabinets médicaux, paramédicaux et les commerces de proximité restent très en retard ;
- Les lignes de transports restent pour 77% d'entre elles inaccessibles ;
- Les travaux de voirie sont pour moitié à effectuer (mise à niveau des trottoirs, installation de signaux sonores et visuels, etc.).
- Le recensement des logements accessibles a été réalisé par 64% des collectivités⁷.

Le plan « Bien-vieillir » présenté en 2007 vise également l'amélioration de l'environnement de la personne âgée, à travers l'adaptation du logement, la mise en place d'aides techniques, et l'aménagement des villes⁸. En découlent 9 axes et 32 mesures visant à permettre aux aînés un « *vieillissement réussi* ». En 2010, 14 mesures ont été entièrement réalisées d'après le Haut Conseil de la Santé Publique, 8 sont partiellement mises en œuvre⁹. L'une d'entre elle est la création du label « bien-vieillir ensemble ». Piloté par la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS, devenue aujourd'hui DGCS) et établi en partenariat avec l'Association des Maires de France (AMF) et l'association « Vieillir en France », ce label récompense les collectivités locales qui font preuve d'initiative en terme

⁷ APF, « *Le baromètre APF de l'accessibilité 2012* », 2013.

⁸ MINISTERE DE LA SANTE, « *PLAN NATIONAL « Bien Vieillir » 2007 – 2009* », Ministère de la Santé et de la solidarité, 2007, consulté le 12 juillet 2017, http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf.

⁹ HAUT CONSEIL DE SANTE PUBLIQUE, « *Evaluation du Plan National Bien Vieillir 2007-2009* », 2010.

d'adaptation des villes à la perte d'autonomie. Il englobe des actions dans des champs divers tels que le transport, l'urbanisme, la voirie, le logement, le lien social, les animations, etc.¹⁰ Trente-quatre villes ont ainsi été récompensées, pour des actions diverses, telles que la création de chemins piétonniers sécurisés entre les équipements publics à Eybens (Isère), la construction de logements communaux adaptés à la perte d'autonomie à Bey (Saône-et-Loire), la mise en place d'un service « Allo Mairie accompagnement ainés » à Marseille ou la mise en place de bourses d'échange de logements entre bailleurs sociaux à Rennes (Ille-et-Vilaine), favorisant ainsi l'accès des ainés aux logements accessibles et adaptés.

Depuis, le rapport Nora Berra « Vivre chez soi » publié en 2010 a préconisé 18 mesures autour de 3 axes principaux :

- « *Améliorer le cadre de vie des ainés ;*
- *Faciliter l'accès aux technologies et services du vivre chez soi, encourager le développement d'une offre adaptée ;*
- *Accompagner la modernisation des services à la personne »*¹¹.

L'une des préconisations visait notamment à mettre en place un diagnostic « autonomie » de l'habitat. Depuis, certaines collectivités locales proposent le financement de ce type de diagnostic. Par ailleurs, l'AGIRC et l'ARCCO, caisses de retraite complémentaire, ont mis en place le diagnostic « Bien chez moi » pour les 75 ans et plus, avec l'intervention d'un ergothérapeute, et pour un reste à charge de 15 euros. Celui-ci propose des mesures pour améliorer le confort et la sécurité des personnes âgées à domicile. Pour les personnes appartenant aux GIR 5 et 6, le dispositif peut être également préconisé par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) ou la Mutualité Sociale Agricole (MSA) dans le cadre du Plan d'action personnalisé (PAP)¹². Les différents intervenants pour ce diagnostic vont de la conseillère en économie sociale et familiale qui réalise une

¹⁰ Ibid. p. 4.

¹¹ FRANCO Alain, Rapport de la mission Vivre chez soi, « Vivre chez soi : autonomie, inclusion et projet de vie », 2010.

¹² AGIRCARCCO, « Diagnostic Bien chez moi », 2016, consulté le 7 juillet 2017, <http://www.agircarcco-actionsociale.fr/accompagner/le-diagnostic-bien-chez-moi-conseils-en-ergotherapie/>.

étude sociale et financière, à l'ergothérapeute qui analyse la situation de la personne pour lister ses besoins. Un technicien du bâtiment peut également intervenir en lieu et place de l'ergothérapeute pour établir un constat sur la personne et son logement et ainsi fixer les aménagements à réaliser en priorité.

La loi ASV, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016, prévoit d'accentuer l'adaptation de la société en termes de transport, d'urbanisme et d'aménagement du territoire. Cette priorité doit permettre le libre choix de l'habitat, par le développement de solutions d'hébergement intermédiaires, la construction et la rénovation de logements adaptés aux personnes âgées ;

Dans ce cadre, il était notamment prévu la rénovation de 80 000 logements privés, afin de les adapter aux enjeux du vieillissement, objectif atteint en juin 2016. Une convention a été signée en juillet 2016 entre l'Etat, l'Agence Nationale de l'Habitat (ANAH), les principaux financeurs (CNSA, caisses nationales de retraite et caisses des dépôts), l'union sociale pour l'habitat, les acteurs de la construction (FFB et Capeb), et la fédération Soliha afin de porter l'objectif à 100 000 logements rénovés d'ici fin 2017. Cette convention vise également à :

- Améliorer les compétences des entreprises et artisans du bâtiment en matière d'adaptation du logement ;
- Mettre en place un guichet unique afin que les personnes âgées puissent accéder facilement à l'information¹³.

Les derniers rapports, plans et lois ont pour volonté de rendre accessible les villes, les logements, l'information, etc. Pour permettre le maintien à domicile des personnes âgées, les structures et établissements des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux doivent également être rendus accessibles.

b. La prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale

Le développement de services et établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux inscrit dans le Plan Solidarité Grand Âge (PSGA) doit permettre de répondre aux besoins de la personne âgée (I). Ceux-ci sont pilotés à l'échelon

¹³ CAISSE DES DEPOTS, « Logement/personnes âgées, Une convention multipartite pour atteindre les 100000 logements adaptés au vieillissement », 2016, consulté le 10 juillet 2017, <http://www.caissedesdepotsdesterritoires.fr/cs/ContentServer?pagename=Territoires/LOCActu/ArticleActualite&cid=1250271077533>.

départemental et régional afin que ceux-ci répondent aux besoins des personnes âgées (II).

Présenté en 2006, le PSGA vise à réunir les conditions humaines du maintien à domicile, et notamment :

- Permettre aux personnes âgées d'être soignées au domicile à travers le développement de l'Hospitalisation À Domicile (HAD) et la création des Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD), la création de places en accueil de jour et en accueil temporaire ;
- Développer davantage de services d'aide à domicile ;
- Soutenir les aidants familiaux à travers le « droit au répit » par le développement de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire » ;

Le PSGA vise également à resserrer les liens entre l'hôpital, les SAAD, SSIAD et maisons de retraite, afin de fluidifier les entrées et sorties d'hôpital.

Depuis 2010, les Agences Régionales de Santé (ARS) créées par la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009 portent le rôle du pilotage de la politique de santé au niveau régional, ainsi que celui de la régulation de l'offre sanitaire et médico-sociale. Les plans nationaux constituent les bases des Schémas Régionaux de l'Organisation Médico-sociale (SROMS) réalisés par les ARS. Réalisés pour cinq ans, les SROMS sont des outils de pilotage territorial, fixant les objectifs prioritaires de l'offre médico-sociale. Ces objectifs sont programmés dans le Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

Dans la première version des SROMS, la CNSA a pointé du doigt l'insuffisance de l'identification des besoins des populations au sein des régions, éléments que doivent prendre en compte les ARS dans l'élaboration des SROMS deuxième génération¹⁴.

¹⁴ CNSA, « SROMS, Bilan national de la première génération des schémas régionaux d'organisation médico-sociale 2012-2016 », 2013, consulté le 10 juillet 2017, <http://www.cnsa.fr/documentation/cnsa-DT-sroms-26-09-2013.pdf>.

Le volet social est quant à lui piloté par le conseil départemental. Si la loi 2002-2 avait d'ores et déjà placé les associations d'aide à domicile sous le régime de l'autorisation, les entreprises privées relevaient du régime de l'agrément, et n'étaient donc pas répertoriées. Depuis la loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement (ASV), l'ensemble des structures d'aide à domicile est passé au régime de l'autorisation, permettant ainsi aux conseils départementaux une meilleure maîtrise de l'offre des SAAD sur leur territoire¹⁵.

La loi ASV prévoit également d'accentuer :

- L'anticipation de la perte d'autonomie à travers des programmes de prévention individuels et collectifs ainsi qu'un meilleur accès aux aides techniques ;
- L'accompagnement des personnes âgées dans leur parcours de vie et le soutien aux aidants par la reconnaissance du statut de proche aidant.

Ce deuxième point prouve la volonté d'équilibrer les responsabilités autour de la prise en charge de la personne âgée entre les services et les proches aidants.

La volonté de maintenir les personnes âgées à domicile est inscrite dans la politique de la vieillesse depuis plus d'un demi-siècle. Les récentes lois évoquées ont pour objet de réunir les conditions pour permettre aux personnes âgées de « bien-vieillir » à domicile. Le maintien à domicile passe ainsi tant par l'adaptation et l'accessibilité des villes et des logements que par le développement de structures intervenant sur le champ sanitaire et médico-social. Ayant posé les bases de la politique de la vieillesse, nous allons tenter de définir ce qu'est le vieillissement. Nous verrons que la mise en œuvre des politiques publiques a contribué à façonner notre représentation du vieillissement.

¹⁵ FEHAP, « Note sur le bilan de la première génération des SROMS 2012-2016 », 2013, consulté le 10 juillet 2017, http://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2013-11/analyse_cnsa_sroms.pdf.

4) La vieillesse représentation influencée par les politiques publiques

Qu'est-ce que la vieillesse ? Les politiques publiques ont catégorisé les personnes âgées et ont fait émerger de nouveaux termes : Retraité, 3^{ème} âge et 4^{ème} âge.

Nous verrons que le statut de retraité a permis aux personnes âgées d'être intégrées à la société (I). Le passage à la retraite, perçu comme le début d'une nouvelle vie a fait émerger une nouvelle catégorie, celle du « 3^{ème} âge » (II). Cette catégorie laisse cependant de côté une partie de la population vieillissante, qui deviendra le « 4^{ème} âge » (III).

a. La retraite

Issue de la mise en place du système de sécurité sociale fondé par Pierre Laroque en 1945, l'étape de la retraite est un temps fort du vieillissement. La pension de retraite, droit octroyé à l'issue d'une vie de travail est conçue comme une récompense universelle, à l'inverse des protections préexistantes à destination des invalides, qui visaient à pallier à l'incapacité. C'est ainsi qu'est apparue une nouvelle catégorie, celle des retraités.

Historiquement, la retraite est accordée à l'âge de 60 ans. Dans les années 70, deux dispositifs sont mis en avant afin d'encourager le départ en retraite anticipé : l'assurance chômage et les préretraites¹⁶. L'objectif était alors la lutte contre le chômage des jeunes issus du baby-boom. Parallèlement, les pensions de retraite sont revalorisées, afin de pallier à la précarité des personnes âgées. Aujourd'hui, le discours s'inverse au profit d'un « vieillissement actif », apparaissant comme nécessaire à la maîtrise du déficit de la branche vieillesse de la sécurité sociale. En effet, les français vivent de plus en plus vieux, et perçoivent une pension de retraite de plus en plus longtemps. Lorsqu'un retraité de 60 ans pouvait espérer vivre 16,7 ans en 1950, son espérance de vie au même âge a quasiment augmenté de dix ans aujourd'hui. Le système de retraite français étant basé sur la répartition, les cotisations des actifs ne suffisent plus à financer les pensions

¹⁶ CARADEC Vincent, « *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement* », Armand Colin, collection 128, 2015.

des retraités, qui sont de plus en plus nombreux et perçoivent les pensions de retraite de plus en plus longtemps.

La réponse des pouvoirs publics a été apportée par une succession de réformes. En 1993, la durée de cotisation pour une pension à taux plein passe de 37,5 à 40 ans pour les salariés du privé suite au plan Balladur. Depuis cette durée de cotisation a progressivement été augmentée autant pour le secteur public que privé. La dernière réforme de 2010 a progressivement porté l'âge minimum de départ à la retraite de 60 à 62 ans. Un système de décote et de surcote a été instauré pour favoriser le maintien en activité. En 2015, l'âge du départ en retraite était en moyenne à 62,4 ans¹⁷. C'est un an et demi de plus qu'en 2006.

La création du statut de retraité a contribué à « institutionnaliser le cours de vie », pour reprendre les termes du sociologue Martin Kohli. Le cours de vie peut être ainsi divisé en trois étapes principales : Premièrement, la jeunesse a vocation à préparer à la vie professionnelle, l'âge adulte constitue l'étape de l'activité productive, et enfin la vieillesse, pendant laquelle le retraité perçoit une pension en récompense de son activité professionnelle.

La pension de retraite permet aux politiques publiques de répondre aux enjeux économiques et financiers de la vieillesse, et constitue alors pour les retraités un moyen d'être insérés dans la vie en société.

b. Le « 3^{ème} âge », émergence d'un nouveau statut social

Développé dans les années soixante-dix, le terme de « 3^{ème} âge » s'est positionné à l'encontre de la vieillesse dépendante¹⁸. Il s'insère sur le champ social et associe la retraite au début d'une nouvelle vie, pendant laquelle le retraité profite du temps dégagé par l'arrêt de l'activité professionnelle pour vaquer à de nouvelles occupations de loisirs : clubs, universités et voyages spécialement dédiés au 3^{ème} âge se sont développés. Le 3^{ème} âge apparaît

¹⁷ CNAV, « *Statistiques, recherches et prospectives : âge de départ à la retraite* », 2016, consulté le 8 avril 2017, <http://www.statistiques-recherches.cnnav.fr/age-de-depart-a-la-retraite.html>.

¹⁸ Ibid. p. 11.

positivement aux yeux de la population, comme le temps de la maturité et de la réalisation de soi. La politique de la vieillesse est alors axée sur le mode de vie des personnes âgées, et le rapport Laroque fixant l'objectif de « l'insertion des personnes âgées dans la société » valorise l'image des personnes âgées, n'associant plus la vieillesse au besoin d'assistance et à la dépendance. Les rapports entre générations sont transformés : Les personnes âgées ne sont plus perçues comme étant « une charge » pour leur famille. Les offres de loisirs, d'aide à domicile ainsi que d'hébergements permettent à la personne âgée d'être autonome vis à vis de ses enfants. Le terme « 3^{ème} âge » accorde à la personne âgée une place à part entière au sein de la société.

Aujourd'hui, l'image dynamique du terme « 3^{ème} âge » s'est atténuée, et est rejetée par les jeunes retraités. Le terme senior, introduit par les médias depuis les années 90 s'est démocratisé, et apparaît plus positif, et est aujourd'hui repris par la sphère politique. En associant le « 3^{ème} âge » à la vieillesse active, une partie de la population reste exclue, et c'est alors qu'a émergé un nouveau terme, celui du 4^{ème} âge.

c. Le 4^{ème} âge

Développé dans les années 80 par les médecins gériatres, puis repris par la sphère politique, le terme de 4^{ème} âge désigne les personnes âgées dépendantes ayant des incapacités sévères. Le contexte de fort taux de chômage pose des enjeux économiques de financement des retraites. Le rapport Massé publié en 1977 stipule que :

« L'attribution à un octogénaire souffrant de handicaps sévères d'un nombre très élevé d'heures de soins à domicile et d'aide ménagère, lui offre un service qui pourrait être fourni plus commodément et plus économiquement en maison de retraite »

La logique gestionnaire est alors privilégiée et les établissements médicalisés se multiplient pour prendre en charge les personnes âgées dépendantes¹⁹.

¹⁹ ENNUYER Bernard, « Enjeux, acteurs, organisation, Dunod, 2014.

À travers le terme de 4^{ème} âge, la vieillesse est abordée sous l'aspect médical et déficitaire de la personne âgée ayant besoin d'aide et d'assistance.

Les différentes catégories associées au vieillissement par les politiques publiques ont profondément transformé l'image de la vieillesse, qui est alors davantage liée au statut social de la catégorie qui lui est attribué, qu'à l'âge biologique.

5) La dépendance

a. Qu'est-ce que la dépendance ?

Le sociologue Albert Memmi a défini la notion de dépendance tel « *qu'une relation contraignante plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe ou une institution (...) et qui relève de la satisfaction d'un besoin* ».

Telle que définie dans le code de l'action sociale et des familles, la notion de dépendance apparaît comme « l'état » d'une personne qui, pour accomplir les actes de la vie quotidienne, a besoin d'être aidée, accompagnée, ou surveillée. Nous allons également définir le terme « autonomie », largement cité au sein de ce mémoire. Celui-ci fait référence à l'autonomie « fonctionnelle et exécutoire », c'est à dire à la possibilité de réaliser soi-même et sans difficultés les actes de la vie quotidienne. Le terme « perte d'autonomie » apparaît plus acceptable que le terme de dépendance, et est ainsi aujourd'hui préféré dans les textes émis par les pouvoirs publics.

Contrairement à la retraite qui concerne l'ensemble de la population et intervient de manière brutale, la fragilisation de la personne âgée intervient de manière aléatoire et progressive avec l'apparition de problèmes de santé : pathologies invalidantes, maladies chroniques et dégénératives. Ces problèmes de santé favorisent l'apparition de limitations fonctionnelles, qu'elles soient physiques, sensorielles ou cognitives. Celles-ci vont progressivement générer des incapacités, qui vont restreindre l'autonomie de la personne.

Limitation physique	Limitation sensorielle	Limitation cognitive
<ul style="list-style-type: none"> • Incapacité pour: • Marcher, monter et descendre un escalier • Se pencher, ramasser un objet • Se servir de ses mains et de ses bras • Lever le bras, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacités à: • Voir • Entendre 	<ul style="list-style-type: none"> • Incapactés à: • Comprendre ou se faire comprendre par les autres • Se concentrer pendant 10 minutes • Se souvenir des choses importantes • Résoudre les problèmes de la vie quotidienne

Figure 1 : Limitations fonctionnelles et principales incapacités liées²⁰

Il existe différents indicateurs permettant d'évaluer la dépendance d'une personne âgée. La loi du 20 juillet 2001 relative à l'autonomie a défini comme cadre de référence la personne de plus de soixante ans appartenant aux Groupes Iso-Ressources (GIR) 1 (grande dépendance) à 4 (dépendance légère) pour définir la personne âgée dépendante. La détermination du GIR repose sur la grille AGGIR, qui permet de classer les personnes selon leur niveau de perte d'autonomie :

- GIR 1 : Personnes grabataires ayant des fonctions mentales gravement altérées ;
- GIR 2 : Personnes soit grabataires, soit ayant des fonctions mentales gravement altérées ;
- GIR 3 et 4 : Personnes ayant des capacités motrices partielles ;
- GIR 5 et 6 : Personnes autonomes.

Sur la base des données relatives aux bénéficiaires de l'APA, l'INSEE a établi une estimation de la proportion de personnes dépendantes selon les âges. Il en ressort deux constats :

²⁰ DREES, « Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2014 », 2017.

- Les personnes âgées restent relativement autonomes jusqu'à un âge de plus en plus avancé²¹ ;
- La part des personnes dépendantes croît avec l'âge.

Ainsi, les personnes âgées dépendantes représentent 3% de la population de 70 à 74 ans, 6% des 75 à 79 ans, 13,5% des 80 à 84 ans et 40% à partir de 85 ans²². Ces éléments ont été extraits à partir des données relatives aux bénéficiaires de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA), et ne prend donc pas en compte les personnes âgées n'ayant pas fait de demande d'APA et qui – si elles en avaient fait la demande – en auraient bénéficié. En 2013, 1 242 000 personnes âgées bénéficiaient de l'APA, soit une évolution de 11,4% par rapport à 2008²³. D'ici 2060, l'INSEE prévoit que le nombre de bénéficiaires de l'APA sera multiplié par 2, et passe ainsi à 2 300 000 personnes âgées dépendantes²⁴.

Les politiques publiques se sont emparées des enjeux de la vieillesse et de la dépendance à travers différents plans nationaux pilotés par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) : Plan Alzheimer, plan Cancer, Plan d'actions AVC, etc. Dernièrement, le Plan national Maladie neurodégénérative 2014-2019, succédant au plan Alzheimer 2008-2012, a établi des priorités en termes de prise en charge, de qualité de vie et de coordination afin de répondre aux attentes et besoins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, de la maladie de Parkinson et de la Sclérose en Plaques ainsi que de leurs familles. Cela se traduit par exemple par le développement de plateformes d'accompagnement des aidants, et la création de nouveaux dispositifs Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA)²⁵, simplifiant le parcours des personnes âgées, l'accès à l'information, et favorisant ainsi le maintien à domicile.

²¹ Ibid. p. 15.

²² INSEE, « *France : Portrait social* », Edition 2016.

²³ INSEE, « *Les bénéficiaires de l'APA dans les départements* », 2016.

²⁴ TLILI Cécile, CHARPIN Jean-Michel, « *Perspectives démographiques et financières de la dépendance* », 2011.

²⁵ CNSA, « *Plan maladies neurodégénératives 2014-2019* », 2017, consulté le 6 août, http://www.cnsa.fr/documentation/plan_maladies_neuro_degeneratives2014.pdf.

Aujourd'hui, les personnes âgées vieillissent globalement « bien », mais l'accroissement prévisible de leur nombre met en avant des enjeux liés à leur prise en charge, et au financement de la dépendance.

b. Le financement

La perte d'autonomie engendre des coûts en termes de soins, d'hébergement et de prise en charge médico-sociale. En 2011, le montant des dépenses publiques s'élevait à 21,1 milliards d'euros, répartis de la manière suivante :

- 11 milliards d'euros en dépenses de santé, majoritairement financé par la sécurité sociale ;
- 2,1 milliards d'euros pour l'hébergement
- 8 milliards d'euros en dépenses de prise en charge médico-sociale.

Les ménages apportaient quant à eux 7,2 milliards d'euros, portant les dépenses de perte d'autonomie à 28,3 milliards d'euros. En 2060, le montant des dépenses publiques d'élèveraient à 35 milliards d'euros²⁶.

Pour répondre aux dépenses en terme de prise en charge médico-sociale, la prestation spécifique dépendance (PSD), pour les plus de 60 ans, a été créée en 1997 pour le financement des aides à domicile. Suite à une réforme datant de 2001, la PSD est remplacée par l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). Financée par la CNSA, celle-ci est délivrées par le conseil départemental aux personnes âgées dépendantes, c'est à dire relevant des GIR 1 à 4. Le montant délivré diffère selon le niveau de dépendance et le niveau de revenus. Cette allocation est universelle mais son montant est fixé en fonction des revenus du bénéficiaire selon un système de « ticket modérateur ». Le financement attribué par l'APA, et la limite d'âge qui est associée marque la différence faite par les politiques publiques entre les personnes âgées dépendantes et les personnes en situation de handicap, âgées de moins de 60 ans. Ces derniers ont droit à la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), financé par les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH).

²⁶ RENOUX Axel, ROUSSEL Romain, ZAIDMAN Catherine, 2014, « *Le compte de la dépendance en 2011 et à l'horizon 2060* », Dossiers Solidarité Santé n°50, Drees, 2014.

Suite à la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV), l'APA a été revalorisée pour intensifier l'aide à domicile et mieux accompagner les personnes diminuées par l'âge ou la maladie. Le coût de cette augmentation est de 435.6 millions d'euros pour une année complète. Le but est d'augmenter le nombre d'heures accordées aux personnes les plus dépendantes et de diminuer la part qui reste à leur charge, notamment pour les plus modestes. Les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) pourront même voir leur plan d'aide totalement pris en charge. La participation de la majeure partie des bénéficiaires de l'APA serait donc diminuée. D'après la Cour des Comptes, la participation des ménages au financement du maintien à domicile aura tendance à s'accroître plus vite que celle des collectivités publiques²⁷. La cour des comptes préconise de revoir la façon dont les aides publiques sont réparties, ainsi que le recours aux dépenses fiscales, afin d'aider davantage les personnes ayant de faibles moyens financiers. Depuis janvier 2017, la mesure fiscale de réduction d'impôt prévue pour l'emploi ou le recours aux services d'aide à domicile a été remplacée par le crédit d'impôt, et permet d'ouvrir l'avantage aux personnes non imposables.

Le vieillissement de la population dans les décennies à venir va accroître les coûts liés à la dépendance. L'enjeu sera ainsi de prendre en charge les coûts de la dépendance, au regard des besoins des personnes âgées et de leurs ressources disponibles.

Conclusion intermédiaire

Nous avons vu à travers cette première partie que la population française vieillit. Les personnes âgées souhaitent majoritairement rester vivre à domicile, et cette volonté est partagée par les pouvoirs publics. Depuis un demi-siècle, le terrain sanitaire, social et médico-social a été transformé, afin de réunir les conditions nécessaires au maintien à domicile. Parallèlement, l'environnement doit

²⁷ COUR DES COMPTES, Rapport public thématique, « *Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie : Une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler* », juillet 2016.

progressivement devenir accessible à tous. Le vieillissement de la population engendre indéniablement une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, pour lesquels il faudra adapter les moyens humains, matériels et financiers. L'accent doit alors être mis sur la prévention de la perte d'autonomie. Les politiques publiques visent bien à répondre à des situations réellement vécues par les personnes âgées, à leur souhait de rester vivre à domicile. Elles tentent de mettre en œuvre les moyens pour répondre aux problématiques rencontrées, que nous allons explorer en deuxième partie de ce mémoire.

PARTIE II : LES FACTEURS DE RISQUES

Mes recherches s'appuient sur différents ouvrages, rapports, études d'experts, d'articles et de textes législatifs traitant du thème du maintien à domicile, des conditions nécessaires au maintien à domicile, de ses leviers, freins et limites. Je m'appuie notamment sur la base de données Cairn.

En vue d'apporter une vision « terrain », je choisis de réaliser 10 entretiens semi-directifs auprès de personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile, ainsi que 3 entretiens auprès de responsables de service d'aide à domicile parisiens.

Les personnes âgées interrogées vivent en milieu urbain dans le sud parisien dans les 6^e, 7^e, 15^e et 16^e arrondissements. À Paris, le vieillissement de la population est moindre comparativement à la moyenne française²⁸. Les personnes âgées de 60 ans et plus représentent 20,8% des parisiens, contre 24,4% en moyenne en France. En revanche, le vieillissement de la population est variable d'un arrondissement à l'autre, et le sud parisien concentre la part de population la plus vieillissante, avec respectivement 27%, 26% et 25% de seniors dans les 6^{ème}, 16^{ème} et 7^{ème} arrondissements de Paris. Les seniors du sud parisien ont en moyenne des conditions de vie plus favorables que sur le reste de la France, même si cela masque en réalité de larges disparités.

Les personnes âgées interrogées utilisent les services d'une entreprise de services à la personne Adhap Services au moment de l'entretien. Elles bénéficient ainsi ponctuellement ou régulièrement, soit d'une aide humaine à domicile pour l'accomplissement des tâches de la vie quotidienne, soit d'accompagnements véhiculés. Ainsi, elles sont toutes en contact avec un acteur professionnel du maintien à domicile, et en ce sens sont probablement mieux informées et accompagnées que les personnes âgées en général. Les entreprises de services à la personne Adhap Services étant spécialisées auprès de la « Grande dépendance », les interrogés ont un besoin d'aide en moyenne supérieur aux personnes âgées accompagnées par ce type de structure.

²⁸ DEPARTEMENT DE PARIS, « *Seniors à Paris : Schéma parisien 2017-2021* », 2017, consulté le 7 juillet, <https://api-site-cdn.paris.fr/images/92474>.

L'échantillonnage est effectué par tirage au sort parmi les personnes âgées de 60 ans et plus.

Je choisis de rencontrer ces personnes directement à leur domicile, afin de favoriser un discours centré sur la vie quotidienne. Cela me permet également d'appréhender au mieux les éventuels aménagements mis en place au sein du domicile, et d'associer parallèlement à l'entretien semi-directif une démarche observatoire de la personne âgée dans son environnement. Les 10 entretiens se déroulent du 31 mai au 25 juillet 2017.

Au vu du nombre d'entretiens menés, mais aussi de la caractéristique même de l'entretien semi-directif, les informations recueillies se veulent subjectives. Elles découlent de situations individuelles, et n'ont pas un objectif de représentativité. Les questions posées sont majoritairement ouvertes, afin de favoriser le partage de l'expérience propre de l'interviewé. Je choisis de réaliser une analyse par thématique.

Les entretiens semi-directifs réalisés au domicile des personnes âgées s'articulent autour de six thématiques²⁹ :

Thèmes	Questions
Situation familiale	Pouvez-vous me parler de votre situation familiale ?, etc.
Lien social	Quel lien entretenez-vous avec les personnes habitant votre quartier ? Avez-vous l'occasion de rencontrer régulièrement des amis, voisins ?, etc.
Logement	Pouvez-vous me parler de votre logement ? Vous sentez-vous en sécurité au sein de votre logement ? Comment faites-vous pour vous déplacer au sein du logement et à l'extérieur ?, etc.
Vie quotidienne	Quelles difficultés rencontrez-vous pour effectuer les tâches de la vie quotidienne ? Comment faites-vous face à ces difficultés ?, etc.
Accès aux soins	Quels sont les contacts que vous avez avec le personnel médical et paramédical ?, etc.
Limites	Envisageriez-vous de quitter votre domicile ? Pour quelles raisons pourriez-vous être amené à quitter votre domicile ?, etc.

Associé à l'entretien semi-directif, ma démarche observatoire porte tant sur l'accès au logement que sur le logement en lui-même. J'observe également les interactions de la personne âgée avec son environnement. Ainsi, mon observation s'effectue autour de quatre thématiques que sont :

- L'accessibilité du quartier ;
- L'accessibilité du logement ;
- L'adaptation du logement ;
- Les déplacements de la personne âgée.

²⁹ Annexe I : Guide d'entretien personnes âgées

Afin de respecter l'anonymat des répondants, les noms ont été modifié.
L'échantillon est établi tel que :

Entretien n°1 - Jeudi 1^{er} juin - 17h30 à 18h00

Présents : Monsieur et Madame Cartier

Profils :

Âgée de 83 ans, Madame Cartier est autonome. Elle vit avec son mari, 86 ans, souffrant de la maladie à corps de Lewy (démence, altération des fonctions cognitives, tremblements, hallucinations). Monsieur Cartier appartient au GIR 3. Ils sont propriétaires d'un appartement de type T4. Monsieur et Madame sont aisés.

Interviewée : Madame Cartier

Lieu : Domicile de Monsieur et Madame Cartier, 75016, Paris

Entretien n°2 – jeudi 8 juin – 14h00 à 14h30

Présents : Monsieur et Madame Dunand

Profils : Agé de 69 ans, Monsieur Dunand est en situation de handicap physique. Il vit avec son amie, 65 ans, qui est quant à elle autonome. Monsieur Dunand a la PCH. Le ménage appartient à la classe moyenne, et est locataire d'un T2 accessible et adapté aux personnes en situation de handicap.

Interviewé : Monsieur Dunand

Lieu : Domicile de Madame et Monsieur Dunand, 75015, Paris

Entretien n°3 – mercredi 12 juillet – 15h00 à 15h15

Présents : Monsieur Johnny et son employée de maison

Profil : Âgé de 85 ans, Monsieur Johnny est atteint de la maladie d'Alzheimer (troubles de la mémoire) à un stade modéré/sévère. Il vit seul depuis le décès de son épouse un an auparavant. Il est locataire d'un T4 au sein d'une résidence services. Monsieur Johnny est de milieu aisé.

Interviewé : En raison de l'état de santé de Monsieur, je ne mène pas l'entretien de la même manière. J'adresse quelques questions à M. Johnny et à l'employée de maison, et privilégie davantage l'observation.

Lieu : Domicile Monsieur Johnny, 75016, Paris

Entretien n°4 – jeudi 13 juillet – 11h00 à 11h15

Présents : Monsieur Peter

Profils : Agé de 90 ans, Monsieur Peter est atteint de troubles cognitifs légers. M. Peter appartient au Gir 3, et est sous curatelle. Il vit seul dans un appartement de type T2, dans lequel il est locataire. M. Peter dispose de moyens modestes.

Interrogé : Monsieur Peter

Lieu : Domicile Monsieur Peter, 75015, Paris

Entretien n°5 – lundi 17 juillet – 15h00 à 15h15

Présent : Madame Darcy

Profils : Agée de 90 ans, Madame Darcy est atteinte de troubles cognitifs sévères. Elle vit seule dans un appartement de type T2, dans lequel elle est locataire. Madame Darcy appartient au GIR 2. Elle est placée sous tutelle. Elle dispose de moyens modestes.

Interrogé : En raison de l'état de santé de Madame, je privilégie l'observation. Parallèlement, je m'entretiens téléphoniquement avec Madame Riva, sa voisine, aidante de Madame Darcy.

Lieu : Domicile de Madame Darcy, 75007, Paris

Entretien n°6 – lundi 17 juillet – 15h00 à 15h15

Présent : Madame Printemps et son fils

Profils : Agée de 83 ans, Madame Printemps a des troubles du langage et de la mémoire. Elle vit seule dans un appartement de type T6, dans lequel elle est propriétaire. Madame Printemps appartient au GIR 3. Elle est de milieu aisé.

Interrogée : Madame Printemps et son fils

Lieu : Domicile de Madame Printemps, 75006, Paris

Entretien n°7 – mardi 18 juillet – 11h45 à 12h15

Présents : Madame Le Gallo

Profils : Agée de 62 ans, Madame Le Gallo est en situation de handicap. Elle est atteinte d'une sclérose en plaque. Ses principaux symptômes sont la paralysie des membres inférieurs. Elle a également de l'arthrose cervicale. Elle vit seule dans un T4 dans lequel elle est propriétaire. Madame perçoit la PCH. Elle appartient à la classe moyenne.

Interrogée : Madame Le Gallo

Lieu : Domicile Madame Le Gallo, 75015, Paris

Entretien n°8 – mardi 18 juillet – 13h00 à 13h30

Présents : Madame Dupont

Profils : Agée de 88 ans, madame Dupont vit seule, et est locataire d'un appartement de type T2 en résidence services. Elle a emménagé récemment à Paris, après avoir vécu 30 ans dans une maison en région Midi-Pyrénées. Madame Dupont est de milieu aisé.

Interrogée : Madame Dupont

Lieu : Domicile de Madame Dupont, 75016, Paris

Entretien n°9 – mardi 18 juillet – 14h00 à 14h30

Présents : Madame Vasser

Profil : Âgée de 93 ans, Madame Vasser vit seule et est propriétaire d'un appartement de type T3 au sein d'une résidence services. Madame appartient au Gir 2, et souffre d'insuffisance cardiaque. Elle a chuté deux fois au cours de l'année, et est sortie de l'hôpital un mois avant l'entretien. Elle est de milieu aisé.

Interrogé : En raison de l'état de santé de Madame Vasser, je pose brièvement quelques questions à Madame, et centre davantage mon analyse sur l'observation. Parallèlement, je m'entretiens téléphoniquement avec sa fille, Madame Chevy.

Lieu : Domicile de Madame Vasser, 75016, Paris

Entretien n°10 – Mardi 25 juillet – 12h30 à 13h00

Présents : Madame Charlot

Profil : Âgée de 84 ans, Madame Charlot vit seule dans un appartement de type T3, dans lequel elle est locataire. Madame appartient au Gir 3. Elle appartient à la classe moyenne. À la date de l'entretien, Madame est sortie de l'hôpital depuis un mois (hospitalisée suite à une chute)

Lieu : Domicile de Madame Charlot, 75015

Interrogée : Madame Charlot

Les répondants sont âgés de 62 à 93 ans. Il s'agit de quatre hommes et six femmes parmi lesquels quatre vivent dans le 16^{ème} arrondissement, quatre habitent le 15^{ème} arrondissement, un dans le 6^{ème} arrondissement, et un dans le 7^{ème} arrondissement de Paris. Huit d'entre eux vivent seuls, deux vivent en couple.

L'intégralité des personnes âgées vivent en appartement :

- Six en logements privés classiques, parmi lesquels trois sont propriétaires et trois sont locataires ;
- Un locataire en logement adapté aux personnes en situation de handicap ;
- Trois en résidence services, dont deux propriétaires et un locataire.

Six des répondants ont une douche adaptée à la perte d'autonomie, l'intégralité dispose d'aide(s) techniques(s), deux ont la téléassistance.

La moitié des répondants est de milieu aisé, quatre appartiennent à la classe moyenne, un au milieu modeste. Deux personnes perçoivent la PCH, cinq l'APA. Parmi les cinq personnes ayant fait une demande d'APA, deux sont en GIR 2, trois sont en GIR 3. Quatre personnes âgées ont chuté au cours de l'année précédent l'entretien, quatre sont sorties de l'hôpital moins de deux mois avant

l'entretien. Les causes de l'hospitalisation sont diverses. Cinq sont suivies régulièrement par un infirmier.

Cinq répondants présentent un handicap physique, à des degrés divers. Deux circulent uniquement en fauteuil roulant. Cinq personnes présentent des troubles cognitifs :

- Deux au stade « léger »
- Trois aux stades « modéré à sévère »

Parmi les personnes âgées tirées au sort, quatre ne peuvent pas répondre à mon enquête en raison de leur état de santé (Cf. Entretiens n°1, n°3, n°5, n°9). J'ai alors rencontré ces personnes à leur domicile, et ai davantage axé mes visites à domicile sur l'observation. J'ai également interrogé, pour trois d'entre eux, des proches aidants de la personne dépendante : l'épouse, l'employée de maison, et la voisine.

Une mesure de protection est prévue pour deux des répondants : L'un est sous tutelle, l'autre sous curatelle.

Afin de recueillir la vision des professionnels de l'aide à domicile, je choisis de réaliser trois entretiens semi-directifs auprès de responsables de structures d'aide à domicile parisiens : Un responsable de structure privée non lucrative, un responsable d'entreprise privée lucrative, et enfin un responsable au sein d'un établissement public.

Ces entretiens auprès des responsables ont pour objectif de poursuivre les recherches quant aux leviers, freins, et limites du maintien à domicile :

Thématiques	Questions
Leviers au maintien à domicile	Quelles sont selon vous les conditions qui permettent le maintien à domicile des personnes âgées ?

Freins au maintien à domicile	Quels sont à l'inverse les facteurs qui rendent difficile le maintien à domicile des personnes âgées ? Quels sont les obstacles, les freins au maintien à domicile ?
Limites au maintien à domicile	Quelles sont les situations pour lesquelles vous pensez que le maintien à domicile n'est pas adapté ?

Cela permet également de mettre en corrélation la vision des professionnels du secteur de l'aide à domicile avec les éléments relevés lors des entretiens auprès des personnes âgées.

En l'absence de réponse favorable de la part des responsables de structures publiques, seuls deux entretiens ont été réalisés. Ils sont menés téléphoniquement et ont lieu les 13 et 18 juillet 2017.

Les professionnels interrogés interviennent sur des territoires fortement différenciés. Les problématiques des personnes âgées sont ainsi multiples : Le vieillissement de la population est plus marqué dans le sud que dans le nord parisien, les habitants du nord parisien ont en moyenne moins de ressources que ceux du sud parisien, etc ³⁰.

Ces entretiens ont vocation à appuyer mes propos jusqu'à la fin de ce mémoire. Nous aborderons les conditions de vie et facteurs de risques qui influent sur le maintien à domicile (PARTIE II) ainsi que les solutions existantes pour permettre aux personnes âgées de rester vivre à domicile (PARTIE III). Les développements ne se veulent pas exhaustifs, mais il s'agit bien d'explorer certains points qui permettront d'apporter des éléments de réponse à la problématique : « **Quels sont les leviers et les freins au maintien à domicile des personnes âgées en France ?** »

Nous verrons que les situations dans lesquelles des personnes âgées influent sur le maintien à domicile. D'une part, l'isolement social et physique peut constituer un frein au maintien à domicile, davantage favorisé par la présence

³⁰ Ibid. p. 20.

d'un entourage proche et de relations sociales (II). D'autre part, les personnes âgées sont davantage sujettes à la dénutrition, et aux chutes, des risques qui limitent le maintien à domicile des personnes âgées.

1) Entre isolement et lien social

Le maintien d'une « vie sociale », inscrit dans la charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance, est nécessaire au bien être mental et psychologique de chaque individu. Nous verrons que différents facteurs de risque peuvent fragiliser le lien social chez la personne âgée (I). Nous explorerons le lien entre isolement et solitude(II). Enfin, nous verrons que les solidarités jouent un rôle essentiel sur le maintien à domicile des personnes âgées (III).

a. Le lien social chez les personnes âgées,

Le maintien à domicile des personnes âgées est largement favorisé par le maintien du lien social. Nous allons mentionner le terme « isolement social », que nous définissons comme la carence ou l'absence de relations sociales. Plusieurs études ont démontré l'impact des relations sociales sur la santé des personnes, l'espérance de vie et l'autonomie. Facteur d'anxiété, de stress et de dépression, l'isolement social impacte davantage les personnes âgées que le reste de la population. Le passage à la retraite, le veuvage, ou encore la peur de sortir seul contribuent à l'affaiblissement des réseaux de sociabilité des aînés. À Paris, 190 000 personnes âgées de 60 ans et plus vivent seules à leur domicile.³¹ Parmi les personnes âgées, 2% affirment ne pas avoir de famille proche, et 5% déclarent ne pas avoir de lien avec celles-ci³².

Le lien social est davantage fragilisé lorsqu'apparaissent les situations de dépendance. D'une part, le développement d'incapacités physiques telles que la perte de la vue, de l'ouïe et les difficultés de déplacement rendent moins fréquents les contacts et échanges avec autrui. Madame LE GALLO est en

³¹ Ibid. p. 20.

³² PIN Stéphanie, « Les solidarités familiales face au défi du vieillissement », Les Tribunes de la santé, vol. n° 7, no. 2, 2005.

fauteuil roulant et a confié restreindre ses déplacements extérieurs : « Je ne sors pas tous les jours. Je sors uniquement quand je n'ai pas le choix car en fauteuil c'est compliqué, et il faut nécessairement que quelqu'un m'accompagne ». D'autre part, les troubles cognitifs - traduits par la perte de la mémoire, les difficultés d'orientation dans le temps et dans l'espace, les troubles du langage et du raisonnement - amoindrissent le lien social. Les fonctions cognitives sont celles qui servent à « prendre connaissance de nous-même, de l'autre, et de notre environnement » et leur altération constitue un frein aux échanges³³. De plus, les personnes peuvent développer un sentiment de honte et de culpabilité, les poussant à restreindre les contacts humains. L'acceptation de la maladie est alors une étape à franchir pour permettre à la personne ayant des troubles cognitifs de maintenir le lien social³⁴. Alors même que les contacts humains stimulent cognitivement les personnes, ils apparaissent d'autant plus fondamentaux puisqu'ils permettent de ralentir l'évolution des symptômes de la maladie. L'entretien avec M. JOHNNY – atteint de la maladie d'Alzheimer - est un bon exemple d'acceptation de la maladie. Il cherche le contact humain, assume sa maladie, et n'hésite pas à rappeler à ses interlocuteurs qu'il a des pertes de mémoire, les invitant à se présenter et à contextualiser leurs précédentes rencontres³⁵.

La pauvreté a également un impact sur l'isolement social. L'observatoire de France a réalisé une étude auprès de 4000 français, dans laquelle sont croisées les données relatives au niveau de revenu avec celles du handicap physique et du veuvage³⁶. Ainsi, chez les personnes en situation de handicap physique, la probabilité d'être isolé socialement est trois fois supérieure lorsque le niveau de revenu est inférieur au seuil de pauvreté. Les personnes veuves, divorcées ou

³³ MAZEAU Michèle. « *Troubles cognitifs, Déficience Mentale, Troubles Spécifiques des Apprentissages : Un mot peut en cacher un autre* », *Contraste*, vol. 22 - 23, no. 1, 2005.

³⁴ NOËL Jean-Luc, Espace éthique APHP, « *Accepter le diagnostic et ses conséquences dans la vie* », 2015, consulté le 29 mai 2017, <http://www.espace-ethique.org/ressources/article/accepter-le-diagnostic-et-ses-conséquences-dans-la-vie>.

³⁵ Annexe II : Synthèses entretiens et observations - personnes âgées, entretien n°3, Monsieur JOHNNY.

³⁶ FONDATION DE FRANCE, « Les solitudes en France : L'impact de la pauvreté sur la vie sociale », Juin 2011, consulté le 29/07/2017, <https://www.fondationdefrance.org/sites/default/files/atoms/files/pauvrete_et_isolement_-_synthese_fondation_de_france.pdf>

célibataires sont deux fois plus exposées à l'isolement social lorsqu'elles sont en situation de pauvreté. Dans le cadre de cette étude, étaient considérées comme « socialement isolées » les personnes n'ayant pas de relations significatives avec les principaux réseaux de sociabilité : professionnel, familial, associatif, amical et voisinage. La pauvreté touche inégalement le territoire français, de même que le territoire parisien. Le Schéma « Seniors à Paris » 2017-2021 fait état de ces disparités : 15,5% des parisiens âgés de 60 à 75 ans vivent sous le seuil de pauvreté, contre 10% en moyenne en France. En revanche, le taux de pauvreté des 75 ans et plus est équivalent, égal à 9,5% à Paris comme en France métropolitaine. Au sein même de la capitale, le niveau de vie des parisiens est fortement contrasté, avec un taux de pauvreté dans le nord parisien deux fois supérieur à celui du centre et sud parisien, échantillon interrogé dans le cadre de ce mémoire³⁷.

Enfin, le lieu d'habitation influe sur l'isolement des personnes : Comparativement à la France métropolitaine, l'anonymat, l'indifférence du voisinage et le relâchement des liens sociaux des grandes villes rend la population parisienne plus isolée³⁸.

Les situations d'isolement sont multifactorielles : Isolement physique « vivre seul », dépendance physique, dépendance cognitive, pauvreté, difficultés de déplacements, etc. Ces facteurs limitent le développement du lien social.

b. La solitude

À partir de 60 ans, une personne sur trois exprime un sentiment de solitude³⁹. Il existe un lien entre isolement et solitude : Les personnes socialement et physiquement isolées sont davantage sujettes au sentiment de solitude⁴⁰. En revanche, l'isolement n'engendre pas systématiquement un sentiment de

³⁷ Ibid. p. 20.

³⁸ SENAT, Rapport d'informations, « La France et les français face à la canicule : les leçons d'une crise », 2004, consulté le 21 juillet 2017, <https://www.senat.fr/rap/r03-195/r03-19516.html>.

³⁹ CREDOC, « Etude qualitative des effets de l'intervention bénévole sur l'isolement et la perte d'autonomie des personnes âgées », 2013.

⁴⁰ INSEE PREMIERE, PAN KE SHON Jean-Louis, « Isolement relationnel et mal-être », 2003.

solitude. En effet, « Vivre seul » ne signifie pas nécessairement « se sentir seul »⁴¹. Il existe une différence entre solitude vécue et solitude ressentie. De même, l'isolement social, établi comme la carence ou l'absence de liens sociaux, ne provoque pas nécessairement un sentiment de solitude. Le sentiment de solitude relève de l'insatisfaction des relations sociales établies, et ce, même lorsque celles-ci sont largement développées. Ainsi, à travers les entretiens menés auprès des personnes âgées, nous avons pu repérer un sentiment de solitude auprès de personnes vivant en couple, ou ayant des contacts réguliers avec des amis, voisins ou membres de la famille. À l'inverse, M. Peter, d'un tempérament solitaire, a confié lors de l'entretien : « Je vis seul ici, je n'ai besoin de personne⁴² » et n'exprime à aucun moment un sentiment de solitude. Le risque de développer un sentiment de solitude s'accroît lorsque les personnes âgées vivent une situation de rupture tels que la perte d'un proche ou un déménagement. Cela implique la création d'un nouveau réseau relationnel de proximité. Madame Dupont a vécu ces deux situations : En deux ans, elle perd son mari et déménage d'une maison dans le sud de la France vers un appartement en résidence services à Paris⁴³.

Le fait d'être isolé socialement et physiquement est inadapté au maintien à domicile des personnes fragiles, en témoigne l'épisode caniculaire de 2003, causant 15 000 victimes, parmi lesquelles 5000 sont décédées à domicile. L'isolement devient un véritable adversaire à l'heure de la dépendance, où la bienveillance de proches et voisins apparaît facilitatrice, voire nécessaire au maintien à domicile de la personne âgée.

c. Les solidarités familiales et le voisinage

Au fur et à mesure de la perte d'autonomie, les solidarités familiales s'inversent : Initialement aidant auprès de ses proches, la personne âgée aura peu à peu besoin d'être aidée par son entourage. Nous définissons le concept de

⁴¹ VAN ROMPAEY Christian, « Solitude et vieillissement », Pensée plurielle, 2003, consulté le 30 juillet, <http://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2003-2-page-31.htm>.

⁴² Annexe II : Synthèses entretiens et observations - personnes âgées entretien n°4.

⁴³ Annexe II : Synthèses entretiens et observations - personnes âgées entretien n°8.

« solidarité familiale » comme l'ensemble des relations d'aide, de soutien et d'échange au sein du réseau familial, qu'elles soient humaines, matérielles ou financières.

Membres de la famille, conjoints, amis, voisins ou encore gardiens d'immeubles, les solidarités émanent de divers acteurs. Depuis les années 1990, le terme « aidant » est développé par la sphère politique, pour désigner les personnes accompagnant un proche dépendant. Initialement associé aux membres de la famille, le terme de proche aidant est préféré aujourd'hui, et englobe toutes les personnes non professionnelles soutenant une personne âgée dépendante. Cette aide s'exprime de manière très diversifiées : tâches ménagères, courses, soins, aide administrative, gestion du budget, soutien psychologique, coordination du quotidien, etc.

La disponibilité de l'entourage est souvent nécessaire au maintien à domicile, notamment auprès de la « grande dépendance ». Le rôle de la famille proche est prépondérant : Un aidant non professionnel sur deux est le conjoint, un sur trois est un descendant. Il existe de fortes inégalités en terme de solidarités familiales envers les aînés. Appelés communément « aidants naturels », les familles ne sont en réalité pas naturellement aidantes. Elles doivent pour cela être volontaires, et lorsqu'elles le sont, l'intensité de leur investissement reste très aléatoire. Les moyens, la proximité géographique, et la disponibilité des aidants sont des conditions prépondérantes à l'aide des proches⁴⁴. Les personnes âgées ayant de la famille habitant à proximité reçoivent davantage d'aide humaine que les personnes éloignées de leurs familles. Les aidants familiaux sont en réalité majoritairement des aidantes familiales.

Auprès des personnes vivant seules et sans aidant familial, les amis, voisins, gardiens peuvent également avoir le rôle d'aidant. Ils représentent 9% des aidants non professionnels⁴⁵. Ainsi, la voisine de Madame DARCY, atteinte de la

⁴⁴ VAN PEVENAGE Isabelle, « La recherche sur les solidarités familiales. Quelques repères », *Idées économiques et sociales*, vol. 162, no. 4, 2010.

⁴⁵ DREES, Etudes et résultats, « Les aides et les aidants des personnes âgées », 2001, consulté le 12 juillet 2017, <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er142.pdf>.

maladie d'Alzheimer à un stade avancé, s'assure plusieurs fois par jour de son bien-être, et sa bienveillance apparaît primordiale pour son maintien à domicile.

Le degré de dépendance de la personne aidée influe fortement sur la nature et le poids des aides accomplies. Chez les personnes aidées par un proche, les soins personnels (aide à la toilette, à l'habillage et à la prise de repas) concernent 79% des personnes en Gir 1 et 67% des personnes en Gir 4⁴⁶.

Ces proches aidants ont une lourde responsabilité, notamment lorsqu'ils accompagnent des personnes très dépendantes : Cela nécessite un temps de présence important et la coordination du quotidien de la personne aidée. Parfois surinvestis, les aidants sont exposés au stress, et au risque d'épuisement physique et moral. Un tiers des proches aidants décède avant la personne aidée. Madame Cartier, aidante « naturelle » de son mari a affirmé : « Au début, c'est moi qui l'ai aidé, mais très vite je me suis rendue compte que je n'étais pas forcément patiente⁴⁷ ».

2) Les risques inhérents aux personnes âgées

a. La dénutrition

La dénutrition concernerait 4 à 10 % des personnes âgées vivant à leur domicile, 15 à 38 % de celles qui vivent en établissement et entre 30 et 70 % de celles qui sont hospitalisées⁴⁸. Entre 300 000 et 400 000 personnes âgées seraient dénutries en France.

Les carences alimentaires entraînent une diminution de la force musculaire dite sarcopénie, une augmentation de la fatigue et des problèmes de santé, une perte de poids, de l'anorexie, une faiblesse générale et par voie de conséquences augmente le risque de chute.

Les causes de cette dénutrition sont multiples et vont de la perte de goût chez la personne âgée, à la baisse de la qualité de la mastication, en passant par une

⁴⁶ DREES, Etudes et résultats, « *L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile* », n° 771, 2011, consulté le 13 juillet 2017, <http://www.aidants.fr/sites/default/files/public/Pages/er771-drees-aout2011.pdf>.

⁴⁷ Annexe II : Synthèses entretiens et observations - personnes âgées, entretien n°1.

⁴⁸ HAS, « *Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée* », 2007.

possible dépression et des troubles cognitifs, une prise de médicaments parfois importantes, mais aussi le manque d'exercice physique⁴⁹.

Les carences alimentaires, plus fréquentes chez la personne âgée, augmentent le risque de chutes en raison de la perte de « masse musculaire », de la fatigue, de la baisse de tonus, favorisant ainsi les fractures.

b. Les chutes

Chaque année en France, 450 000 personnes âgées de 65 ans et plus consultent un professionnel médical suite à une chute⁵⁰. Ces chutes représentant 80% des accidents de la vie quotidienne, et sont la principale cause de décès par accident des personnes âgées. Le nombre de décès suite à une chute est difficile à estimer. Les différentes études traitant du sujet s'accordent à dire que 6000 à 9500 décès annuels sont liés à une chute chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

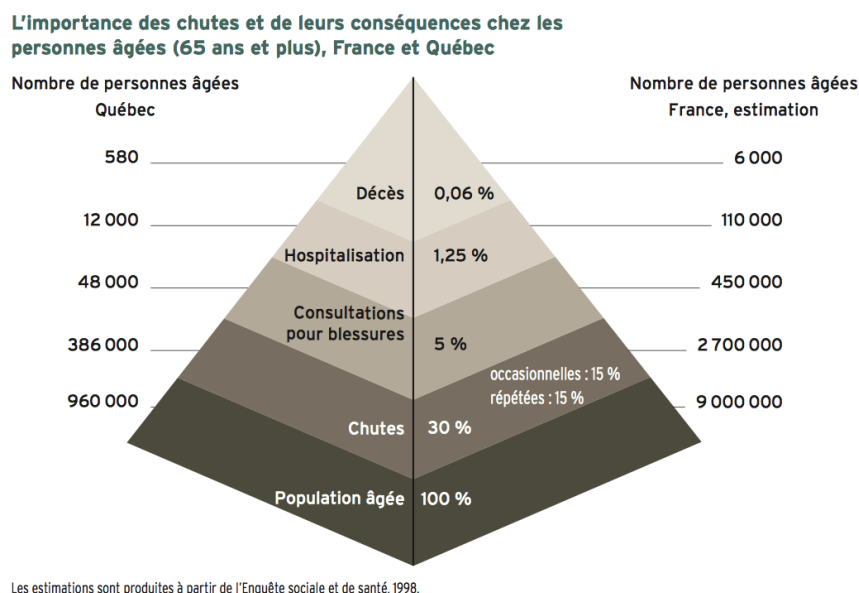


Figure n° : 2 : Chutes estimées en France⁵¹

⁴⁹ HUMANIS, « *Dénutrition des personnes âgées, conséquences et prévention* », 2016, consulté le 7 août 2017, <https://humanis.com/particulier/mutuelle-sante/denutrition-personnes-agees-consequences-et-prevention/>.

⁵⁰ INVS, Dossier thématique « *Chutes* », 2011, consulté le 7 août 2017, <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Traumatismes/Accidents/Chutes>.

⁵¹ INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, « *Enquête sociale et de santé* », 1998.

Les conséquences immédiates les plus fréquentes chez les personnes âgées sont les fractures, telle que celle du col du fémur, et les traumatismes crâniens. La gravité des chutes s'avère importante chez les sujets âgés. Ainsi, 38% des personnes âgées sont hospitalisées suite à un passage aux urgences pour chute⁵². Ces hospitalisations ne sont pas anodines, puisque la personne âgée, hospitalisée en urgence et sous-contrainte peut développer un sentiment d'abandon, de peur, et de perte de confiance. Cela peut déstabiliser une personne âgée déjà fragile, et accroître sa perte d'autonomie.

Baisse de l'activité, peur de chuter à nouveau, perte d'autonomie, isolement social, les conséquences des chutes affectent la qualité de vie des personnes âgées à long terme, et les enferment dans un cercle vicieux d'affaiblissement. Ainsi, différentes études s'accordent à démontrer que la peur de chuter augmente le risque de chuter à nouveau⁵³. Certaines personnes âgées, anxieuses, vont limiter les déplacements, alors même que ceux-ci permettent le maintien d'une activité physique, favorisant l'équilibre, le développement de la masse musculaire, et limitant ainsi le risque de chutes. Vincent Caradec a observé le phénomène de déprise, décrit comme « un réaménagement de la vie » suite à une expérience difficile, poussant les personnes à limiter les relations sociales et l'activité physique⁵⁴. Une des conséquences des chutes peut s'apparenter au phénomène de déprise. En effet, Les chutes peuvent engendrer chez les personnes âgées un phénomène de rupture fonctionnel et social, à travers la limitation des déplacements, et de rupture psychologique, avec l'apparition du sentiment de peur, de perte de confiance en soi, et de dévalorisation.

Les facteurs de chutes sont de trois ordres :

- Lié à la personne (trouble de l'équilibre, malaise, etc.)

⁵² INPES, « *Mieux prévenir les chutes chez les sujets âgés* », La Santé de l'homme, n°381, 2006.

⁵³ PIOT-ZIEGLER Chantal et al. « *Définir « la peur de tomber » chez les personnes âgées à domicile. Étude qualitative* », Bulletin de psychologie, vol. numéro 492, no. 6, 2007.

⁵⁴ Ibid. p. 11.

- Lié au comportement de la personne (prise de médicaments, sédentarité, peur de chuter, dénutrition, etc.)
- Lié à l'environnement.

La moitié des chutes se produisent à domicile. Les éléments de l'environnement provoquant des risques de chute sont principalement un mauvais éclairage, des marches, un sol glissant, des obstacles ou des pièces encombrées. À l'extérieur du domicile, les surfaces glissantes et chaussées déformées sont régulièrement facteur de chute des personnes âgées⁵⁵.

Conclusion intermédiaire

Isolement, solitude, dénutrition, chutes, ces risques auxquels peuvent être confrontées les personnes âgées sont de véritables obstacles au bien-vieillir. Ils peuvent avoir un réel impact sur l'autonomie de la personne, et compromettre la vie à domicile. Ces risques sont bien souvent imbriqués : La dénutrition provoque la perte musculaire, favorisant les chutes, la solitude et l'isolement favorise les chutes et la dénutrition, les chutes peuvent être suivies par une moindre envie de s'alimenter, de se déplacer, etc. Face à ces problématiques, des recommandations émanent des acteurs nationaux de santé et du secteur médico-social : La Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements des services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) ont publié sur ces thématiques. Ces recommandations s'adressent aux professionnels du secteur sanitaire et médico-social intervenant auprès des personnes âgées. Nous verrons que différents leviers existent afin de limiter ces risques, et favoriser ainsi le maintien à domicile des personnes âgées.

⁵⁵ INPES, « *Référentiel de bonnes pratiques : Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile* », Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité, 2005, consulté le 16 juillet 2017, <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/830.pdf> .

PARTIE III : LES LEVIERS ET FREINS DU MAINTIEN A DOMICILE

Afin de permettre le maintien à domicile des personnes âgées, nous verrons dans un premier temps qu'il est nécessaire de mettre en œuvre les conditions humaines pour une prise en charge adaptée aux besoins de la personne âgée (I). Dans un second temps, nous explorerons l'impact de l'environnement, et notamment du logement, sur le maintien à domicile de la personne âgée, et développerons des solutions existantes (II). Enfin, nous déterminerons les limites inhérentes au maintien à domicile (III).

1) Les conditions humaines du maintien à domicile

Le soutien humain apparaît comme une nécessité pour le maintien à domicile des personnes âgées. Si la présence d'aidants familiaux facilite le maintien à domicile (I), il n'en est pas moins utile de compléter l'accompagnement par des professionnels de l'aide à domicile (II). Les professionnels du champ sanitaire et médico-social ont également un rôle auprès des personnes âgées (III). L'implication de ces divers acteurs dans la prise en charge de la personne âgée à domicile nécessite qu'ils évoluent en coordination (IV).

a. La mobilisation des aidants naturels

Les aidants familiaux sont les premiers acteurs accompagnant au quotidien les personnes âgées en perte d'autonomie. Aujourd'hui, trois personnes âgées sur quatre sont soutenues par un proche, cela représente huit millions d'aidants familiaux⁵⁶. Ils ont un rôle important, notamment auprès des personnes très dépendantes. En revanche, ils doivent être soutenus afin que l'aide du proche ne devienne pas un fardeau, pour leur permettre de concilier vie familiale et vie professionnelle et ainsi éviter l'épuisement.

Aujourd'hui, la place des aidants est reconnue. La loi ASV a créé un statut de « proche aidant », ainsi qu'un nouveau dispositif : le « droit au répit ». Celui-ci correspond à une aide financière de 500 euros par aidant et par année. Cette enveloppe permet par exemple le financement d'une vingtaine d'heures d'aide à

⁵⁶ Ibid. p. 4.

domicile, de deux semaines en accueil de jour ou d'une semaine en accueil temporaire⁵⁷.

Par ailleurs, des congés spécifiques sont prévus pour les personnes aidantes. Le congé de soutien familial - devenu depuis la loi ASV le congé du proche aidant - permet aux personnes aidantes de bénéficier de trois mois de congé, sous réserve d'une ancienneté minimale d'un an. En passant du congé de soutien familial au congé du proche aidant, le droit à ces congés est ouvert aux membres ne faisant pas partie de la famille de la personne aidée. Cela permet de soutenir les différents profils d'aidants qui, rappelons-le, dans 9% des cas, sont des membres extérieurs à la famille. Dans les faits, peu d'aidants usent de ce congé, pour lequel aucune rémunération n'est prévue. Un second type de congé fait, quant à lui, l'objet d'un financement par la sécurité sociale. Il s'agit du congé de solidarité familiale, qui permet aux proches des personnes en fin de vie d'être présente à leur côté.

Par ailleurs, les aidants sont de plus en plus informés. Ils peuvent s'adresser aux Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), aux Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) et aux Unités Territoriales Médico-Sociales (UTAMS). Le secteur associatif a un rôle prépondérant en ce qui concerne l'information, l'orientation et l'accompagnement des aidants. L'association française des aidants coordonne diverses actions avec les professionnels locaux du secteur, telles que le Café des aidants et les Ateliers Santé des aidants. Les associations France Alzheimer, France Parkinson, l'Union Nationale de Familles et Amis de personnes malades et/ou handicapées (UNAFAM) proposent également des ateliers de sensibilisation, tant aux aidants qu'aux personnes dépendantes. Par ailleurs, des recommandations de bonnes pratiques ont été publiées par l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements des services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) afin de

⁵⁷ SENAT, 14^e législature, « *Maintien des personnes âgées à domicile* », 2017, consulté le 23 juillet 2017, <http://www.senat.fr/basile/visio.do?id=qSEQ161023545&idtable=q329627|q320096|q320202|q319993|q324401|q326908|q320677|q321800&c=aidants+familiaux&rch=gs&de=20160723&au=20170723&dp=1+an&radio=dp&aff=sep&tri=p&off=0&afd=ppr&afd=ppl&afd=pjl&afd=cvn>.

« soutenir les aidants non professionnels ». Ces recommandations, à destination des acteurs professionnels du maintien à domicile, visent à permettre l'accompagnement et le soutien des aidants non professionnels⁵⁸.

Le besoin de reconnaissance des aidants a été pris en compte dans la législation française, en octroyant un nouveau statut, et en élargissant les droits et dispositifs à l'égard des aidants. Ces dispositifs visent une meilleure prise en compte des besoins de l'aidant, en termes de droits, de formation et d'information, et doivent lui permettre de concilier vie familiale et vie professionnelle. Mais l'ensemble des besoins des personnes âgées ne peut être couvert par les proches, notamment lorsque la personne âgée est très dépendante. Nous verrons que la mise en place de services d'aide à domicile est un levier fort du maintien à domicile, qu'ils interviennent en complément de l'entourage, ou auprès de personnes âgées sans proche aidant.

b. L'aide à domicile et le développement de solutions spécifiques aux personnes âgées dépendantes

1 interligne

La prise en charge sociale a dû évoluer pour répondre aux besoins des personnes âgées à domicile, ainsi qu'aux besoins de leurs aidants éventuels. La mise en place de l'APA depuis 2002 a permis d'apporter un financement des services d'aide à domicile, qui, sous l'impulsion de la loi 2002-2 et du plan Borloo se sont largement développés et professionnalisés. Par ailleurs, les structures d'accueil se développent afin de prendre en charge ponctuellement ou régulièrement les personnes âgées dépendantes à l'extérieur de leur domicile.

8% des personnes âgées de 70 à 74 ans sont aidées par un professionnel de l'aide à domicile. La mise en place d'aides professionnelles croît avec l'avancée

⁵⁸ ANESM, RBPP, « *Le soutien des aidants non professionnels de personnes âgées dépendantes, de personnes adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile* », 2015, consulté le 7 août 2017, http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Cadrage_RBPP_Accompagnement_des_aidants_non_professionnels_a_domicile.pdf.

en âge, et concerne 67% des personnes à partir de 90 ans⁵⁹. Le besoin en services d'aide à domicile des personnes âgées est amené à progresser, au vu de la croissance du nombre de personnes âgées et de la baisse proportionnelle d'aidants non professionnels.

Les personnes accompagnées ont le choix entre trois modes d'interventions : Le mode prestataire, pour lequel les auxiliaires de vie et aides ménagères sont employées directement par la structure prestataire de services, et les modes mandataires et gré-à-gré, pour lesquels la personne âgée est l'employeur.

Les services proposent des aides à domicile variées : accompagnement, aide à la mobilisation, à l'hygiène, aux courses, aux repas, à la prise de médicament, au ménage, à la gestion administrative, garde de nuit, etc. En milieu urbain, ces services sont disponibles en continu. Les intervenants ont un rôle primordial dans le suivi de la personne, puisqu'ils évoluent au plus proche des personnes âgées et peuvent ainsi détecter les fragilités. Pour certaines personnes âgées, la visite de l'auxiliaire de vie est le seul contact quotidien. Il constitue en cela un vecteur de lien social et de lutte contre l'isolement. Par ailleurs, les services d'aide à domicile peuvent avoir un rôle sur le suivi de l'alimentation, et limitent ainsi les risques liés à la dénutrition.

Pour 84% des personnes ayant recours à un service d'aide à domicile, la démarche de demande d'aide fait suite à une situation de rupture : Aggravation de l'état de santé d'un membre du ménage, sortie d'hospitalisation ou décès du conjoint⁶⁰. Les répondants s'accordent à dire que le service d'aide à domicile auquel ils font appel leur facilite la vie à domicile. Pour les personnes âgées très dépendantes et leurs aidants, les aides à domicile apparaissent comme une condition sine qua none au maintien à domicile. Cet accompagnement fait souvent suite à un travail psychologique sur la personne âgée, pour favoriser l'acceptation de l'aide. À la question « Qu'est-ce qui vous aide vous et votre mari

⁵⁹ Ibid. p. 33.

⁶⁰ BRESSE Sophie, « L'enjeu de la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile en faveur des personnes âgées », *Retraite et société*, vol. n° 39, no. 2, 2003.

à rester vivre à domicile ? », madame Cartier, proche aidante de son mari atteint de la maladie de Lewy me répond : « C'est une association (entreprise de services à la personne), parce qu'au début on a essayé avec un monsieur mais on s'est rendu compte que ce n'était pas possible »⁶¹.

Au vu de la fragilité des personnes âgées accompagnées, le secteur a dû peu à peu se professionnaliser sous l'impulsion des politiques publiques, afin de développer chez les intervenants les compétences techniques mais aussi une réponse aux aspects psychologiques. Aujourd'hui, des formations existent, tel que le Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS) créé par le décret du 26 mars 2002. Par ailleurs, le financement de la CNSA a permis la mise en place de conventions et partenariats visant la professionnalisation du secteur : au niveau local entre services d'aide à domicile et conseils départementaux, et au niveau national avec les principales fédérations d'associations ou d'entreprises de services à domicile, tels que l' Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR), la Fédération de Particuliers Employeurs de France (FEPEM), la Fédération du Service aux Particuliers (FESP), le SYNERPA domicile ou l' Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services à Domicile (UNA)⁶². En réalité, tout mode d'intervention confondu, 60% des intervenants à domicile restaient sans diplôme d'après un rapport de la commission des affaires sociales⁶³. La professionnalisation engendre des frais auxquels le secteur a du mal à répondre, malgré le soutien financier de la CNSA.

Les aides prodiguées à domicile se doivent d'être complétées par un offre de services « hors domicile ». Ainsi, les solutions de transport adapté se développent au sein des structures de services d'aide à domicile, afin de permettre l'accompagnement des personnes âgées à l'extérieur de leur domicile. Certains départements proposent également ce type de service. À Paris, le

⁶¹ Annexe II : Synthèses entretiens et observations - personnes âgées, entretien n°1.

⁶² CNSA, « *L'apport de la CNSA dans la modernisation et la professionnalisation des services d'aide à domicile* », Numéro 14, 2017, consulté le 7 aout, <http://www.cnsa.fr/documentation/meumo14-2017-bd.pdf>.

⁶³ VANLERENBERGHE Jean-Marie, WATRIN Dominique, Rapport d'information, " *L'aide à domicile auprès des publics fragiles : un système à bout de souffle et à réformer d'urgence* », 2014, consulté le 7 aout, http://www.senat.fr/rap/r13-575/r13-575_mono.html.

réseau Pour Aider à la Mobilité (PAM) dispose de véhicule adaptés. Ces services sont nécessaires pour les personnes physiquement dépendantes. Madame LE GALLO se déplace en fauteuil roulant, et fait appel au réseau PAM pour ses déplacements : « Les chauffeurs viennent me chercher dans mon appartement et me conduisent dans un véhicule adapté. Ça ne serait pas possible autrement.⁶⁴ » Par ailleurs, les structures d'accueil de jour se développent, afin d'accueillir les personnes âgées dépendantes en journée. Ces établissements accueillent majoritairement des personnes âgées présentant des troubles cognitifs. En revanche, 70% des accueils de jour refusent d'accueillir les personnes âgées étant à un stade sévère de la maladie⁶⁵.

Les aides à domicile, les structures d'accueil de jour, les dispositifs de transport accompagnés se sont développés, et présentent une opportunité pour permettre le maintien à domicile des personnes âgées. En revanche, des freins inhérents à ceux-ci persistent : Les aides financières sont bien souvent insuffisantes pour permettre un accompagnement répondant aux besoins de la personne âgée en cas de grande dépendance. Parallèlement à cette prise en charge sociale, une prise en médico-sociale et sanitaire doit être accessible aux personnes âgées afin qu'elles puissent rester vivre à domicile.

c. Les soins à domicile

Avec l'avancée en âge, les personnes âgées sont davantage sujettes aux maladies, pathologies et poly-pathologies. C'est pourquoi, l'intervention de personnel médical et paramédical à domicile est nécessaire pour permettre le maintien à domicile des personnes âgées malades ou dépendantes. Être soigné à domicile est largement préféré des français. Cela est rassurant, et permet de ne pas associer à la gravité des pathologies les bouleversements psychologiques pouvant découler d'un changement d'environnement. Financé principalement par l'assurance maladie, le recours aux soins à domicile est possible à travers l'intervention des équipes pluridisciplinaires des SSIAD (I) et de l'HAD (II).

⁶⁴ Annexe II : Synthèses entretiens et observations - personnes âgées, entretien n°7.

⁶⁵ RETRAITE PLUS, « *Vivre avec la maladie d'Alzheimer* », 2013, consulté le 13 juillet 2017, https://www.retraiteplus.fr/docs/upload/users/10/presse/guide_web1.pdf.

Les SSIAD ont été créés par un décret datant de 1981, et réformé en 2004. En 2006, la France compte 117093 SSIAD. Aides soignants, infirmiers, aides médico-psychologiques sont les principaux acteurs intervenant dans le cadre de la prise en charge médico-sociale des SSIAD. Ils interviennent pour deux types de soins :

- Les soins relationnels ;
- Les soins infirmiers, comprenant deux types d'acte :
 - o Les Actes Infirmiers de Soins (AIS), tels que les soins de nursing, la prévention des escarres, l'aide au transfert lit-fauteuil ou la surveillance de l'hydratation ;
 - o Les Actes Médicaux Infirmiers (AMI), tels que les pansements, prélèvements et injections.

Lorsque les soins nécessaires deviennent plus techniques, fréquents et complexes, il est nécessaire de faire intervenir les équipes de l'HAD, relevant du champ sanitaire. L'HAD a été mis en place plus récemment, en 2000, afin de répondre aux problématiques financières des hôpitaux classiques. En 2013, 105 000 patients ont été suivis par les 311 établissements d'HAD⁶⁶. Sous la direction d'un médecin coordinateur, des équipes pluridisciplinaires interviennent au domicile des personnes, principalement en oncologie et en soins palliatifs. L'HAD se substitue à l'hospitalisation classique à la demande du médecin de l'hôpital ou du médecin traitant, et avec l'accord du patient. L'HAD permet d'éviter, retarder ou raccourcir une hospitalisation classique, et permet ainsi de limiter l'impact psychologique chez les patients.

Les SSIAD et les HAD font l'objet d'une prise en charge totale par l'assurance maladie, et en ce sens, apparaissent comme accessibles à l'ensemble des personnes âgées. De plus, ils sont adaptés au public dépendant, puisque disponibles 24h/24 et 7j/7. Cependant, la cour des comptes a spécifié des freins inhérents à leur développement au sein du rapport émis en 2016. Le modèle de

⁶⁶ FNEHAD, « *L'hospitalisation À Domicile en 2014* », 2015, consulté le 15 juillet 2017, http://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2015/10/HAD_Annexes_18x25cm_web.pdf.

tarification des SSIAD, en dotation globale, ne prend actuellement pas en compte les niveaux de dépendances, qui influent largement sur la durée des interventions⁶⁷. Ce modèle n'apparaît pas équilibré, et cela se traduit par des refus de prise en charge. Des négociations sont en cours afin de permettre un rééquilibrage financier, qui actuellement est permis par l'octroi de fonds spécifiques et ponctuels, n'offrant pas de visibilité à long terme. Par ailleurs, l'offre en HAD reste inégalement répartie sur le territoire, et reste mal connue des professionnels de santé prescripteurs.

Enfin, les personnes âgées sont entourées de divers professionnels participant au suivi des aînés, à la prévention de la perte d'autonomie, et visant ainsi à permettre de rester vivre le plus longtemps possible à domicile. Ce sont principalement les médecins traitants, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes et les podologues. Pour une prise en charge globale, il apparaît bénéfique que l'ensemble des intervenants puissent agir en coordination.

d. La nécessité d'une coordination des acteurs

Les personnes âgées sont bien souvent en contact avec divers acteurs, tant du champ sanitaire, que du médico-social et du social. Pour permettre une prise en charge globale et de qualité, il est nécessaire que chacun des intervenants puissent travailler en coordination. Un rapport d'évaluation de la coordination d'appui aux soins de l'IGAS a mis en avant le rôle des réseaux gérontologiques et des MAIA⁶⁸. Nous verrons que des moyens de coordonner existent, tant dans le champ sanitaire que dans le champ médico-social (I). Puis nous nous attarderons sur le rôle des CLIC (II) et des MAIA (III).

Les professionnels l'ont bien compris, les informations doivent être partagées entre professionnels. En sanitaire, une convention a été signée en 2017 entre l'assurance maladie et les différentes organisations représentatives des médecins, infirmiers, pharmaciens, ou encore orthoptistes. Cette convention vise à « Renforcer la coordination des soins », notamment à travers le travail en

⁶⁷ Ibid. p. 18.

⁶⁸ IGAS, « *Evaluation de la coordination d'appui aux soins* », 2015.

équipe et l'utilisation commune d'un système d'information⁶⁹. Dans le domaine social et médico social, un décret datant de 2004 a établi les Services Polyvalents d'Aide et de Soutien à Domicile (SPASAD), services intégrant à la fois les missions des SAAD et des SSIAD. Ce regroupement présente un intérêt en terme de coordination et de prise en charge globale. Les SPASAD restent en revanche marginaux comparativement au nombre de SSIAD et SAAD en France : Seules 91 structures ont été répertoriées en 2014⁷⁰. La loi ASV a établi une nouvelle forme de SPASAD dits « intégrés ». Ceux-ci sont expérimentés en 2017 par appel à candidature, sous conclusion d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) : Les SPASAD ont à présent une mission de coordination des interventions tant auprès des personnes accompagnées et des aidants qu'avec les établissements de santé, les professionnels médicaux, paramédicaux, etc.

La prise en charge interprofessionnelle nécessite un décloisonnement du champ sanitaire, social et médico-social. Les Centres Locaux d'Informations et de Coordination (CLIC) ont un rôle en la matière. Régis par la circulaire du 6 juin 2002, les CLIC peuvent atteindre jusqu'à 3 niveaux de labellisation, le premier étant associé à l'orientation, et l'information des personnes âgées et des aidants. Le 3^{ème} niveau est le plus abouti, et correspond au suivi des plans d'aide en lien avec les divers acteurs extérieurs agissant auprès des personnes âgées. La coordination se veut globale, et intègre par exemple, les acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux, les financeurs tels que la CRAM ou les mutuelles, les acteurs de l'habitat, etc. Les CLIC apparaissent comme un des acteurs phare en terme de coordination. En revanche, ils restent inégalement répartis en France. Certains départements disposent de plusieurs CLIC, alors que d'autre n'en ont aucun.

Par ailleurs, les Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA), créées initialement pour les

⁶⁹ AMELI, « *Un accord pour renforcer la coordination des soins et l'exercice regroupé* », 2017, consulté le 7 août 2017, <https://www.ameli.fr/paris/infirmier/actualites/un-accord-pour-renforcer-la-coordination-des-soins-et-l'exercice-regroupe>.

⁷⁰ Ibid. p. 18.

personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer interviennent aujourd'hui sur le parcours des personnes âgées dans leur ensemble. Les MAIA ont un rôle qui dépasse la coordination, puisqu'elles visent à la mise en place de « guichets intégrés » au sein des différents acteurs et structures intervenant auprès des personnes âgées de 60 ans et plus, tels que les services d'aide et de soins à domicile, les CLIC, les hôpitaux, les HAD, l'équipe APA, les EHPAD, les réseaux gérontologiques, etc.⁷¹ La concertation des différents acteurs et leur implication dans l'élaboration d'actions doit permettre une réponse harmonisée chez les structures et professionnels participants. Les personnes âgées en situation complexe sont orientées vers un gestionnaire de cas, qui sera alors l'unique interlocuteur avec l'ensemble des acteurs intervenant tels que le médecin traitant, l'assistante sociale d'un hôpital ou un coordinateur de service d'aide ou de soins à domicile. En 2013, 60% du territoire était couvert par les MAIA. Le plan maladie dégénérative 2014-2019 vise la création de 100 MAIA supplémentaires. Un rapport d'évaluation des dispositifs MAIA réalisé par la CNSA stipule que les retombées se traduisent davantage par une meilleure connaissance des acteurs entre eux et la mise en avant de problématiques communes que par une réelle « mise en œuvre de processus collectifs d'informations et d'orientation »⁷². De plus, la notion de « guichet intégré » apporte une confusion auprès des professionnels. Aujourd'hui, une minorité d'acteurs y participent : 10% à 17% des acteurs visés par les MAIA. Ce faible taux de participation remet en question la pertinence de la méthode qui repose surtout sur l'implication et la coopération des acteurs.

Les entretiens menés auprès des directeurs et responsables de services d'aide à domicile démontrent que les professionnels du secteur ont bel et bien conscience de la nécessité de coordonner leurs interventions autour de la prise en charge⁷³. Ainsi, M. DENIS, directeur d'entreprises de services à la personne admet que « La planification des interventions d'un service d'aide à domicile doit prendre en compte le passage éventuel d'un infirmier ou d'un kinésithérapeute,

⁷¹ Annexe IV : Acteurs « guichet intégré ».

⁷² CNSA, « Evaluation des dispositifs MAIA et appui à la mise en œuvre des recommandations, rapport final », 2017.

⁷³ Annexe III : Synthèse entretiens responsables de services à la personne.

afin d'espacer les visites pendant la journée, et ainsi rompre l'isolement. S'il existe un aidant familial, il faut alors prendre en compte son temps de présence, son niveau d'implication, afin de placer les interventions de manière harmonieuse ». Par ailleurs, Mme VIDEAUX, responsable de secteur en association d'aide à domicile est également impliquée : « Il y a les fiches « Formulaires d'Analyse Multidimensionnelle et d'Orientation » (FAMO) qui permettent de faciliter le partage d'information entre les professionnels. Tous les acteurs intervenants dans le champ du maintien ne connaissent pas nécessairement, mais c'est un outil qui se développe, et, en mon sens, améliore la coordination entre les différents intervenants ». Ces fiches FAMO constituent l'un des outils mis en place par les MAIA. Elles permettent une analyse dans cinq domaines : La santé, la vie quotidienne, l'environnement familial, l'habitat, et l'aspect économique et administratif⁷⁴.

Par ailleurs, des dossiers de liaison sont mis en place par les SAAD et les SSIAD. Chaque intervenant y note ses passages, ainsi que des transmissions. Ces dossiers visent à permettre l'échange d'informations entre intervenants d'une même structure, aidants, mais aussi entre professionnels médicaux et paramédicaux, tels que les médecins traitants, les kinésithérapeutes, etc. Dans les faits, les dossiers de liaison sont majoritairement consultés par les salariés du service en question, ainsi que par les aidants. En revanche, les professionnels médicaux et paramédicaux ne s'approprient que très peu cet outil. De plus, lorsque des SSIAD et SAAD interviennent chez une même personne âgée, chaque structure utilise son propre outil. Le partage et la lisibilité des informations deviennent limités.

Ces dernières années, des solutions dites « intégrées » émergent, et doivent permettre la coordination entre professionnels tant du champ sanitaire que du domaine social ou médico social. Si la notion de service « intégré » reste floue pour les professionnels, la volonté de coordonner semble bien voulue et souhaitée par ceux-ci.

⁷⁴ Annexe V : Fiche FAMO.

Parallèlement à la mise en place de ces moyens « humain », l'environnement a un réel impact sur le maintien à domicile des personnes âgées.

2) La nécessité d'un environnement accessible et adapté

L'habitat apparaît comme un élément clé d'un maintien à domicile réussi. Il influe fortement sur les risques auxquels sont confrontés les personnes âgées. Les chutes sont plus fréquentes lorsque les personnes âgées évoluent dans un environnement inadapté. Par ailleurs, l'isolement social est favorisé par l'inaccessibilité des logements. La France, en retard dans ce domaine, a lancé récemment un programme de rénovation et de construction de logements répondant aux enjeux du vieillissement (I). Adapté, le logement permet à la personne âgée d'évoluer de manière sécurisée et relativement autonome. À contrario, l'habitat peut devenir un véritable frein au bien-vieillir à domicile, générateur de risques lorsqu'il ne prend pas en compte les spécificités de la perte d'autonomie. Nous verrons que des solutions existent afin d'adapter les logements à la perte d'autonomie, telles que les aides techniques et la téléassistance (II).

a. Un logement adapté et accessible

La construction des logements en France n'a fait que récemment l'objet de la prise en compte des enjeux du vieillissement de la population. Les logements sociaux conçus à la fin du 20^{ème} siècle ciblaient davantage les jeunes et les familles, alors qu'au début des années 2000, les personnes de 65 ans et plus représentaient 20% des locataires⁷⁵. La politique du logement adapté aux enjeux du vieillissement en est à ses débuts, et concerne tant le parc privé que le parc social. Monsieur DUNAND vit dans un logement récent, adapté aux personnes à mobilité réduite⁷⁶. Il admet qu'en l'absence de logement adapté et accessible, il n'aurait pas pu rester vivre librement à domicile : « Avant d'arriver ici, j'étais en studio. Si aujourd'hui j'y étais encore, je ne pourrais plus entrer et sortir. Dans

⁷⁵ Ibid. p. 4.

⁷⁶ Annexe II : Synthèses entretiens et observations - personnes âgées, entretien n°2.

mon nouveau logement, je peux entrer et sortir sans l'aide de quelqu'un ». En effet, le bâtiment et le logement disposent d'une ouverture automatisée. À l'intérieur du logement, les portes sont suffisamment larges pour permettre à une personne en fauteuil d'aller et venir librement, l'éclairage est automatique. La mise en place de ces solutions domotiques apparaît nécessaire au maintien à domicile, notamment dans le cadre de la dépendance physique. Des pièces, couloirs et entrées adaptées permettent d'éviter que le logement devienne « une prison ».

Il est aujourd'hui difficile de quantifier le nombre de logements adaptés et accessibles à la perte d'autonomie des personnes âgées. Certains territoires affichent une volonté forte de quantification de ces logements. C'est notamment le cas du conseil départemental des Deux-Sèvres, qui a inclus dans son schéma pour l'autonomie 2015-2020 un objectif de recensement et de suivi des logements accessibles-adaptés⁷⁷. Ce recensement permettra de faciliter la mise en relation entre les personnes âgées en perte d'autonomie et l'offre de logements accessibles-adaptés via la plateforme Adalogis, élaborée par la fédération Solidaire pour l'Habitat (SOLIHA).

b. Aménagements et aides techniques

Afin d'adapter un logement, les personnes âgées peuvent avoir recours à l'aménagement du domicile et aux aides techniques. En 2008, une personne âgée sur quatre avait adapté son logement grâce aux travaux ou aux aides techniques⁷⁸.

Les aides techniques sont définies par le code de l'action sociale et des familles. Il s'agit de :

« Tout instrument, équipement ou système technique adapté ou spécialement conçu pour compenser une limitation d'activité rencontrée par une personne du

⁷⁷ CONSEIL DEPARTEMENTAL Deux-Sèvres, « Schéma pour l'autonomie 2015-2010 », 2014, consulté le 15 juillet 2017, <http://www.deux-sevres.com/deux-sevres/Portals/cg79/missions/solidarit%E9/pdf/SchEmaAutonomie20152020.pdf>.

⁷⁸ DREES, Etudes et résultats, « Vieillir chez soi : usages et besoins des aides techniques et des aménagements du logement », 2012.

fait de son handicap, acquis ou loué par la personne handicapée pour son usage personnel »

Les aides techniques visent entre autre à permettre la mobilité : cannes, déambulateurs, fauteuils roulants, scooteurs motorisés pour les déplacements, et verticalisateur et lèves-malade pour les transferts sont les principaux dispositifs. Ces aides techniques sont nécessaires pour permettre aux personnes âgées ayant des difficultés à circuler, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du logement. De plus, les aides techniques de transfert présentent l'opportunité, pour les personnes grabataires, de sortir du lit. Il est pour cela nécessaire de mettre en place les moyens humains : Des aidants ou auxiliaires de vie formés à l'utilisation de ce type d'aide technique.

Par ailleurs, l'aménagement du logement peut se faire via la mise en place de mobiliers adaptés tels que la mise en place d'un lit médicalisé, ou de dispositifs de soutien comme les barres d'appui. Des aménagements plus « lourds » peuvent favoriser l'accès aux pièces par l'élargissement des portes ou des couloirs, l'adaptation de la salle de bain ou de la cuisine. Six des dix personnes âgées rencontrées à domicile ont une salle de bain adaptée. Cela se traduit majoritairement par la présence d'une douche à l'italienne, d'un siège de douche et de barres de maintien. Cela permet de sécuriser les personnes âgées lorsqu'elles se douchent seules, de les rassurer elles-mêmes ainsi que leurs proches, mais également de faciliter l'utilisation de la douche lorsque les personnes ont besoin d'être aidées lors de la toilette. Par ailleurs, un logement adapté doit nécessairement bénéficier d'un parcours « chambre à coucher-toilettes » sécurisé, trajet sur lequel interviennent une grande partie des chutes lorsque celles-ci surviennent à domicile.

c. La téléassistance

Les aides techniques et les aménagements permettent de limiter le risque de chutes. En revanche, cela ne permet pas de les éviter. En cas de chute, des solutions existent tel que la téléassistance, afin que les personnes âgées puissent signaler leurs difficultés. Celle-ci consiste en la mise en place d'un

service permettant à la personne âgée de faire appel à une plate-forme téléphonique en cas de problème. La personne âgée porte un bracelet ou un collier composé d'un bouton, sur lequel elle appuie en cas de besoin. En France, 520 000 personnes utilisent ce dispositif. En revanche, l'utilisation de la téléassistance nécessite que la personne âgée soit en capacité d'appuyer sur ce bouton, ce qui n'est pas nécessairement le cas lorsque les troubles cognitifs atteignent un certain stade. Par ailleurs, la cour des comptes, dans son dernier rapport, met en avant la « marginalité » de la mise en place de la téléassistance⁷⁹.

Afin de permettre l'adaptation du logement, nous pouvons noter le rôle des ergothérapeutes, mais également celui de l'ensemble des acteurs agissant auprès de la personne âgée à domicile. L'adaptation d'un logement fait bien souvent suite à l'intervention de professionnels au domicile des personnes âgées, tels que le personnel des SAAD, des SSIAD, ou encore des kinésithérapeutes, infirmiers libéraux et médecins traitants.

Des aides existent pour le financement de ces aides techniques : l'APA pour les personnes âgées de GIR 1 à 4, des fonds de caisses de retraite pour les personnes âgées autonomes, la PCH pour les personnes handicapées. De plus, les aides techniques reconnues comme dispositifs médicaux peuvent faire l'objet de prescription par le médecin traitant, le kinésithérapeute ou l'infirmière, et être ainsi financées par la sécurité sociale. Par ailleurs, les personnes âgées peuvent bénéficier d'aides de l'ANAH ou des collectivités locales pour la réalisation de gros travaux d'aménagement.

Ces solutions domotiques, aménagements et aides techniques permettent d'adapter et de rendre accessible le logement de la personne âgée. Cela permet de sécuriser, prolonger l'autonomie de la personne âgée, et faciliter l'aide des proches ou des aidants professionnels. Toutes les opportunités explorées visent à favoriser le maintien à domicile de la personne âgée. Néanmoins, des limites au maintien à domicile persistent.

⁷⁹ Ibid. p. 18.

3) Les limites du maintien à domicile des personnes âgées

Il convient d'ores et déjà de spécifier une première chose : Les limites au maintien à domicile existent, mais celles-ci concernent principalement la minorité dépendante des personnes âgées. Notre exploration des principaux leviers et freins au maintien à domicile nous permet à présent d'en exposer les limites. Les troubles cognitifs, à un stade sévère s'avèrent parfois incompatibles avec la vie à domicile (I). De plus, le manque de financements (II), la ruralité (III) et l'inadaptation et l'inaccessibilité du lieu de vie (IV) peuvent compromettre le maintien à domicile des personnes âgées. Enfin, le maintien à domicile peut être limité par la carence d'information dont dispose les personnes âgées et aidants (V).

a. Les troubles cognitifs sévères

Si le maintien à domicile des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs légers est rendu possible par la présence d'un entourage, la mise en place d'aide à domicile, l'aménagement du logement et l'accès aux accueils temporaires, celui-ci devient difficile lorsque ces troubles atteignent un stade sévère. Du fait de leurs troubles, elles peuvent oublier de manger, de boire, ingérer des éléments non comestibles, etc. De plus, les dispositifs tels que la téléassistance sont inadaptés, et les établissements d'accueil temporaire n'acceptent majoritairement pas les personnes présentant des troubles cognitifs sévères.

Pour que le maintien à domicile soit sécurisé, celui-ci nécessite une présence continue. Les troubles cognitifs rendent la tâche difficile aux proches aidants, d'autant plus lorsque les personnes accompagnées font preuve d'agressivité, ce qui est relativement fréquent. Les aidants subissent une pression psychologique, risquent l'épuisement, et peuvent voir leur propre état de santé se dégrader. Il est alors nécessaire de mettre en place des aides à domicile de manière soutenue, mais celles-ci sont insuffisamment financées par l'APA. D'une part, l'APA est plafonnée à 1400 euros par mois, d'autre part, les troubles cognitifs sont insuffisamment pris en compte dans la détermination du GIR. C'est ce qui explique par exemple, que M. PETER et M. JOHNNY, d'une dépendance

physique similaire, sont tous deux catégorisés GIR 3, alors que le premier a des troubles cognitifs légers, le second des troubles cognitifs sévères⁸⁰.

En l'absence de proche aidant, la présence d'une aide à domicile est nécessaire 24h/24 et 7j/7. Si cela est rendu possible - du moins dans les grandes villes - du point de vue de la couverture territoriale des SAAD et de la continuité des services, la grande majorité des personnes âgées ne dispose pas des moyens financiers suffisants.

b. Le manque de financements de la grande dépendance

En cas de grande dépendance, les pensions de retraites et l'APA ne suffisent pas à financer les aides humaines, techniques, et aménagements nécessaires. Le financement des aides à domicile contraint les personnes âgées à faire appel à d'autres sources de financement. En effet, il existe un fossé entre le montant du financement APA et le besoins d'accompagnement des personnes âgées⁸¹.

De plus, les aides financières accordées dans le cadre de l'APA sont moins favorables comparativement à celles de la PCH. L'APA est plafonnée à 1400 euros, alors que le montant des aides de la PCH peut atteindre plus de 10 000 euros. Ainsi, pour un même besoin, les personnes ayant développé des incapacités physiques après 60 ans bénéficieront d'une aide mensuelle bien inférieure, et bien moins adaptée que celles ayant déclaré une incapacité physique avant l'âge de 60 ans.

Par ailleurs, le congé du proche aidant, censé permettre à la personne aidante de soutenir un proche dépendant ne fait l'objet d'aucune indemnité financière. Le droit au répit, d'un montant de 500 euros peut concerner un maximum de 400000 aidants, bien loin des 8 millions d'aidants accompagnant un proche.

Le manque de financement peut également concerner les personnes âgées autonomes. Nous l'avons exploré au sein de ce mémoire, un logement adapté et accessible permet de limiter la perte d'autonomie. Malgré les nombreux

⁸⁰ Annexe II, Synthèses entretiens et observations - personnes âgées, entretiens n°3 et 4.

⁸¹ Ibid. p. 18.

financements prévus par l'ANAH, la CNAV ou les caisses de retraite complémentaires, le coût des travaux pour l'adaptation d'une douche par exemple laisse un reste à charge important.

Afin de financer les aides à domicile, les aides techniques et les aménagements éventuels, les personnes âgées doivent pouvoir compter sur leur épargne. Elles peuvent également avoir recours à une assurance dépendance. Si celles-ci étaient abordables il y a encore une dizaine d'années, les assureurs se sont aujourd'hui rendu compte du coût que ce type d'assurance pouvait engendrer à long terme. À présent, la cotisation a augmenté et la rente en cas de dépendance a diminué. Néanmoins, celle-ci reste une piste à explorer pour les personnes encore autonomes en prévision d'un éventuel besoin futur. Mais tout est là encore une question de moyens financiers. Cette possibilité risque de rester réservée à des personnes ayant des revenus suffisants.

Au vu de l'augmentation prévisible du nombre de personnes âgées dépendantes, il était question de rendre obligatoire la souscription à une assurance dépendance. Par ailleurs, la hausse de la cotisation sociale généralisée (CSG) fait partie du programme du gouvernement actuel, afin de financer l'augmentation de la dépendance.

c. La ruralité

La ruralité peut constituer une limite pour les personnes âgées dépendantes. Outre l'absence de commerces de proximité et autres commodités qui ne sont pas accessibles à pieds, les milieux ruraux ne disposent bien souvent pas de services d'aide à domicile permettant un accompagnement de nuit. Pour les personnes âgées, la ruralité apparaît alors comme une limite, d'autant plus lorsque les personnes âgées dépendantes n'ont pas de proche aidant. Par ailleurs, la prise en charge sanitaire et médico-sociale y est parfois insuffisamment développée : Déserts médicaux, insuffisance de place en SSIAD ou en HAD. L'absence de ces acteurs clés freine le maintien à domicile des personnes âgées, qui ont souvent besoin d'un suivi régulier en terme de santé.

d. L'inadaptation et l'inaccessibilité du logement

Un logement inadapté et inaccessible peut compromettre le maintien à domicile d'une personne âgée. Le logement, lorsqu'il est sécuritaire limite la perte d'autonomie. À l'inverse, lorsqu'il n'est pas adapté, le logement peut être générateur de chutes, et ainsi causer la perte d'autonomie de la personne âgée. Inaccessible, il devient une véritable prison pour ses occupants dépendants. Nous n'allons pas revenir sur ces points qui ont été largement explorés en première partie. L'inadaptation et l'inaccessibilité des logements apparaît davantage comme une limite à travers le manque de construction accessibles-adaptées actuel au regard de la croissance de la population âgée dépendante dans les années à venir.

e. Le manque d'informations

La prise de conscience du besoin d'information est assez récente en France. Divers acteurs ont un rôle en la matière : Les CLIC, les SAAD, les associations d'aide aux aidants, etc.

Par ailleurs, les leviers mis en place émanent d'acteurs divers : transports accompagnés, aide à domicile, aides relatives à l'adaptation du logement, etc. Cela crée le trouble auprès des personnes âgées et leurs aidants, et un manque de lisibilité.

La cour des comptes a mis en avant dans son dernier rapport que seule la moitié des français pense être informée des opportunités possibles pour faire face à la dépendance⁸².

Conclusion intermédiaire

La présence d'un entourage, la mise en place d'aide à domicile par du professionnel formé, l'intervention des SSIAD, de l'HAD et des professionnels de santé à domicile permet de réunir les conditions humaines au maintien à domicile. Si ces acteurs sont de plus en plus informés et coordonnés, les structures de plus en plus présentes sur l'ensemble du territoire français, il reste

⁸² Ibid. p. 18.

un frein financier pour le recours aux aides à domicile. De plus, le développement des SSIAD reste inégal sur le territoire français.

Par ailleurs, le maintien à domicile connaît des limites. Celles-ci découlent majoritairement d'un cumul de facteurs. En effet, les troubles cognitifs sévères ne permettent pas le maintien à domicile de la majorité des personnes. En revanche, il est rendu possible à une minorité disposant d'importants moyens financiers. Le manque de financements concerne d'autant plus les personnes âgées lorsque leur niveau de dépendance est élevé. La ruralité constitue une limite pour les personnes âgées dépendantes ou malades, nécessitant un contact régulier avec les professionnels de santé ou du secteur médico-social. Les solidarités et l'implication de l'entourage peuvent en revanche suffire au maintien à domicile des personnes âgées faiblement dépendantes ou autonomes. Enfin, l'accessibilité, l'adaptation des lieux de vie, et l'accès à l'information ont fait l'objet d'une prise de conscience tardive. Aujourd'hui, des leviers existent, mais les limites persistent davantage au regard de l'augmentation de la dépendance dans les années à venir, qui nécessite une accélération des aménagements et outils mis en place.

Conclusion

Les personnes âgées souhaitent majoritairement vieillir à domicile. Si le respect de ce choix paraît aisé pour la part autonome des personnes âgées, elle nécessite en revanche l'utilisation de différents leviers pour la minorité dépendante.

La volonté des pouvoirs publics de soutenir ce maintien à domicile s'est traduit par le développement de moyens humains, matériels et financiers. Si ceux-ci visent à maintenir à domicile les personnes âgées dépendantes, ils visent également à prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées autonomes. Comme nous l'avons vu au sein de ce mémoire, l'isolement, la dénutrition et les chutes sont des facteurs de risque influant sur la perte d'autonomie. Il s'agit ainsi également de limiter ces facteurs de risque.

Les personnes âgées peuvent avoir recours à deux types de leviers, le premier est humain, le second est lié au logement. Les acteurs clés permettant le maintien à domicile des personnes âgées sont les proches aidants et les services d'aide à domicile. Les pouvoirs publics se sont attachés à reconnaître les aidants, par la mise en place de nouveaux droits. De plus, les proches aidants sont de plus en plus formés et informés. Les services d'aide à domicile ont également un rôle auprès des personnes âgées dépendantes, en relai de proche aidant, ou en tant qu'aide humaine unique pour les personnes seules ou isolées. Par ailleurs, l'accessibilité des soins est primordiale pour les personnes âgées. L'offre sanitaire et médico-sociale s'est adaptée, à travers la création des établissements HAD et des SSIAD. Ceux-ci restent en revanche inégalement répartis sur le territoire français.

Par ailleurs, un maintien à domicile sécurisé nécessite un logement adapté. Pour cela, des solutions domotiques, des aides techniques, et des dispositifs tels que la téléassistance permettent à la personne âgée de gagner en autonomie. Le logement doit également être accessible à la personne âgée, afin que celui-ci ne soit pas un lieu d'enfermement.

La mise en œuvre de ces conditions nécessaires au maintien à domicile des personnes âgées doit être facilitée par un travail coordonné des professionnels des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, afin de rendre possible une prise en charge globale, allant du besoin en accompagnement et en soins, à celui de la mise en place de solutions relatives à l'adaptation du logement.

Ces leviers visent ainsi à permettre aux personnes âgées de rester vivre à domicile. Cependant, des limites existent, ce sont notamment les limites cognitives. En effet, les personnes âgées, lorsqu'elles ont des troubles cognitifs sévères ont besoin d'une présence continue pour vivre en sécurité à domicile. Hors, le coût des aides à domicile ne peut être supporté par la grande majorité des personnes âgées. Cela nous mène à évoquer une seconde limite, celle du financement en cas de grande dépendance. Par ailleurs, l'inaccessibilité aux soins dans les milieux ruraux, le manque de logements accessibles et adapté et le manque d'information constituent également des limites au maintien à domicile.

L'Etat a mis les moyens pour réunir ces conditions du maintien à domicile, en impulsant le développement et la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile, la coordination, en finançant les soins, en favorisant l'information auprès des personnes âgées, et en mettant en place un financement pour les aides humaines et les l'adaptation du logement.

Face à la croissance du nombre de personnes âgées dans les années à venir, l'Etat doit apporter des solutions en terme de financement de la dépendance, d'adaptation et d'accessibilité des logements. Par ailleurs, les SSIAD ne couvrent actuellement qu'une faible partie du territoire français, majoritairement les milieux urbains. Il faudra ainsi développer ce type de structures, et réorganiser leur financement afin de les rendre accessibles sur l'ensemble du territoire.

Il serait intéressant d'explorer des solutions alternatives au maintien à domicile, comme les petites unités de vie ou l'accueil familial.

Bibliographies

AGIRCARCCO, « *Diagnostic Bien chez moi* », 2016, consulté le 7 juillet 2017, <http://www.agircarcco-actionsociale.fr/accompagner/le-diagnostic-bien-chez-moi-conseils-en-ergotherapie/>.

AMELI, « *Un accord pour renforcer la coordination des soins et l'exercice regroupé* », 2017, consulté le 7 août 2017, <https://www.ameli.fr/paris/infirmier/actualites/un-accord-pour-renforcer-la-coordination-des-soins-et-l'exercice-regroupe>.

ANESM, RBPP, « *Le soutien des aidants non professionnels de personnes âgées dépendantes, de personnes adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile* », 2015, consulté le 7 août 2017, http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Cadrage_RBPP_Accompagnement_des_aidants_non_professionnels_a_domicile.pdf.

APF, « *Le baromètre APF de l'accessibilité 2012* », 2013.

BRESSE Sophie, « *L'enjeu de la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile en faveur des personnes âgées* », *Retraite et société*, vol. n° 39, no. 2, 2003.

BROUSSY Luc, « *Dix mesures pour adapter la société française au vieillissement* », Dunod, 2014.

CAISSE DES DEPOTS, « *Logement/personnes âgées, Une convention multipartite pour atteindre les 100000 logements adaptés au vieillissement* », 2016, consulté le 10 juillet 2017, <http://www.caissedesdepotsdesterritoires.fr/cs/ContentServer?pagename=Territoires/LOCActu/ArticleActualite&cid=1250271077533>.

CARADEC Vincent, « *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement* », Armand Colin, collection 128, 2015.

CNAV, « *Statistiques, recherches et prospectives : âge de départ à la retraite* », 2017, consulté le 8 avril 2017, <http://www.statistiques-recherches.cnnav.fr/age-de-depart-a-la-retraite.html>.

CNSA, « *Evaluation des dispositifs MAIA et appui à la mise en œuvre des recommandations, rapport final* », 2017.

CNSA, « *L'apport de la CNSA dans la modernisation et la professionnalisation des services d'aide à domicile* », Numéro 14, 2017, <http://www.cnsa.fr/documentation/meumo14-2017-bd.pdf>.

CNSA, « *Plan maladies neurodégénératives 2014-2019* », 2017, consulté le 6 août 2017, http://www.cnsa.fr/documentation/plan_maladies_neuro_degeneratives2014.pdf

CNSA, « *SROMS, Bilan national de la première génération des schémas régionaux d'organisation médico-sociale 2012-2016* », 2013, consulté le 10 juillet 2017, <http://www.cnsa.fr/documentation/cnsa-DT-sroms-26-09-2013.pdf>.

CONSEIL DEPARTEMENTAL Deux-Sèvres, « *Schéma pour l'autonomie 2015-2010* », 2014, consulté le 15 juillet 2017, <http://www.deux-sevres.com/deux-sevres/Portals/cg79/missions/solidarit%E9/pdf/SchEmaAutonomie20152020.pdf>.

COUR DES COMPTES, Rapport public thématique, « *Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie : Une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler* », 2016.

CREDOC, « *Etude qualitative des effets de l'intervention bénévole sur l'isolement et la perte d'autonomie des personnes âgées* », 2013.

DEPARTEMENT DE PARIS, « *Seniors à Paris : Schéma parisien 2017-2021* », 2017, consulté le 7 juillet 2017, <https://api-site-cdn.paris.fr/images/92474>.

DREES, « *Incapacité et perte d'autonomie des personnes âgées en France : Une évolution favorable entre 2007 et 2014 – Enquête Vie Quotidienne et Santé* », 2017.

DREES, Etude et résultats, « *L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile* », n°771, 2011, consulté le 13 juillet 2017, <http://www.aidants.fr/sites/default/files/public/Pages/er771-drees-aout2011.pdf>.

DREES, Etudes et résultats, « *Les aides et les aidants des personnes âgées* », 2001, consulté le 12 juillet 2017, <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er142.pdf>.

DREES, Etudes et résultats, « *Vieillir chez soi : usages et besoins des aides techniques et des aménagements du logement* », 2012.

ENNUYER Bernard, « *Enjeux, acteurs, organisation*, Dunod, 2014.

FEHAP, « *Note sur le bilan de la première génération des SROMS 2012-2016* », 2013, consulté le 10 juillet 2017, http://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2013-11/analyse_cnsa_sroms.pdf.

FNEHAD, « *L'hospitalisation À Domicile en 2014* », édition 2015, 2015, consulté le 15 juillet 2017, http://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2015/10/HAD_Annexes_18x25cm_web.pdf.

FONDATION DE FRANCE, « *Les solitudes en France : L'impact de la pauvreté sur la vie sociale* », 2011, consulté le 29 juillet 2017, https://www.fondationdefrance.org/sites/default/files/atoms/files/pauvrete_et_isolement_synthese_fondation_de_france.pdf.

FRANCO Alain, *Rapport de la mission Vivre chez soi*, « *Vivre chez soi : autonomie, inclusion et projet de vie* », 2010.

GIMBERT Virginie, GODOT Clélia, « *Vivre ensemble plus longtemps, Enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française* », rapport n°28, Centre d'analyse stratégique, la documentation française, 2010.

HAS, « *Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée* », 2007.

HAUT CONSEIL DE SANTE PUBLIQUE, « *Evaluation du Plan National Bien Vieillir 2007-2009* », 2010.

HUMANIS, « *Dénutrition des personnes âgées, conséquences et prévention* », 2016, consulté le 7 août 2017, <https://humanis.com/particulier/mutuelle-sante/denutrition-personnes-agees-consequences-et-prevention/>.

IGAS, « *Evaluation de la coordination d'appui aux soins* », 2015.

INPES, « *Mieux prévenir les chutes chez les sujets âgés* », La Santé de l'homme, n°381, 2006.

INPES, « *Référentiel de bonnes pratiques : Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile* », Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité, 2005, consulté le 16 juillet 2017, <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/830.pdf>.

INVS, Dossier thématique « *Chutes* », 2011, consulté le 7 août 2017, <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Traumatismes/Accidents/Chutes>.

INSEE, *Espérance de vie – Mortalité*, 2017, consulté le 15 mai 2017, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2569330?sommaire=2587886>.

INSEE, « *France : Portrait social* », Edition 2016, 2016.

INSEE, « *Les bénéficiaires de l'APA dans les départements* », 2016.

INSEE, *Natalité – Fécondité*, 2017, consulté le 16 juin 2017, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2569328?sommaire=2587886>.

INSEE, *Projection de population à l'horizon 2070*, 2017, consulté le 5 mai 2017, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>.

INSEE PREMIERE, PAN KE SHON Jean-Louis, « *Isolement relationnel et mal-être* », 2003.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUEBEC, « *Enquête sociale et de santé* », 1998.

JOURNAL OFFICIEL, VIème Plan de développement économique et social, Rapport Général, « *Les objectifs généraux et les actions prioritaires du VIème Plan* », Annexe C11, du 16 juillet 1971.

MAZEAU Michèle. « *Troubles cognitifs, Déficience Mentale, Troubles Spécifiques des Apprentissages : Un mot peut en cacher un autre* », *Contraste*, vol. 22 - 23, no. 1, 2005.

NOËL Jean-Luc, Espace éthique APHP, « *Accepter le diagnostic et ses conséquences dans la vie* », 2015, consulté le 29 mai 2017, <http://www.espace-ethique.org/ressources/article/accepter-le-diagnostic-et-ses-conséquences-dans-la-vie>.

PIN Stéphanie, « *Les solidarités familiales face au défi du vieillissement* », *Les Tribunes de la santé*, vol. n° 7, no. 2, 2005.

MINISTERE DE LA SANTE, « *Plan national « Bien Vieillir » 2007 – 2009* », Ministère de la Santé et de la solidarité, 2007, consulté le 12 juillet 2017, <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf>.

PIOT-ZIEGLER Chantal et al. « *Définir « la peur de tomber » chez les personnes âgées à domicile. Étude qualitative* », *Bulletin de psychologie*, vol. numéro 492, no. 6, 2007.

RENOUX Axel, ROUSSEL Romain, ZAIDMAN Catherine, « *Le compte de la dépendance en 2011 et à l'horizon 2060* », *Dossiers Solidarité Santé* n°50, Drees, 2014.

RETRAITE PLUS, « *Vivre avec la maladie d'Alzheimer* », 2013, consulté le 13 juillet 2017, https://www.retraiteplus.fr/docs/upload/users/10/presse/guide_web1.pdf.

SENAT, Rapport d'informations, « *La France et les français face à la canicule : les leçons d'une crise* », 2004, consulté le 21 juillet 2017, <https://www.senat.fr/rap/r03-195/r03-19516.html>.

SENAT, 14^e législature, « *Maintien des personnes âgées à domicile* », 2017, consulté le 23 juillet 2017, <http://www.senat.fr/basile/visio.do?id=qSEQ161023545&idtable=q329627|q320096|q320202|q319993|q324401|q326908|q320677|q321800&c=aidants+famili aux&rch=gs&de=20160723&au=20170723&dp=1+an&radio=dp&aff=sep&tri=p&off=0&afd=ppr&afd=ppl&afd=pjl&afd=cvn>.

TLILI Cécile, CHARPIN Jean-Michel, « *Perspectives démographiques et financières de la dépendance* », 2011.

VAN PEVENAGE Isabelle, « *La recherche sur les solidarités familiales. Quelques repères* », *Idées économiques et sociales*, vol. 162, no. 4, 2010.

VAN ROMPAEY Christian, « *Solitude et vieillissement* », *Pensée plurielle*, 2003, consulté le 30 juillet, <http://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2003-2-page-31.htm>.

VANLERENBERGHE Jean-Marie, WATRIN Dominique, Rapport d'information, " *L'aide à domicile auprès des publics fragiles : un système à bout de souffle et à réformer d'urgence* », 2014, consulté le 7 août, http://www.senat.fr/rap/r13-575/r13-575_mono.html.

Table des figures

Figure 1 : Limitations fonctionnelles et principales incapacités liées.....	15
Figure 2 : Chutes estimées en France.....	34

Table des annexes

Annexe I : Guide d'entretien personnes âgées.....	I
Annexe II : Synthèses entretiens et observations - personnes âgées.....	III
Annexe III : Synthèse entretiens responsables de services à la personne..	XXIV
Annexe IV : Acteurs « guichet intégré ».....	XXXI
Annexe V : Fiche FAMO.....	XXXII

Annexes

Annexe I : Guide d'entretien personnes âgées

Thèmes	Questions	Exemples de relances
Situation familiale	Pouvez-vous me parler de votre situation familiale ?	Avez-vous des enfants ? Habitent-ils à proximité de chez vous ? À quelle fréquence vous rendent-ils visite ? Vivez-vous seul ?
Lien social	Quel lien entretenez-vous avec les personnes habitant votre quartier ? Avez-vous l'occasion de rencontrer régulièrement des amis ?	Avez-vous des contacts réguliers avec vos voisins, votre gardien d'immeuble ? Vous sentez-vous isolé ?
Logement	Pouvez-vous me parler de votre logement ? Vous sentez-vous en sécurité au sein de votre logement ? Comment faites-vous pour vous déplacer au sein du logement et à l'extérieur ?	Depuis combien de temps habitez-vous votre logement ? Vous sentez-vous « chez vous » ? Avez-vous adapté votre logement à une éventuelle perte d'autonomie ? Disposez-vous d'un système de téléassistance ? Quels aménagements vous permettraient de vous sentir plus en sécurité ? Utilisez-vous des aides techniques ? Avez-vous fait ces choix d'aménagement et d'équipements seul ? Qui vous a conseillé ou aidé ? Vous sentez-vous libre de circuler au sein de votre logement ? Vous sentez-vous libre de circuler au sein de votre quartier ?

Vie quotidienne	<p>Quelles difficultés rencontrez-vous pour effectuer les tâches de la vie quotidienne ?</p> <p>Comment faites-vous face à ces difficultés ?</p>	<p>Rencontrez-vous des difficultés pour vous lever, vous laver, cuisiner, etc. ?</p> <p>Etes-vous aidé par un proche ? Par un professionnel ?</p> <p>Pour quel type d'aide ?</p> <p>A quelle fréquence ?</p> <p>Trouvez-vous cela suffisant ?</p>
Accès aux soins	<p>Quels sont les contacts que vous avez avec le personnel médical et paramédical ?</p>	<p>Quels professionnels interviennent à votre domicile ?</p> <p>Comment est organisé votre suivi médical ?</p> <p>Qui organise vos rendez-vous médicaux ?</p> <p>Estimez-vous que votre santé est bien suivie ?</p>
Limites	<p>Envisageriez-vous de quitter votre domicile ?</p> <p>Pour quelles raisons pourriez-vous être amené à quitter votre domicile ?</p>	<p>Avez-vous rencontré des difficultés de financement des aides et aménagements ? Comment les avez-vous financés ?</p>

Annexe II : Synthèses entretiens et observations - personnes âgées

ENTRETIEN AVEC LES PERSONNES AGEES

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre de la préparation du Master 2 Management des Etablissements de Santé de l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé, réalisation d'un mémoire sur la thématique du maintien à domicile. L'objectif, à travers cet entretien, est de mettre en avant les leviers, les freins et les limites au maintien à domicile des personnes âgées. Les noms des personnes âgées interrogées ont été modifié afin de respecter l'anonymat.

Conditions de diffusion : Le présent entretien sera annexé au mémoire, consultable sous format numérique et papier à la bibliothèque de l'université de Lille 2. Préalablement à la diffusion de la présente synthèse, elle sera communiquée à l'interviewé pour accord, et toute demande de modification sera prise en compte.

Entretien n°1 - Jeudi 1^{er} juin - 17h30 à 18h00

Présents : Monsieur et Madame Cartier

Profils :

Âgée de 83 ans, Madame Cartier est autonome. Elle vit avec son mari, 86 ans, souffrant de la maladie à corps de Lewy (démence, altération des fonctions cognitives, tremblements, hallucinations). Monsieur Cartier appartient au GIR 3. Ils sont propriétaires d'un appartement de type T4. Monsieur et Madame sont aisés.

Interviewée : Madame Cartier

Lieu : Domicile de Monsieur et Madame Cartier, 75016, Paris

Transcription

M. HIVERT : Qu'est-ce qui vous aide vous et votre mari à rester vivre à domicile, qu'est-ce qui vous permet en fait de bien vivre... ?

Madame Cartier : Ba, c'est une association hein, parce qu'au début on a essayé avec un monsieur mais on s'est rendu compte que c'était pas possible. Bon, déjà il était pas très sérieux, mais en dehors de ça, c'était pas possible parce que, jusque là, on a toujours bougé quand même.

M. HIVERT : C'est à dire ?

Madame Cartier : On part 4 ou 5 fois par an en vacances. Là on part le 22, bon, on aura une autre organisation là-bas. Si on veut bouger on ne peut pas

avoir quelqu'un qui soit toujours la même personne, donc c'est plus facile avec une association.

M. HIVERT : Bien sûr. Donc là où vous partez en vacances, il y a aussi quelqu'un qui va vous aider ?

Madame Cartier : [S'adressant à son mari] « Chéri, tu ne devrais pas te mettre la-dessus parce que j'ai peur que ça ne tienne pas, prend plutôt le fauteuil, ça tient pas »

Monsieur Cartier : « moi aussi »

Madame Cartier : « Oui toi aussi mais ça ne tient pas très bien ce petit tabouret, mets-toi plutôt sur le fauteuil, ou viens là si tu veux ».

Et donc on s'est adressé à une association hein, qui envoie quelqu'un (auxiliaire de vie) et, en principe, ici c'est trois heures le matin, et le samedi et le dimanche je ne prends qu'une heure. Pour le matin la toilette, bon, elle aurait pas besoin spécialement de trois heures, mais enfin comme les choses deviennent de plus en plus longues... ça mets bien une heure et demi quand même hein, facile.

[S'adressant à nouveau à son mari] Tu ne devrais pas rester sur ce fauteuil là, je t'ai dit qu'il n'était pas très solide. Tu es déjà tombé là dessus.

Monsieur Cartier : Ba oui

Madame Cartier : Mets-toi là ou là. Bon enfin... Bon, oui c'est indispensable d'avoir quelqu'un. Déjà quand c'était moi il ne voulait pas se laver, et ça, c'était il y a déjà deux ans.

M. HIVERT : Vous l'avez aidé vous même pour la toilette au début ?

Madame Cartier : Ba au début oui, heu, mais après, bon très vite je me suis rendue compte que déjà, je suis pas forcément patiente. Il faut de la patiente hein !

M. HIVERT : Oui... Et vous avez d'autres proches qui aident, qui interviennent ?

Madame Cartier : Oui en cas de problème j'ai des enfants qui viennent, j'ai un fils en bas qui, de temps en temps, si je suis en retard ou si j'ai quelque chose à faire, peut monter.

M. HIVERT : Ah il est dans le même immeuble ?

Madame Cartier : Il est dans le même immeuble oui.

M. HIVERT : C'est pratique !

Madame Cartier : Oui c'est pratique. Et puis les autres ne sont pas très très loin, donc...

M. HIVERT : D'accord, et est-ce que vous avez aussi des contacts avec le voisinage?

Madame Cartier : Oh oui, avec les voisins il y a pas de problèmes. Tout le monde m'a dit que s'il y a quelque chose, un problème, même la nuit, vous nous appelez. Oui, tous les voisins... et on a même un médecin au 5^{ème} (étage).

M. HIVERT : C'est le médecin traitant ?

Madame Cartier : Non pas du tout, on n'a pas ça, le médecin traitant est à Boulogne, ce qui va poser aussi un problème au bout d'un moment au niveau du déplacement.

M. HIVERT : Il ne se déplace pas à domicile ?

Madame Cartier : Je ne crois pas, je ne sais pas. Pour l'instant, nous y allons. Et il faut bien quand même essayer de sortir un peu. Mais ça devient de plus en plus dur.

M. HIVERT : Quels contacts avez-vous avec les professionnels de santé ?

Madame Cartier : Il y a pas grand chose. D'ailleurs, on voit le médecin généraliste une fois tous les 3 mois, tous les 6 mois. L'ordonnance est pour 6 mois, là on l'a vu il y a 15 jours ou 3 semaines, on ne va pas le revoir avant septembre. Après on a un médecin à Ste Perrine, un gé., un gé...

M. HIVERT : Un médecin gériatre ?

Madame Cartier : Oui c'est ça. Mais alors il nous voit une fois tous les 6 mois pour nous dire qu'il n'y a rien à faire [rire]

M. HIVERT : D'accord

Madame Cartier : Je trouve que c'est démoralisant comme métier, mais ça c'est son problème. Bon sans ça... on a rien d'autre. Le docteur avait proposé d'aller dans une maison d'accueil pour la journée, on a essayé...

M. HIVERT : D'accord oui, vous pouvez m'en parler ?

Madame Cartier : Alors, bon on a fait tous les papiers, et on a essayé mercredi, il a pas apprécié du tout.

M. HIVERT : C'est à dire ?

Madame Cartier : Il y avait des activités, mais il n'a rien voulu les faire. Il a eu l'impression d'être en prison. Bon, ici, il est en prison aussi parce que je ferme la porte, mais il se promène tout le temps ici, il touche à tout, il déménage tout.

M. HIVERT : Oui...

Madame Cartier : Alors il a quand même l'impression de bouger. Alors on essaye de sortir une fois par jour, de préférence on essaye à l'heure du repas, c'est encore ce qui est le moins dur, mais ça commence quand même à devenir un peu dur. On va au restaurant, manger des petites bricoles mais ça devient de plus en plus difficile. Bon, les gens sont très accueillants, ça c'est au moins une des choses que j'ai découvert c'est que les gens sont très très patients, ils font beaucoup d'efforts.

M. HIVERT : Et pour les déplacements à l'extérieur, comment vous vous organisez ?

Madame Cartier : Il a une canne, mais là cet après midi il voulait pas la prendre. Mais je lui ai donné une canne, une canne normale, et puis bon on se déplace en voiture. Moi je suis tout le temps en voiture, moi je conduis très facilement donc euh... On va partir en Bretagne, on va partir tous les deux. Quand il est attaché dans la voiture il se détache pas beaucoup, il sait pas trop. La seule chose qui est embêtante c'est qu'il ouvre les portes.

M. HIVERT : Ah, il faut donc penser à les fermer.

Madame Cartier : On ne peut pas les coincer. J'ai appris ça, on peut coincer une portière arrière mais pas une portière avant. Alors j'espérais que... Mais on peut pas. Il paraît que ça serait dangereux. Moi je veux bien, mais je ne sais pas qu'est-ce qui est le plus dangereux.

Monsieur Cartier : Formation croix rouge

Madame Cartier : Je ne sais pas

Monsieur Cartier : C'était à Boulogne derrière la poste

Madame Cartier : Ah bon

Monsieur Cartier : Et c'était intéressant

M. HIVERT : Très bien si c'était intéressant.

Madame Cartier : Voilà... Il fait tout à l'envers. L'autre jour il a voulu boire de l'eau, alors il a mis l'eau dans le lave vaisselle... Comme il touche à tout, je retrouve tout partout.

Voilà... Bon sans ça j'espère qu'on va s'en sortir le mieux possible, que l'on va tenir le coup. Bon, visiblement vu l'évolution... déjà à partir de septembre on pourra plus faire grand chose à mon avis.

M. HIVERT : Qu'est-ce qui vous fait dire ça ?

Madame Cartier : On voit l'évolution, donc après, il faudra qu'on fasse des aménagements dans la chambre. Là on a aménagé la douche, avant on avait... Jusque là il était assez souple, il faisait beaucoup de gymnastique donc il arrivait à monter dans la baignoire, mais on s'est dit que ça n'allait pas durer donc on a transformé la salle de bain, et puis bon je pense qu'après on sera dans les lits médicalisés ou les choses comme ça... Je pense qu'un jour il ne bougera plus. On voit ça au jour le jour.

M. HIVERT : Donc là, les aménagements qui ont été fait sont uniquement dans la salle de bain ?

Madame Cartier : Oui, le reste ça reste encore... Il dort dans son lit, bon il se lève un peu la nuit. De temps en temps ça lui prend. Je lui dis reste là, bouge pas.

M. HIVERT : Et est-ce que vous avez une téléassistance ?

Madame Cartier : Non, je suis toujours là. Bon, sauf le matin, mais il y a l'auxiliaire de vie. Moi je fais tout le matin. C'est vrai que je ne vois pas très bien comment font les gens qui ne peuvent pas se payer quelqu'un, parce que ça revient quand même très cher. Je pense que, suivant les situations il y a des aides, mais elles sont quand même très limitées. Et pour les gens qui n'ont

vraiment rien, ça doit être sacrément dur. Moi encore le matin, je peux aller me balader. Et puis là, on peut encore sortir un petit peu.

M. HIVERT : Et les sorties que vous faites sont majoritairement dans le quartier ?

Madame Cartier : Non, on va dans Paris. Ben il y a encore 4 mois on pouvait quand même faire 500 mètres quoi. Alors que la on arrive à 250 mètres et aujourd'hui c'était des tous petits pas. On a été déjeuner à l'île St Germain, la voiture était tout prêt du restaurant.

M. HIVERT : Et est-ce qu'il y a des soins à domicile ?

Madame Cartier : Non, il y a rien. Il n'y a que la toilette. Les médicaments, il a 2 médicaments, il va bien. Un peu de tension. Et l'autre c'est pour être euphorique. C'est pas très efficace mais on le fait quand même.

M. HIVERT : Est-ce que vous voyez des limites pour rester à domicile ? Qu'est-ce qui pourrait faire que votre mari quitte le domicile ?

Madame Cartier : Je ne sais pas. Ba... Il faudrait qu'il se casse quelque chose. Je pense que si il se cassait quelque chose ça deviendrait peut-être difficile. Bon, sans ça... Après ça sera un zombi sur un lit. Quelqu'un qui le lave le matin et puis, il n'y aura pas grand chose à faire. Il n'a pas de maladie autre quoi. Après, il peut y avoir des choses qui se présentent mais pour l'instant... Bon on essayera de tenir le plus possible. Là on va partir en Bretagne, il y aura un autre problème c'est qu'il y a les escaliers. Alors on y est allé à Pâques, et il était tout le temps dans les escaliers. Alors je ne sais pas, à côté de ça, ça lui fait du bien. Alors au début je panique, et après je dis Inch Allah et arrivera ce qui arrivera. Vous ne pouvez pas l'empêcher de faire les choses. Si vous l'empêchez, il n'est pas content... Si on lui demande de se coucher et qu'il ne veut pas se coucher, vous n'allez pas le coucher. Il faut attendre qu'il ait décidé de se coucher. Alors ça dépend des heures, du temps... En ce moment c'est pas trop mal, alors il traîne un peu le soir mais après il dort dans la nuit. Quelque fois il se réveille mais il ne se relève pas. A un moment il se relevait, il traînait deux heures dans la chambre ou dans le couloir. Et puis quelque fois, il veut ouvrir la porte, il veut sortir, il faut pas oublier de fermer à clés.

M. HIVERT : Oui...

Madame Cartier : Le problème est aussi pécunier. Le jour où il faut... La c'est valable parce que je suis là. Mais le jour où il faut 24h/24 je ne sais pas. J'ai pas encore essayé de voir s'il y avait des possibilités la nuit. Mais là maintenant

je pars rarement. Mais là j'ai un mariage en septembre, j'ai pris pour partir tous les deux. Mais pas sur que je l'emmènerai.

M. HIVERT : C'est possible que les auxiliaires de vie viennent là nuit, quelqu'un peut intervenir 24h/24 et 7h/7.

Madame Cartier : Bon on verra, mais c'est ça un peu le problème à la longue. Bon moi personnellement ça ne me dérange pas tant que ça peut aller. Bon après il faudra sûrement quelqu'un le soir, quand il ne pourra plus se coucher. Je ne sais pas, je fais ça au jour le jour. Mais c'est vrai que ça fait 3 heures par jour ça fait quand même des mois à 1800 euros quoi. Alors on ne peut pas aller beaucoup plus. Un petit peu, naturellement, mais par rapport à une maison de retraite, même si c'est 3000 ou 4000, on arrive vite à 4000. C'est plutôt ça pour beaucoup de personnes qui sera le problème. Et encore nous on avait pris une assurance dépendance, ça ça a été une bonne chose.

M. HIVERT : Qu'est-ce que ça vous apporte aujourd'hui ?

Madame Cartier : Et bien ça me donne à peu près, en gros, 1000 euros par mois. Que j'avais pris tout à fait pas hasard parce que la Maaf m'avait proposé un jour : « Vous ne voulez pas une assurance dépendance ? ». Bon je travaillais et puis je savais que je n'aurais pas une très grosse retraite. Je m'étais dis allez, et puis je le déduisais dans mes frais. Et ils m'ont dit « Si vous prenez votre mari avec, il y a 30% d'abattement pour le mari », alors j'ai pris pour le mari et j'ai bien fais !

M. HIVERT : D'accord et ça vous permet de financer quoi ?

Madame Cartier : Les aides à domicile. C'est une somme fixe. Ça me rembourse les aides à domicile. Je suppose que j'aurais pu cotiser pour autre chose. Je ne savais même pas pour quoi je cotisais quand j'ai cotisé. Surtout qu'à l'époque c'était des francs. Non mais ça valait le coup. Surtout qu'à l'époque c'était quand même... J'ai un fils qui travaille un peu là dedans et qui me dit que maintenant, euh... ce genre de chose est beaucoup plus cher. Quand ils font des assurances, ça n'est plus au prix où j'ai payé, qui était quand même abordable. Au moins j'ai fais une chose de bien. Et puis ça ils me l'ont donné tout de suite, une fois que le docteur a fait...

Ca va faire deux ans, deux ans et demi à peu près, ou trois ans. J'avais téléphoné pour savoir combien je toucherais pour savoir, juste comme ça. Et puis ils m'ont dit, ils m'ont rappelé et m'ont dit « Mais vous savez, si ça vous intéresse, on peut vous la racheter ». Ils me rachetaient mon assurance pour 6000 euros. Il y a longtemps qu'ils ont dépensé les 6000 euros hein. Ils se rendaient très bien compte que ça risquait de coûter cher. Et ils essayaient...

J'aurais eu besoin d'argent, peut être que, quelque fois les gens se laissent avoir. Bon voilà, ça aide quand même bien.

M. HIVERT : Vous savez si cette somme aurait pu servir à autre chose que l'aide à domicile ?

Madame Cartier : Ba... Je ne sais pas. C'est sur la dépendance, oui c'est... Je ne sais pas. De toute façon on me le donne systématiquement. Il y a un médecin qui est venu, on a rempli tout le dossier, et le docteur qui est venu et qui a dit « Olala l'assurance vous savez, en général, il faut attendre 6 mois pour qu'ils vous la donne et là je n'ai pas eu de problèmes ils l'ont donné tout de suite. Mais ça va faire presque un an et demi qu'on le touche, au moins. Oui c'est quand même bien. Parce qu'on a aussi par le département aussi. Parce que le département ils envoient...

M. HIVERT : Les chèques CESU de l'APA?

Madame Cartier : Oui. Bon alors là, ils doivent envoyer 30 euros par mois quoi. Ils me comptent 30 heures, mais ils comptent l'heure à 1,50 euros. J'ai reçu hier ou avant hier, je ne sais pas ce que j'en ai fais... [Madame cherche le chéquier sur la commode] Mais ce n'est pas avec ça qu'on va aller loin. Je pense que d'autres l'ont plus cher. [Madame trouve le chéquier] Paris autonomie, on voit bien que Madame Hidalgo elle paye pas. C'est seulement 1,97 euros, pour une heure. Ils ont oublié un zéro. Alors j'ai le droit à 33 heures à 1,97. Enfin bon, je prends. Et en plus, je dois le déduire... De quoi je dois le déduire ? Ah oui, j'ai le droit de déduire de mes impôts les aides à domicile, mais il fallait que je retire ça. Les 30 euros, il ne fallait quand même pas les louper hein ! Ça faisait un peu ridicule j'ai trouvé, enfin bon, ça ne changeait pas grand chose sur mes impôts. Alors je pense qu'il y en a qui touche plus.

M. HIVERT : Oui, le montant des chèquiers dépend du niveau de revenu et du niveau de dépendance de la personne. Ce sont ces deux critères.

Madame Cartier : On verra la suite...

M. HIVERT : Merci beaucoup pour cet échange. Est-ce que ça vous gêne si je vois la salle de bain ?

Madame Cartier : Non pas du tout, je la fais visiter, elle est très belle....

Thématiques	Observation
Accessibilité du quartier	Présence de transports en communs, de banques et de magasins à proximité (rayon de 200 mètres)
Accessibilité du logement	L'entrée de l'immeuble est composée d'une première porte en fer forgé, puis d'une seconde porte en fer forgé également. Un ascenseur mène aux étages. Madame et Monsieur Cartier habitent au 1 ^{er} étage. La porte d'entrée donne sur un hall, puis sur le salon dans lequel se déroule l'entretien.
Adaptation du logement	<p>Je visite la salle de bain, qui a fait l'objet d'aménagements récents. La salle d'eau - initialement composée d'une baignoire - a été réaménagée afin de permettre la mise en place d'une douche. À l'intérieur de la douche, un « banc » incorporé au mur permet à une personne de s'asseoir. La douche est suffisamment grande pour que la personne qui aide à la toilette puisse entrer dans la douche. Il y a également des barres d'appui dans la douche. Il y a une marche d'environ 15 cm pour accéder à la douche. Madame m'explique qu'il n'était pas possible pour les artisans de faire la douche de plain pieds, puisque cela ne permettrait plus l'évacuation de l'eau.</p> <p>La machine à laver et le lavabo ont été déplacés afin de permettre le déplacement.</p>
Déplacements	<p>Madame se déplace facilement dans l'appartement. Elle m'invite à m'installer dans un fauteuil, et se place dans un fauteuil quasiment en face, et nous débutons l'entretien. Nous sommes positionnées de trois-quarts face.</p> <p>Je ne vois aucune aide technique dans cette pièce, simplement une table basse, un canapé relativement bas, des fauteuils, une table à manger et des chaises.</p> <p>Monsieur se déplace très lentement, le dos courbé. Il déambule dans l'appartement pendant la quasi-totalité de l'entretien, et essaye par deux fois de quitter l'appartement. Il ramasse sans cesse les objets se trouvant à sa portée : A plusieurs reprises, il porte un sachet vide, fait quelques pas, le repose, le récupère à nouveau, etc.</p> <p>Il s'assoit seul, mais les chaises et fauteuils ne sont pas adaptés. La chambre n'a pas non plus fait l'objet d'aménagement.</p> <p>Ses mains sont recroquevillées, et la prise en main des barres d'appui semble difficile.</p>

Entretien n°2 – jeudi 8 juin – 14h00 à 14h30

Présents : Madame et Monsieur Dunand

Profils : Agé de 69 ans, Monsieur Dunand est en situation de handicap physique. Il vit avec son amie, 65 ans, qui est quant à elle autonome. Monsieur Dunand a la PCH. Le ménage appartient à la classe moyenne, et est locataire d'un T2 accessible et adapté aux personnes en situation de handicap.

Interviewé : Monsieur Dunand

Lieu : Domicile de Madame et Monsieur Dunand, 75015, Paris

Thématiques	Synthèse
Situation familiale lien social	Un de mes enfants habite Toulouse, je le vois deux fois dans l'année. L'autre habite la Seine et Marne je le vois 3 ou 4 fois par an. Mes voisins je ne les vois pas trop. Je connais celui qui habite en face. Il est très handicapé. Je connais aussi le gardien. C'est tout. Je suis une bête sauvage. J'aime bien être seul. Il y a beaucoup d'enfants aussi. Ici, il y a des logements sociaux pour les familles.
Logement	Ce qui m'aide beaucoup c'est de pouvoir vivre chez moi dans un appartement pour personne à mobilité réduite. Avant d'arriver ici j'étais dans un studio. Mais je marchais encore avec une canne alors ça allait. Je conduisais encore aussi. Si aujourd'hui j'y étais encore, je ne pourrais plus entrer et sortir. Ici tout est fait pour. Tout est automatique, je peux entrer et sortir sans l'aide de quelqu'un. A l'intérieur aussi tout est automatisé. Pour aller aux toilettes ça s'allume et s'éteint tout seul. Il y a une seule chose c'est que lorsque je suis arrivé ici, j'utilisais la douche, mais aujourd'hui je ne peux pas utiliser car ça fait trop de travail.
Vie quotidienne	J'ai des auxiliaires de vie qui viennent le midi et le soir. Je ne peux plus utiliser la chaise percée car ça prend trop de temps, donc elles vident la poche urinaire. Tout se fait au lit maintenant. Des auxiliaires de vie viennent pour les courses, pour passer chez le pharmacien, elles me rendent énormément de services. Pour ça, je suis financé par la MDPH. Mais alors là je n'ai que 99 heures par mois mais ça n'est pas suffisant. Il faudrait au moins deux fois plus. J'attends qu'ils ajoutent des heures mais c'est en cours, ça met beaucoup de temps.
Accès aux soins	J'ai l'infirmière de l'ASSAD (Association de Soins et Services Infirmiers A Domicile) qui passe pour la toilette tous les jours. Elle me prépare aussi le pilulier.
Limites au maintien à domicile	Quand je sortirai d'ici, ça sera pour aller au cimetière du père Lachaise. Je n'ai pas l'intention de vivre dans un autre appartement ou d'aller en structure.

Thématiques	Observation
-------------	-------------

Accessibilité du quartier	Présence de transports en communs, de magasins de proximité, de serrurier, boulanger, etc. (Rayon de 200 mètres) Bus et métros à proximité. Environ la moitié des bus sont équipés d'une rampe d'accès pour les personnes en situation de handicap.
Accessibilité du logement	Ouverture automatique des deux portes extérieures permettant d'accéder au bâtiment. Immeuble récent, construit en 2014.
Adaptation du logement	Logement T2 pour personne en situation de handicap, ouverture automatisée de la porte d'entrée, éclairage automatique des pièces, lit médicalisé, lève personne, chaise percée, fauteuil roulant, fauteuil, scooter motorisé
Déplacements	Monsieur se déplace en fauteuil au sein du logement, en scooter motorisé à l'extérieur.

Entretien n°3 – mercredi 12 juillet – 15h00 à 15h15

Présents : Monsieur JOHNNY et son employée de maison

Profil : Âgé de 85 ans, Monsieur Johnny est atteint de la maladie d'Alzheimer (troubles de la mémoire) à un stade avancé. Il vit seul depuis le décès de son épouse un an auparavant. Il est locataire d'un T4 au sein d'une résidence services. Monsieur Johnny est de milieu aisé.

Interviewé : En raison de l'état de santé de Monsieur, je ne mène pas l'entretien de la même manière. J'adresse quelques questions à M. Johnny et à l'employée de maison, et privilégie davantage l'observation.

Lieu : Domicile Monsieur Johnny, 75016, Paris

Thématiques	Synthèse
Situation familiale lien social	M. vit seul depuis le décès de son épouse. Sa fille vit à Paris, et lui rend visite régulièrement.
Logement	
Vie quotidienne	Une auxiliaire de vie intervient 3 heures le matin et passe le soir lui donner ses médicaments, aider à l'hygiène, accompagner Monsieur pour des promenades et entretenir le linge et l'appartement. Une employée de maison intervient trois après-midi par semaine pour des promenades et de l'accompagnement.
Accès aux soins	Pas de soins particuliers. Une infirmière prépare le pilulier.

Thématiques	Observation
Accessibilité du quartier	Présence de transports en communs, de magasins de proximité, de banques et Poste (rayon de 200 mètres) Jardin public à proximité dans lequel M. Z va régulièrement se promener avec l'auxiliaire de vie
Accessibilité du logement	Un portail (ouverture à l'aide d'un bouton) puis une porte permettent d'accéder à la résidence. À l'intérieur, présence de personnel à l'accueil, ascenseur
Adaptation du logement	Salle de bain est adaptée (douche, barres de maintien). Proximité de la salle de bain et de la chambre.
Déplacements	M. Johnny se déplace sans aide technique à l'intérieur comme à l'extérieur de son logement. Il n'est pas physiquement dépendant. Il marche lentement. A l'issue de l'entretien, son employée de maison lui propose une promenade, qu'il accepte. Elle l'accompagne au bras. Monsieur Johnny cherche à dialoguer, il est souriant. À quelques dizaines de mètres de la résidence service, une connaissance de M. Johnny s'approche et le salue (un habitant

	du quartier). M. Johnny lui dit « rappelle moi qui tu es, j'oublie certaines choses maintenant ».
--	---

Entretien n°4 – jeudi 13 juillet – 11h00 à 11h15

Présents : Monsieur Peter

Profils : Agé de 90 ans, Monsieur Peter est atteint de troubles cognitifs légers. M. Peter appartient au Gir 3, et est sous curatelle. Il vit seul dans un appartement de type T2, dans lequel il est locataire. M. Peter dispose de moyens modestes.

Interrogé : Monsieur Peter

Lieu : Domicile Monsieur Peter, 75015, Paris

Thématiques	Synthèse
Situation familiale et lien social	Je vis seul ici, je n'ai besoin de personne. Je n'ai pas d'enfants. Je sors parfois avec des amis, j'aime aller à la piscine.
Logement	Mon logement j'y suis bien, je m'y sens bien. Je vis ici depuis une trentaine d'années.
Vie quotidienne	Je n'ai pas besoin. Bon, j'ai une auxiliaire qui vient tous les jours pour le ménage. C'est bien, je n'ai pas besoin de plus. J'ai mes repas qui sont livrés tous les jours. (L'auxiliaire de vie intervient également pour des aides à l'hygiène)
Accès aux soins	J'ai un médecin traitant. Je ne le vois pas souvent.

Thématiques	Observation
Accessibilité du quartier	Présence de transports en communs et de magasins de proximité, de restaurants (rayon de 200 mètres)
Accessibilité du logement	1ere porte en fer forgé Deuxième étage sans ascenseur.
Adaptation du logement	Appartement encombré, présence d'une canne.
Déplacements	Monsieur se déplace sans aide technique. Il n'utilise pas sa canne.

Entretien n°5 – lundi 17 juillet – 15h00 à 15h15

Présent : Madame Darcy

Profils : Agée de 90 ans, Madame Darcy est atteinte de troubles cognitifs sévères (diagnostic Alzheimer). Elle vit seule dans un appartement de type T2, dans lequel elle est locataire. Madame Darcy appartient au GIR 2. Elle est placée sous tutelle. Elle dispose de moyens modestes.

Interrogé : En raison de l'état de santé de Madame, je privilégie l'observation. Parallèlement, je m'entretiens téléphoniquement avec Madame Riva, sa voisine, aidante de Madame Darcy.

Lieu : Domicile de Madame Darcy, 75007, Paris

Thématiques	Synthèse
Situation familiale et lien social	La voisine de Madame Darcy lui rend visite chaque jour. Veuve, Madame Darcy n'a que très peu de contacts avec ses enfants, qui vivent à plus de 500km de chez elle. Son médecin traitant est très disponible pour elle.
Logement	
Vie quotidienne	Les auxiliaires de vie interviennent deux heures chaque jour pour les courses, la préparation de repas et la prise de médicaments. Elles accompagnent également Madame Darcy aux rendez-vous médicaux et dans un centre d'accueil de jour, dans lequel elle passe une journée par semaine. Madame Darcy sort régulièrement de son domicile. Elle est fréquemment absente au moment de l'intervention des auxiliaires de vie.
Accès aux soins	Madame Darcy consulte un orthophoniste chaque semaine.

Thématiques	Observation
Accessibilité du quartier	Présence de transports en communs et de magasins de proximité.
Accessibilité du logement	3 ^{ème} étage avec ascenseur
Adaptation du logement	Madame Darcy vit dans un T2. Il n'existe pas d'aide technique particulière. Lorsque Madame Darcy ouvre la fenêtre de son séjour, nous pouvons communiquer avec la voisine, Madame Riva.
Déplacements	Se déplace facilement à l'intérieur comme à l'extérieur

Entretien n°6 – lundi 17 juillet – 15h00 à 15h15**Présent :** Madame Printemps et son fils**Profils :** Âgée de 83 ans, Madame Printemps a des troubles du langage et de la mémoire. Elle vit seule dans un appartement de type T6, dans lequel elle est propriétaire. Madame Printemps appartient au GIR 3. Elle est de milieu aisé.**Interrogée :** Madame Printemps et son fils**Lieu :** Domicile de Madame Printemps, 75006, Paris

Thématiques	Synthèse
Situation familiale et lien social	<p>Mme Printemps :</p> <p>Je vis seule ici. J'ai deux enfants. Mon fil vit à Paris, je le vois toutes les semaines. Ma fille habite le sud de la France, donc je la vois moins souvent. Tous les matins je sors, je vais à la messe..</p> <p>Fils :</p> <p>Avant elle allait seule à la messe. Depuis sa sortie d'hôpital, ça n'est plus possible. Au début je l'ai accompagné, et maintenant l'auxiliaire de vie l'accompagne.</p>
Logement	<p>Mme Printemps :</p> <p>Je vie ici depuis 30 ans. J'ai une nouvelle salle d'eau, la douche est très pratique. Bientôt, « on » va retirer la baignoire et y mettre un bidet.</p> <p>Fils :</p> <p>Nous allons aussi changer les plaques de cuisson dans la cuisine.</p>
Vie quotidienne	<p>Mme Printemps :</p> <p>Je me lève très tôt le matin, à 5h00. Je m'occupe, je me prépare et j'attend la messe.</p> <p>Fils :</p> <p>Nous avons mis en place l'intervention d'auxiliaires de vie car ce n'était plus possible. Ma mère a chuté, et a été hospitalisée. Les médecins de l'hôpital (Pitié Salpêtrière) nous ont conseillé la maison de retraite. Mais elle préfère rester vivre ici, je la comprends. Alors nous avons tout fait pour qu'elle reste à domicile : L'intervention des professionnels médicaux et paramédicaux, les auxiliaires de vie, l'adaptation du logement, la téléassistance. Il reste les plaques de cuisson à changer, mais ma mère se braque, elle ne veut pas.</p>
Accès aux soins	<p>Fils :</p> <p>Il y a une infirmière qui vient tous les jours. Elle a aussi un orthophoniste qui vient deux fois par semaine, et un kiné, qui vient toutes les semaines. Le médecin traitant habite juste en face.</p>

Thématiques	Observation
-------------	-------------

Accessibilité du quartier	Présence de transports en communs, de magasins de proximité, de fleuristes (Rayon de 200 mètres) Bus et métros à proximité.
Accessibilité du logement	<ul style="list-style-type: none"> - Immeuble ancien de type haussmannien - Sécurisé par un digicode - Porte en fer forgé - Interphone/accès avec badge - Présence d'un ascenseur - 1^{er} étage
Adaptation du logement	<ul style="list-style-type: none"> - Logement T6 - Chambre à proximité de la salle de bain - Présence de mobilier à proximité de la chambre, susceptible de provoquer une chute - Douche à l'italienne, siège de douche, barres de maintien - Cuisine : Gaz - Téléassistance
Déplacements	Madame se déplace difficilement à l'aide d'une canne. À la fin de l'entretien, elle sort avec son fils qui l'accompagne au bras.

Entretien n°7 – lundi 17 juillet – 15h45 à 16h15

Présents : Madame Le Gallo

Profils : Âgée de 62 ans, Madame Le Gallo est en situation de handicap. Elle est atteinte d'une sclérose en plaque. Ses principaux symptômes sont la paralysie des membres inférieurs. Elle a également de l'arthrose cervicale. Elle vit seule dans un T4 dans lequel elle est locataire. Madame perçoit la PCH. Elle dispose de moyens modestes.

Interrogée : Madame Le Gallo

Lieu : Domicile Madame Le Gallo, 75015, Paris

Thématiques	Synthèse
Situation familiale et lien social	Je n'ai pas d'enfants et mon mari est décédé en 2012. Je peux compter sur mon gardien si j'ai besoin de quelque chose.
Logement	Je vis dans mon appartement depuis 2003. Il a fallu élargir les portes depuis que je suis au fauteuil. Avant, je pouvais encore marcher, mais maintenant ce n'est plus le cas.
Vie quotidienne	Une auxiliaire de vie vient le matin de 8h00 à 10h00 et le soir de 18h00 à 19h30. Elle fait la toilette, me transfère dans mon fauteuil le matin, fait les courses, la cuisine et le ménage. Le soir elle me couche au lit. J'ai aussi une employée qui est présente toute la nuit. Je l'ai trouvé par relation. Je ne sors pas tous les jours. C'est compliqué. Je sors uniquement quand je n'ai pas le choix car en fauteuil c'est compliqué, et il faut nécessairement que quelqu'un m'accompagne. Je fais appel au réseau Pam (Pour Aider à la Mobilité). Les chauffeurs viennent me chercher dans mon appartement et me conduisent dans un véhicule adapté. Ca ne serait pas possible autrement.
Suivi médical	Je vois régulièrement mon médecin traitant. Il habite au 11 ^{ème} étage de l'immeuble, et passe dès que j'ai besoin d'une prescription. En ce moment un infirmier vient car j'ai une escarre.
Limites au maintien à domicile	Il y a une limite financière. Financièrement ça a été très compliqué pour moi. Lorsque j'ai transmis le dossier à la MDPH, j'avais plus de 60 ans alors il m'a été refusé. Mais en réalité, ma maladie s'est déclenchée avant mes 60 ans donc j'y avais droit. Là je perçois la PCH depuis janvier 2017. Il aura fallu plus d'un an et demi, et j'ai dû insister, transmettre mon dossier médical, et avoir des témoignages. Maintenant, c'est pris en charge à hauteur de 3 500 euros.

Thématiques	Observation
Accessibilité du quartier	Présence de transports et de magasins à proximités
Accessibilité du logement	Une première porte, un sas, puis une seconde porte (Présence de digicodes) 7 ^{ème} étage avec ascenseur
Adaptation du logement	L'appartement est équipé en aide technique : verticalisateur, fauteuil releveur électrique, fauteuil roulant, chaise percée. La largeur des portes permet à Madame d'accéder à chacune des pièces de l'appartement.
Déplacements	Madame se déplace en fauteuil roulant à l'intérieur de son logement. Du fait de son arthrose cervicale, elle peut difficilement lever les yeux pour regarder où elle va.

Entretien n°8 – mardi 18 juillet – 13h00 à 13h30

Présents : Madame Dupont

Profils : Agée de 88 ans, madame Dupont vit seule, et est locataire d'un appartement de type T2 en résidence services. Elle a emménagé récemment à Paris, après avoir vécu 30 ans dans une maison en région Midi-Pyrénées. Madame Dupont est de milieu aisé.

Interrogée : Madame Dupont

Lieu : Domicile de Madame Dupont, 75016, Paris

Thématiques	Synthèse
Situation familiale et lien social	Je vis seule depuis le décès de mon mari il y a un et demi. Je suis arrivée à Paris il y a une semaine. Ma fille habite Paris, dans le 18 ^{ème} arrondissement. C'est pour cette raison que je suis venue vivre à Paris, pour me rapprocher de ma fille. Mes voisins, je ne leur parle pas beaucoup. Il y a la voisine que j'ai pu voir. Elle fait du bruit tous les matins vers 6h00. C'est insupportable, je ne dors pas beaucoup depuis que j'habite ici. Ca fait deux semaines, et je suis épuisée.
Logement	Le logement je ne m'y sens pas bien. D'une part mes voisins sont bruyants. Et d'autre part il y a peu d'espace, il n'y a pas de jardin. Vous savez, ça me change. Avant j'étais dans une grande maison avec piscine. C'était calme. J'entendais les oiseaux chanter. Ici, j'entends les voitures, j'entends mes voisins, et la semaine il y a eu des travaux dans le logement du dessous. C'est très bruyant.

Vie quotidienne	Je fais mes courses, je cuisine, je me promène dans le quartier. Je fais beaucoup de chose. J'ai simplement besoin d'une aide pour le ménage.
Suivi médical	Je n'ai plus de médecin traitant. Je vais changer de médecin maintenant que j'habite ici.

Thématiques	Observation
Accessibilité du quartier	Présence de transports en communs, de magasins de proximité, de banques et Poste (rayon de 200 mètres) Jardin public à proximité dans lequel M. Z va régulièrement se promener avec l'auxiliaire de vie
Accessibilité du logement	Un portail (ouverture à l'aide d'un bouton) puis une porte permettent d'accéder à la résidence. À l'intérieur, présence de personnel à l'accueil. Présence d'un ascenseur, Madame habite au 4 ^{ème} étage.
Adaptation du logement	La salle de bain est aménagée : Il y a des barres d'appui et un tabouret de douche. Au niveau du lit, il existe un système permettant à Madame de rejoindre l'accueil de la résidence. En revanche, il n'existe pas de téléassistance.
Déplacements	Madame se déplace sans aide technique au sein de l'appartement. Elle se déplace lentement. Elle a une béquille qu'elle m'explique ne pas vraiment utiliser.

Entretien n°9 – mardi 18 juillet – 14h00 à 14h30

Présents : Madame Vasser

Profil : Âgée de 93 ans, Madame Vasser vit seule et est propriétaire d'un appartement de type T3 au sein d'une résidence services. Madame appartient au Gir 2, et souffre d'insuffisance respiratoire. Elle a chuté deux fois au cours de l'année, et est sortie de l'hôpital un mois avant l'entretien. Elle est de milieu aisé.

Interrogé : En raison de l'état de santé de Madame Vasser, je pose brièvement quelques questions à Madame, et centre davantage mon analyse sur l'observation. Parallèlement, je m'entretiens téléphoniquement avec sa fille, Madame Chevy.

Lieu : Domicile de Madame Vasser, 75016, Paris

Thématiques	Synthèse
Situation familiale et lien social	Madame Vasser vit seule. Sa fille lui rend visite une fois par semaine.
Vie quotidienne	Une auxiliaire de vie intervient 24h/24 et 7j/7. Trois auxiliaires sont embauchées en mode gré à gré, et le service prestataire d'aide à domicile intervient trois nuits par semaine et 9 heures par jour. Repas, courses, ménage, changes, toilette, habillage sont assurés par les accompagnants.
Soins/Santé	Les infirmiers du service d'HAD lui rendent visite chaque matin pour l'aider à la prise de médicaments. Madame les refuse parfois.

	Observation
Accessibilité du quartier	Poste, pharmacies, magasins de proximité, boulangerie, et réseau de transports en commun (rayon de 200 mètres)
Accessibilité du logement	Bâtiment de plain-pied, 3 ^{ème} étage avec ascenseur. Une banquette est installée dans l'ascenseur.
Adaptation du logement	Les toilettes et la douche se situent en face de la chambre à coucher. Présence d'une chaise et d'un siège au sein d'une douche à l'italienne.
Déplacements	Madame ne se déplace pas seule au sein du logement. Elle a besoin d'une aide humaine pour les transferts lit/fauteuil, ainsi que pour déplacer le fauteuil roulant. Elle ne se déplace pas en extérieur.

Entretien n°10 – Mardi 25 juillet – 12h30 à 13h00

Présents : Madame Charlot

Profil : Âgée de 84 ans, Madame Charlot vit seule dans un appartement de type T3, dans lequel elle est locataire. Madame appartient au Gir 3. Elle appartient à la classe moyenne. À la date de l'entretien, Madame est sortie de l'hôpital depuis un mois (hospitalisée suite à une chute)

Lieu : Domicile de Madame Charlot, 75015

Interrogée : Madame Charlot

Thématiques	Synthèse
Situation familiale et lien social	Je vie seule dans cet appartement, mais mon fils me rend régulièrement visite. Il n'habite pas très loin, à Issy Les Moulineaux. C'est à peine à 5 kilomètres. Je le vois environ trois fois par semaine. Je peux aussi compter sur la gardienne si j'ai un problème.
Logement	Si j'ai un problème, j'appuie sur ce collier et quelqu'un va parler avec moi et prévenir mes proches. Ça me rassure, ça rassure mes proches aussi. Je suis déjà tombée vous savez. Je suis sortie de l'hôpital il y a un mois.
Vie quotidienne	J'ai une femme de ménage qui vient deux après-midi par semaine. Et maintenant il y a une auxiliaire de vie qui vient chaque matin de 9h00 à 13h00. Si j'ai un problème lorsque je fais ma toilette, elle est là. Elle m'accompagne pour les courses aussi. C'est pratique il y a le boucher, le boulanger, Franprix... tout est à côté. La cuisine je m'en occupe. Je me lève très tôt le matin, vers 6h00, et j'aime beaucoup cuisiner le matin. Ça m'occupe.
Soins	Poche urinaire

	Observation
Accessibilité du quartier	Poste, pharmacies, magasins et proximité, boulangerie, boucher et réseau de transports en commun. (rayon de 200 mètres)
Accessibilité du logement	1 ^{er} étage avec ascenseur.
Adaptation du logement	Les toilettes se situent à proximité de la chambre. Présence d'une téléassistance, d'une marche au niveau de la douche.
Déplacements	Madame se déplace à l'aide d'une béquille. Elle se déplace lentement.

Annexe III : Synthèse entretiens responsables de services à la personne

ENTRETIEN RESPONSABLE DE SERVICE D'AIDE À DOMICILE

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre de la préparation du Master 2 Management des Etablissements de Santé de l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé, réalisation d'un mémoire sur la thématique du maintien à domicile. L'objectif, à travers cet entretien, est de mettre en avant les leviers, les freins et les limites au maintien à domicile des personnes âgées.

Conditions de diffusion : Le présent entretien sera annexé au mémoire, consultable sous format numérique et papier à la bibliothèque de l'université de Lille 2. Préalablement à la diffusion de la présente synthèse, elle sera communiquée à l'interviewé pour accord, et toute demande de modification sera prise en compte. Les noms des directeurs de ont été modifié afin de respecter l'anonymat.

Judi 13 juillet de 18h00 à 18h45

Profil interrogé :

M. Denis est directeur et coordinateur médical de trois entreprises de services à la personne à Paris et dans le Val-de-Marne depuis 2004.

Cursus : Diplômé médecine, DU médecin coordonnateur d'EHPAD, DIU sur l'hospitalisation à domicile et coordination des réseaux de santé

Type de structures : Privé lucratif, entreprises franchisées Adhap Services

Territoire d'intervention : 1^{er}, 6^{ème}, 7^{ème}, 15^{ème} et 16^{ème} arrondissement de Paris (75) et Saint-Maur-des-Fossés, Choisy-le-Roi, Créteil, Thiais, Orly, Villeneuve-le-Roi, Bonneuil-sur-Marne, Abon-sur-Seine et Valenton (94).

Synthèse de l'entretien

Quelles sont les conditions qui permettent le maintien à domicile des personnes âgées ?

L'essentiel pour que l'on puisse parler de maintien à domicile, il faut que ce soit le souhait de la personne âgée. Rester vivre à son domicile doit être ancré dans un projet de vie. Ensuite, il existe deux principaux leviers à mes yeux, qui sont d'une

part la mise en place de services adaptés tels que les services à la personne, une bonne coordination médicale et paramédicale, et d'autre part l'aménagement du domicile.

En ce qui concerne l'intervention des services à la personne, les besoins de la personne âgée doivent nécessairement faire l'objet d'évaluations précises de la part d'un expert du maintien à domicile. Il faut qu'il y ait un suivi le plus précis possible. Ces évaluations doivent d'une part être effectuées régulièrement afin d'adapter les interventions à l'évolution des besoins futurs et du niveau de dépendance, d'autre part, elles doivent être effectuées en coordination avec le personnel médical, paramédical et les aidants familiaux s'ils existent. À titre d'exemple, la planification des interventions d'un service d'aide à domicile doit prendre en compte le passage éventuel d'un infirmier ou d'un kinésithérapeute, afin d'espacer les visites pendant la journée, et ainsi rompre l'isolement. S'il existe un aidant familial, il faut alors prendre en compte son temps de présence, son niveau d'implication, afin de placer les interventions de manière harmonieuse.

L'entourage familial et amical a également son importance, tout le monde doit trouver sa place.

Le second levier principal est l'adaptation de l'appartement en fonction de niveau de perte d'autonomie de la personne. Il faut que les lieux soient sécurisés. Par exemple, pour une personne dépendante physiquement et ayant des difficultés à enjamber une baignoire ou à accéder à une douche avec rebord, il faut une douche à l'italienne et des barres de soutien. Cela peut nécessiter la réalisation de travaux, mais aussi la mise en place de matériel médical en lien avec le niveau de dépendance. Par exemple, si la personne n'arrive pas à se lever, il faut éventuellement prévoir un rehausseur au niveau des toilettes, un siège pivotant au niveau de la baignoire. Il faut sécuriser les lieux pour éviter les chutes, c'est à dire éviter les câbles et les meubles sur le parcours « chambre à coucher- toilettes ».

Quels sont les freins au maintien à domicile des personnes âgées ?

Le logement peut devenir un frein au maintien à domicile lorsqu'il n'est pas adapté. En plus de cela, il peut ne pas être adaptable lorsque de gros travaux sont à effectuer, et que la personne âgée n'a pas les moyens financiers pour les mettre en œuvre. Le manque de moyen financier ne permet pas non plus la mise en place d'interventions suffisantes des services à la personne, notamment lorsque la personne est très dépendante.

La grande dépendance est un frein au maintien à domicile, davantage sous son aspect cognitif que sous son aspect physique. En Gir 1, même une personne grabataire peut rester vivre à domicile car, simplement avec la téléassistance, les situations d'urgence peuvent être gérées. Bien sûr, elle a besoin d'être aidée et accompagnée de manière soutenue, mais ce n'est pas comparable avec une personne ayant des troubles cognitifs sévères, qui aura nécessairement besoin d'être accompagnée 24h/24 : En l'absence d'entourage familial, le maintien à domicile coutera beaucoup plus cher qu'une maison de retraite.

Ces troubles cognitifs avancés sont difficilement gérables par des structures de services à la personne. Les aides comme l'APA sont plafonnées à 1350 euros, même dans le cas où la personne n'est pas imposable. En grande dépendance, les personnes âgées peuvent rester vivre à domicile en fonction de leur épargne, pas uniquement grâce à leur pension de retraite et aux aides financières existantes.

La ruralité est également un frein, puisque l'accès aux services médicaux ainsi que d'autres commodités n'est pas garanti.

Quelles sont les situations dans lesquelles vous pensez que le maintien à domicile n'est pas adapté ?

Le maintien à domicile n'est pas adapté lorsque la personne âgée cumule le manque de financement et des troubles cognitifs sévères.

En milieu rural, le maintien à domicile peut être inadapté lorsque la personne est très dépendante, et que les services sanitaires et médico-sociaux ne sont pas accessibles.

Mardi 18 juillet – 13h30 à 14h15

Interrogée : Mme VIDEAUX, responsable de secteur au sein d'une structure d'aide à domicile de l'association « Jamais Seul Bien Accompagné » depuis 2010 à Paris (75018)

Cursus : Master Management des établissements Sanitaires et médico-sociaux

Type de structure : Privé non lucratif, association Jamais seul bien accompagné

Territoire d'intervention : Nord parisien

Synthèse de l'entretien

Quelles sont selon vous les conditions qui permettent le maintien à domicile des personnes âgées ?

Premièrement, il faut que les personnes soient bien informées de ce qui existe pour permettre le maintien à domicile. Souvent, les personnes se font une fausse idée des services d'aide à domicile. Ils pensent que des femmes de ménages vont intervenir alors que c'est bien plus que cela. Ce sont des auxiliaires de vie qui accompagnent et aident à accomplir les actes de la vie quotidienne. Les CLIC ont un rôle essentiel en terme d'accès à l'information.

Ensuite, la seconde condition est financière. Il faut qu'il y ait la prise en charge financière suffisante pour permettre un maintien à domicile. Encore une fois, il faut que les personnes soient informées de ce dispositif.

La troisième condition qui permet le maintien à domicile, lorsque la personne est dépendante, c'est la famille et le voisinage. L'entourage est indispensable, ne serait-ce que pour faire le lien entre la personne dépendante et nos services. Les personnes dépendantes sont parfois réfractaires à la mise en place d'aide humaine à domicile. Les conseils de l'entourage favorisent l'acceptation de la personne âgée.

Enfin, il faut un logement sécurisé. Je prends l'exemple d'une dame souffrant du syndrome de Diogène (trouble se traduisant par une accumulation malade d'objets

et déchets). Elle a chuté plusieurs fois car son logement n'était pas adapté. La première fois que j'ai réalisé la visite d'évaluation, je pouvais à peine entrer dans son logement. Cela m'amène à mettre en avant un autre élément nécessaire au maintien à domicile : la coordination des acteurs en lien avec la personne âgée. Cette dame, nous n'aurions pas pu l'aider si l'ambulancier n'avait pas transmis l'information à l'assistante sociale de l'hôpital, et si l'assistante sociale elle-même ne nous avait pas orienté vers cette dame au moment de la sortie d'hôpital.

En terme de coordination, le département parisien a pour projet de mettre en place un logiciel commun aux différents professionnels intervenant chez les personnes âgées. Cela permettrait le partage d'informations relatives aux personnes âgées : Qui intervient ? À quel moment ? Qui est le médecin traitant ? etc. Mais ça n'est encore qu'un projet. Déjà, il y a les fiches « Formulaires d'Analyse Multidimensionnelle et d'Orientation » (FAMO) qui permettent de faciliter le partage d'information entre les professionnels. Tous les acteurs intervenants dans le champ du maintien ne le connaissent pas nécessairement, mais c'est un outil qui se développe, et, en mon sens, améliore la coordination entre les différents intervenants.

Quels sont à l'inverse les facteurs qui rendent difficile le maintien à domicile des personnes âgées ? Quels sont les obstacles, les freins au maintien à domicile ?

Le fait que la personne soit entourée favorise le maintien à domicile, mais cela peut aussi être l'inverse. Les proches d'une personne dépendante peuvent organiser une entrée en établissement, car cela leur paraît plus sécurisant, et plus facile. Cela arrive régulièrement, et ce sans la consultation de la personne âgée.

Le manque de revenu rend difficile le maintien à domicile des personnes dépendantes. Bien sûr, il y a des aides financières comme l'APA. Mais à Paris, il y a beaucoup de demande, et la prise en charge financière accordée n'est pas nécessairement suffisante. Régulièrement, je bataille avec les évaluatrices du département pour augmenter les aides financières. C'est un cercle vicieux : La personne âgée n'a pas suffisamment d'aide financière, les interventions mises en

place sont insuffisantes par rapport au besoin, la personne âgée s'affaiblie, risque davantage de chuter, et va perdre son autonomie.

La manque de coordination c'est aussi un frein. J'ai perçu une amélioration depuis que je travaille en tant que responsable de secteur. Il y a un meilleur relais entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux. Mais il y a encore des progrès à faire. Le manque de suivi en sortie d'hôpital est aussi un frein. Là aussi il y a des améliorations, et je ne parle pas de tous les hôpitaux. Mais il est vrai que dans certains établissements, il n'y a pas de préparation de la sortie des patients. Les assistantes sociales sont débordées. Il y a un manque de moyen. Ce qui abouti régulièrement à des ré-hospitalisations.

L'isolement et l'absence de solidarité sont également des freins. Régulièrement, nous intervenons auprès de personnes vivant dans des conditions précaires. C'est étonnant de voir que les proches, les voisins, ne s'inquiètent pas des personnes âgées de leur entourage. Les personnes dépendantes ne peuvent se débrouiller seule, et il me paraît logique de les aider, ou à minima de s'assurer qu'elles vont bien.

Y a t'il des situations pour lesquelles vous pensez que le maintien à domicile n'est pas adapté ?

Le maintien à domicile n'est plus possible pour les personnes qui sont vraiment dépendantes et qui n'ont pas les moyens de financer les aides à domicile, notamment lorsqu'il y a un besoin de présence 24h/24 et 7j/7. C'est réellement une limite.

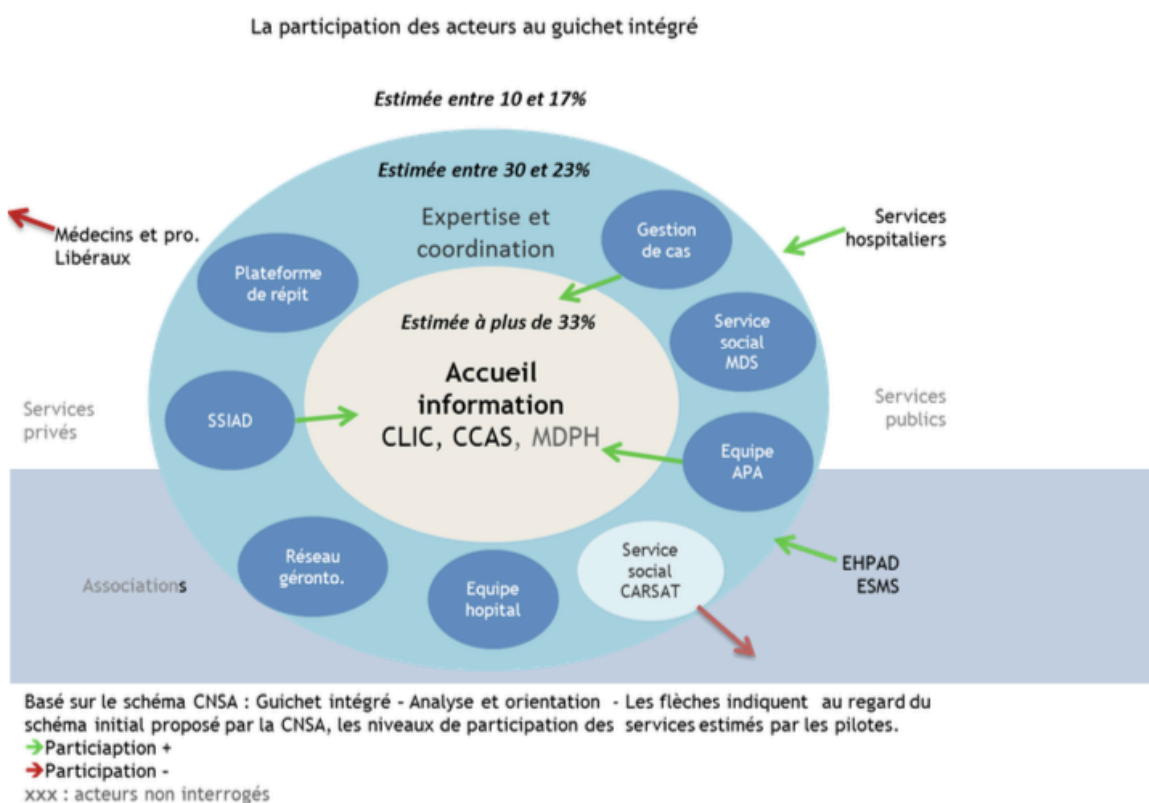
Annexe IV : Acteurs « guichet intégré »

Lorsque les travaux sont initiés, 3 niveaux d'adhésion des acteurs au guichet intégré sont repérés relativement en conformité avec la prescription du cahier des charges MAIA.

1^{er} niveau : il regroupe des acteurs impliqués directement dans les fonctions d'information, d'orientation et la prise en charge à domicile des personnes âgées (SSIAD, SAD, équipes APA, agents CCAS-CIAS, coordinateurs CLIC, gestionnaires de cas).

2^e niveau : il est constitué d'acteurs tels que les réseaux gérontologiques, les services sociaux départementaux, les équipes et services hospitaliers, les plateformes de répit, les EHPAD.

3^e niveau : il est constitué des organismes tels que la CARSAT et autres organismes de sécurité sociale, les professionnels de santé libéraux (médecins et infirmières). Il se caractérise par une absence de participation élevée (au-delà de 33 %) et, lorsqu'il y a recours aux outils du guichet intégré, l'utilisation reste très partielle.



*Issu du rapport « Evaluation des dispositifs MAIA et appui à la mise en œuvre des recommandations réalisées par la CNSA, janvier 2017.

Annexe V : Fiche FAMO

Formulaire d'analyse multidimensionnelle et d'orientation - Paris

Date : _____ La personne concernée a été informée de la transmission d'informations : oui non ne sait pas

Professionnel ou acteur qui établit l'analyse multidimensionnelle

Nom structure : _____ Type structure : _____
 Nom demandeur/qualité : _____ Service : _____
 ☎ : _____ 📠 : _____ @ : _____

Identification de la personne concernée

Civilité : _____ Nom : _____ Prénom : _____
 Né(e) le : _____ Âge : _____ ans Nom de naissance : _____
 Adresse : _____ 75 PARIS Étage : _____
 Bât/Hall/Porte/Esc : _____ Code(s) : _____
 ☎ : _____ / @ : _____

Demande exprimée par la personne (ou son représentant)

Personne ressource à contacter _____ personne à l'origine de la demande : oui non ne sait pas

Lien (professionnel, famille, voisinage, tuteur...) : _____
 Nom : _____ Prénom : _____ Code postal : _____
 ☎ : _____ / @ : _____

Médecin traitant oui non ne sait pas médecin informé de la demande : oui non ne sait pas

Nom : _____ Prénom : _____ Code postal : _____
 ☎ : _____ / @ : _____

Professionnel(s) / Structure(s) / Service(s) intervenant(s) connu(s)

Type de structure	Nom du professionnel / structure / service / téléphone	En place ou en cours

Analyse Multidimensionnelle

- « **Domaine de la santé** » (physique et psychologique)
- Absence de suivi médical (avec ou sans médecin traitant)
 - Mauvais état de santé et/ou épuisement ressenti par la personne (plainte exprimée...)
 - Symptômes physiques (essoufflement même au repos, pertes d'équilibre, chutes, plaies, baisse de la mobilité...)
 - Troubles cognitifs (problèmes de mémoire, d'orientation dans le temps et/ou de l'espace, déni de la maladie...)
 - Troubles du comportement (déambulation, agressivité, repli sur soi, désinhibition...)
 - Troubles nutritionnels (perte ou prise de poids, d'appétit, difficultés à se nourrir...)
 - Troubles psychiques (anxiété, tristesse, troubles de l'humeur, idées suicidaires, troubles du sommeil, sentiment de persécution, idées délirantes...)
 - Troubles sensoriels (baisse de la vue, de l'ouïe, du goût, de l'odorat...)
- « **Domaine de l'autonomie fonctionnelle** » (vie quotidienne)
- Problèmes dans les actes essentiels de la vie (se nourrir, se vêtir, se laver, se déplacer, aller aux toilettes)
 - Problèmes dans les activités de la vie domestique (courses, ménage, préparation des repas, gestion du linge, des médicaments, des moyens de com...)
 - Problèmes dans les activités quotidiennes (baisse ou arrêt des activités personnelles, professionnelles, de loisirs...)

- « **Domaine familial et environnemental - Sécurité individuelle** »
- Épuisement et/ou incapacité de l'aidant (manque de temps personnel, difficultés à suivre les aides en place...)
 - Isolement problématique (décès de l'aidant, changement brutal du contexte de vie, absence ou fragilité du lien : famille, entourage, voisin...)
 - Problématique compromettant le maintien à domicile (projet d'institution non partagé, cohabitation difficile...)
 - Risque ou suspicion d'abus, de maltraitance (physique ou psychologique, négligence...)
 - Refus d'aide et de soins (de la personne ou de son entourage)
 - Difficultés de communication (ne parle pas/plus le français, ne le comprends pas/plus, ne le lit pas/plus...)
- « **Domaine de l'habitat** »
- Habitat inadapté (SDB, WC inadaptés, mobilier inadapté et/ou détérioré avec risques de chutes et/ou d'accidents domestiques : gaz, tapis, escalier...)
 - Insalubrité/ vétusté/ appartement encombré
 - Problème d'accessibilité du logement (pas d'ascenseur...)
 - Risque d'expulsion, mesure d'expulsion en cours
- « **Domaine des aspects économiques et/ou administratifs** »
- Difficultés/incapacité dans la gestion courante (ne trie plus les papiers, plus d'argent liquide au domicile, factures impayées, carte de retrait invalidée...)
 - Perte ou difficulté d'accès aux droits
 - Précarité économique (endettement, manque de ressources, budget déséquilibré...)

Motif(s) de l'orientation / problématique(s) repérée(s)

Motif A :

Motif B :

Motif C :

Commentaires :

Professionnel(s) / Structure(s) / Service(s) destinataire(s) de la demande

Motifs	Type de structure	Nom du professionnel / structure / service / téléphone
A		
B 7		
C		

CADRE RESERVE AU DESTINATAIRE POUR LA REPONSE

Retour d'information au professionnel ou acteur demandeur

Date : Nom structure/service :

Orientation : Validée Invalidée En attente Motif :

Intervention envisagée le /à compter du :

Par (nom et fonction du professionnel) :

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, les personnes concernées bénéficient d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui les concernent, qu'elles peuvent exercer en s'adressant au responsable. Elles peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données les concernant.

Morgane Hivert _____

La France vieillit, et souhaite majoritairement vieillir à domicile. Ce **maintien à domicile** est également souhaité par les pouvoirs publics, qui en font un objectif phare de la politique de la vieillesse aujourd'hui. Les pouvoirs publics s'attachent à mettre en œuvre les moyens humains, matériels et financiers pour réunir les conditions permettant de prolonger l'**autonomie** et soutenir les **personnes âgées** dépendantes à leur domicile. Aidants, services d'aide à domicile, services de soins à domicile, ces acteurs impliqués dans le maintien à domicile deviennent une nécessité à l'heure de la **dépendance**. Par ailleurs, les conditions de **maintien à domicile** doivent nécessairement prendre en compte l'environnement, qui se doit d'être accessible et adapté.

Mots clés : autonomie, dépendance, personne âgée, maintien à domicile.

French population is older than before, and that will continue in this way. **Elderly people** mostly want to grow old at home. This **home support** is also wanted by public authorities, which make it a key objective of the old age political today. Public authorities are committed to allied human, material and financial conditions for extending **autonomy** and supporting **dependent** elderly people in their homes. Caregivers, home help services, home care services, these actors involved in home support become a necessity at the time of dependency. Moreover, the conditions of **home support** must necessarily take into account the environment, which must be accessible and adapted.

Key-words : elderly people, home support, dependency, autonomy.