



HAL
open science

Du maintien à domicile de la personne âgée en perte d'autonomie : Ce que le pharmacien d'officine doit savoir. Enjeux, aides, facteurs de réussite et limites

François-Henri Nicolas

► To cite this version:

François-Henri Nicolas. Du maintien à domicile de la personne âgée en perte d'autonomie : Ce que le pharmacien d'officine doit savoir. Enjeux, aides, facteurs de réussite et limites. Sciences pharmaceutiques. 2009. hal-01731768

HAL Id: hal-01731768

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731768v1>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ - NANCY 1

2009

FACULTÉ DE PHARMACIE

**DU MAINTIEN À DOMICILE DE LA PERSONNE ÂGÉE EN
PERTE D'AUTONOMIE :
ENJEUX, AIDES, FACTEURS DE RÉUSSITE ET LIMITES.
CE QUE LE PHARMACIEN D'OFFICINE DOIT SAVOIR.**

Présentée et soutenue publiquement

le 23 juin 2009

pour obtenir

le Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie

par **François-Henri NICOLAS**
né le 08 juin 1984 à Nancy (54)

Membres du Jury

Président : M. Pierre LABRUDE, Professeur, Faculté de Pharmacie de Nancy

Juges : M. Jacques CALLANQUIN, Pharmacien, titulaire d'officine à Metz
M^{me} Anne MAHEUT-BOSSER, Gériatre - CHU de Nancy
M^{me} Marie-Thérèse PERREIN-BALTER, Médecin – Conseil Général de Moselle

UNIVERSITE Henri Poincaré - Nancy 1
FACULTE DE PHARMACIE

DOYEN

Chantal FINANCE

Vice-Doyen

Francine PAULUS

Président du Conseil de la Pédagogie

Pierre LABRUDE

Responsable de la Commission de la Recherche

Jean-Claude BLOCK

Directeur des Etudes

Gérald CATAU

Responsable de la Commission des Relations Internationales

Janine SCHWARTZBROD

Responsable de la Communication

Francine KEDZIEREWICZ

Responsable de la Commission Hygiène Sécurité

Laurent DIEZ

Responsable de la filière Officine :

Gérald CATAU

Responsables de la filière Industrie :

Isabelle LARTAUD

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Responsable du CEPH :

(Collège d'Enseignement Pharmaceutique Hospitalier)

Jean-Michel SIMON

Doyen Honoraire : Claude VIGNERON

Professeur Emérite : Gérard SIEST

Professeurs Honoraires

Thérèse GIRARD

Michel JACQUE

Lucien LALLOZ

Pierre LECTARD

Vincent LOPPINET

Marcel MIRJOLET

François MORTIER

Maurice PIERFITTE

Louis SCHWARTZBROD

Maîtres de Conférences Honoraires

Marie-Claude FUZELLIER

Françoise HINZELIN

Marie-Andrée IMBS

Marie-Hélène LIVERTOUX

Jean-Louis MONAL

Marie-France POCHON

Anne ROVEL

Maria WELLMAN-ROUSSEAU

Assistante Honoraire

Marie-Catherine BERTHE

ENSEIGNANTS

PROFESSEURS

Gilles AULAGNER	Pharmacie clinique
Alain BAGREL	Biochimie
Jean-Claude BLOCK	Santé publique
Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	Pharmacologie cardiovasculaire
Chantal FINANCE	Virologie, Immunologie
Pascale FRIANT-MICHEL	Mathématiques, Physique, Audioprothèse
Marie-Madeleine GALTEAU	Biochimie clinique
Christophe GANTZER	Microbiologie environnementale
Max HENRY	Botanique, Mycologie
Jean-Yves JOUZEAU	Bioanalyse du médicament
Pierre LABRUDE	Physiologie, Orthopédie, Maintien à domicile
Dominique LAURAIN-MATTAR	Pharmacognosie
Isabelle LARTAUD	Pharmacologie
Pierre LEROY	Chimie physique générale
Philippe MAINCENT	Pharmacie galénique
Alain MARSURA	Chimie thérapeutique
Patrick MENU	Physiologie et physiopathologie humaine
Jean-Louis MERLIN	Biologie cellulaire oncologique
Alain NICOLAS	Chimie analytique
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS	Chimie thérapeutique
Bertrand RIHN	Biochimie, Biologie moléculaire
Janine SCHWARTZBROD	Bactériologie, Parasitologie
Jean-Michel SIMON	Economie de la santé, Législation pharmaceutique
Claude VIGNERON	Hématologie, Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Monique ALBERT	Bactériologie, Virologie
Sandrine BANAS	Parasitologie
Mariette BEAUD	Biologie cellulaire
Emmanuelle BENOIT	Communication et Santé
Michel BOISBRUN	Chimie thérapeutique
Catherine BOITEUX	Biophysique, Audioprothèse
François BONNEAUX	Chimie thérapeutique
Cédric BOURA	Physiologie
Gérald CATAU	Pharmacologie
Jean-Claude CHEVIN	Chimie générale et minérale
Igor CLAROT	Chimie analytique
Jocelyne COLLOMB	Parasitologie, Organisation animale
Joël COULON	Biochimie
Sébastien DADE	Bio-informatique
Dominique DECOLIN	Chimie analytique
Béatrice DEMORE	Pharmacie clinique
Joël DUCOURNEAU	Biophysique, Audioprothèse, Acoustique
Florence DUMARCAY	Chimie thérapeutique
François DUPUIS	Pharmacologie

Raphaël DUVAL.....	Microbiologie clinique
Béatrice FAIVRE.....	Hématologie
Adel FAIZ.....	Biophysique-accoustique
Luc FERRARI.....	Toxicologie
Stéphane GIBAUD.....	Pharmacie clinique
Françoise HINZELIN.....	Mycologie, Botanique
Thierry HUMBERT.....	Chimie organique
Frédéric JORAND.....	Santé et Environnement
Francine KEDZIEREWICZ.....	Pharmacie galénique
Alexandrine LAMBERT.....	Informatique, Biostatistiques
Brigitte LEININGER-MULLER.....	Biochimie
Faten MEHRI-SOUSSI.....	Hématologie biologique
Christophe MERLIN.....	Microbiologie environnementale et moléculaire
Blandine MOREAU.....	Pharmacognosie
Maxime MOURER.....	Pharmacochimie supramoléculaire
Dominique NOTTER.....	Biologie cellulaire
Francine PAULUS.....	Informatique
Christine PERDICAKIS.....	Chimie organique
Caroline PERRIN-SARRADO.....	Pharmacologie
Virginie PICHON.....	Biophysique
Anne SAPIN.....	Pharmacie galénique
Marie-Paule SAUDER.....	Mycologie, Botanique
Nathalie THILLY.....	Santé publique
Gabriel TROCKLE.....	Pharmacologie
Noëlle VAULTIER.....	Biodiversité végétale et fongique
Mohamed ZAIYOU.....	Biochimie et Biologie moléculaire
Colette ZINUTTI.....	Pharmacie galénique

PROFESSEUR ASSOCIE

Anne MAHEUT-BOSSER..... Sémiologie

PROFESSEUR AGREGE

Christophe COCHAUD..... Anglais

ASSISTANT

Annie PAVIS..... Bactériologie

SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITE (SCD)

Anne-Pascale PARRET.....	Directeur
Jeannine GOLEC.....	Responsable de la section Pharmacie- Odontologie

SERMENT DES **A**POTHICAIRES

Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D' honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION, NI
IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS LES THESES, CES
OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEUR
AUTEUR ».

Remerciements

À notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Pierre Labrude

Docteur ès sciences pharmaceutiques

Professeur de physiologie

Correspondant de l'Académie nationale de pharmacie

Président du conseil de la pédagogie à la Faculté de pharmacie de Nancy

Responsable du laboratoire de maintien à domicile et d'orthopédie à la Faculté de pharmacie de Nancy

Qui nous a fait le grand honneur de participer à l'élaboration de notre travail et d'accepter la présidence du jury de notre thèse.

Que ce travail représente la preuve de l'estime et de la reconnaissance que nous vous témoignons.

Nous le remercions de son aide précieuse et de sa grande disponibilité.

À nos juges,

Monsieur le Docteur Jacques Callanquin

Docteur en pharmacie
Ancien interne des hôpitaux de Nancy
Pharmacien d'officine à Metz
Diplômé d'orthopédie et de maintien à domicile et chargé d'enseignement à la Faculté de pharmacie de Nancy
Lauréat et correspondant de l'Académie nationale de pharmacie

Qui nous a confié ce sujet de thèse et nous a aidé dans la réalisation de ce travail.

Nous le remercions chaleureusement pour l'intérêt qu'il y a porté, pour ses multiples compétences qu'il a su nous enseigner, pour sa patience, sa disponibilité et son dévouement.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

Madame le Docteur Anne Maheut-Bosser

Docteur en médecine
Psychiatre, Gériatre au CHU de Nancy
Professeur associé de sémiologie à la faculté de pharmacie de Nancy

Nous la remercions chaleureusement de tous les documents et de l'aide qu'elle nous a prodigué au long de la réalisation de ce travail.

Que ce travail représente toute l'expression de notre profonde reconnaissance.

Madame le Docteur Marie-Thérèse Perrein-Balter

Docteur en médecine
Direction de la politique de l'autonomie au Conseil général de la Moselle, chef du Service des Actions en faveur des Personnes Agées et Handicapées

Nous sommes honorés de la compter parmi nos juges. Nous avons beaucoup apprécié sa disponibilité et son accueil chaleureux.

Qu'elle soit assurée de notre profonde considération et de notre sincère reconnaissance.

À tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à ce travail et ont eu la gentillesse de me recevoir, en particulier à :

Madame Claude Royer, Direction de la politique de l'autonomie au Conseil général de la Moselle, chef de service de l'instruction des prestations ;

Madame Hemeryck, pôle des personnes âgées, personnes handicapées, Conseil général de Meurthe-et-Moselle ;

Madame Adam, assistante sociale au CHU de Nancy.

Plus généralement aux :

Conseils généraux de Charente, Dordogne, Meurthe-et-Moselle et Moselle ;

CLIC de Nancy et Pont-à-Mousson ;

CCAS de Nancy, Saint-Max et Champigneulles

À tous ceux qui m'ont soutenu et accompagné dans la réalisation de ce travail mais également pendant toute la durée de mes études :

Mes parents, vos encouragements, votre attention m'ont été d'un précieux soutien, que cette thèse soit pour vous le témoignage de toute la reconnaissance de « votre titi »,

Ma grand-mère Marcelle et sa cousine Madeleine,

Mes frère et sœurs, Marie-Laure et Pascal, Jean-Sébastien, Isabelle et Jean-Baptiste,

Mon employeur, Monsieur le Docteur Jean-Marie Blaise, pharmacien d'officine à Champigneulle ainsi que mes collègues, Amandine, Maryse, Monique et Christophe,

Mes amis, Aurélie et Olivier, Channy, Christelle et Olivier, Claire et Arnaud, Lucie et Laurent, Mathilde et Baptiste, Marie-Ève, Madeleine, Jean-Baptiste, Thomas, Marie et Sébastien, Simon, Tony, Alain, Norbert, Clément, ...

À vous tous que je n'ai pas cité qui, de près ou de loin, par vos paroles, vos gestes ou vos pensées m'avez encouragé pour mener à bien mes études.

Table des matières

Introduction

Partie I : Dépendance, perte d'autonomie, handicap. De quoi parle-t-on ? Quels enjeux ?

1.	Définitions	10
1.1.	Préambule : le concept de Wood	10
1.1.1.	La maladie	10
1.1.2.	La déficience	10
1.1.3.	L'incapacité	11
1.1.4.	Le handicap	11
1.2.	L'autonomie	11
1.3.	La dépendance	13
1.3.1.	Les formes de la dépendance	14
1.3.1.1.	La dépendance due au grand âge	14
1.3.1.2.	La dépendance due à la maladie	15
1.3.1.3.	La dépendance due à un handicap physique	15
1.3.1.4.	La dépendance due à une dégénérescence psychique	15
1.4.	Le besoin	16
1.5.	Le concept de « besoin de soins »	16
1.6.	Le vieillissement	17
1.7.	Les personnes âgées	19
1.8.	Le domicile	20
1.9.	Le maintien à domicile	20
2.	Évaluation de la dépendance	22
2.1.	Les outils utilisés	22
2.1.1.	La classification de Colvez	22
2.1.2.	L'échelle des activités de la vie quotidienne - indice de Katz	23
2.1.3.	L'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne - test de Lawton	24
2.1.4.	La grille Autonomie Gérontologique et Groupes Iso-Ressources (AGGIR)	25
2.1.4.1.	L'historique d'AGGIR	25
2.1.4.2.	Les principes d'AGGIR	26
3.	Démographie, épidémiologie	29
3.1.	Le vieillissement de la population française	29
3.1.1.	La situation actuelle	29
3.1.2.	Quel avenir pour la population ?	30
3.2.	Les chiffres de la dépendance	31
3.2.1.	La situation actuelle	31
3.2.1.1.	Une large majorité vit à domicile	32
3.2.1.2.	Dépendant, mais pour combien de temps ?	34
3.2.2.	Perspectives de la population dépendante	34
3.3.	La dépendance, un enjeu de société	35

4.	Le Maintien à domicile	35
4.1.	Les enjeux du maintien à domicile	35
4.2.	Les limites du maintien à domicile des personnes âgées	36
4.2.1.	Les limites propres à la personne âgée	37
4.2.1.1.	Sa volonté	37
4.2.1.2.	Son état de santé	37
4.2.2.	Les limites dues aux intervenants	37
4.2.2.1.	Le médecin traitant	37
4.2.2.2.	La famille	38
4.2.2.3.	Le personnel traitant	39
4.2.3.	La non coordination des intervenants sociaux	40
4.2.4.	L'environnement de la personne âgée	40
4.2.5.	Le coût	41
4.2.5.1.	Quelques exemples de coûts relatifs à diverses situations de maintien à domicile	41
4.2.5.2.	Le coût pour l'État et les collectivités publiques	43
4.3.	Les alternatives au maintien à domicile	43
4.3.1.	Les logements foyers	43
4.3.2.	Les maisons de retraite et maisons d'accueil pour personnes âgées	44
4.3.3.	Les Unités de Soins Longue Durée (USLD)	45
4.3.4.	L'hospitalisation à domicile	46

Partie II : Faire face à la perte d'autonomie d'une personne âgée à domicile

1.	Les moyens humains	52
1.1.	L'aide à l'environnement et à l'hygiène de la personne	52
1.1.1.	La famille	52
1.1.2.	L'assistante sociale	53
1.1.3.	L'aide à domicile	54
1.1.4.	L'auxiliaire de vie sociale	56
1.1.5.	Les services d'accompagnement à la personne	56
1.1.5.1.	Les services de repas à domicile	56
1.1.5.2.	Les services de télé-alarme et de télé-assistance	57
1.2.	L'aide paramédicale et médicale	58
1.2.1.	Le médecin généraliste	58
1.2.2.	L'Infirmier libéral Diplômé d'État (IDE)	59
1.2.2.1.	Ses rôles	59
1.2.2.2.	La démarche de soins infirmiers	60
1.2.3.	Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	62
1.2.3.1.	Leur rôle	62
1.2.3.2.	Leur prise en charge et financement	63
1.2.4.	Le masseur kinésithérapeute	64
1.2.5.	L'ergothérapeute	64
1.2.6.	Le pharmacien d'officine	65
1.2.6.1.	Son rôle et ses compétences	65
1.2.6.2.	Quel avenir concernant son implication dans le maintien à domicile	67
1.2.7.	Les réseaux de soins	68
2.	Les moyens financiers	69
2.1.	L'aide à l'autonomie : l'Allocation Personnalisée d'Autonomie	70
2.1.1.	Les conditions d'attribution de l'APA	70
2.1.2.	Les démarches pour obtenir l'APA	71
2.1.3.	L'instruction du dossier pour une demande d'APA à domicile	73
2.1.3.1.	Le contenu du plan d'aide	73
2.1.3.2.	Le montant de l'aide	73

2.1.3.3.	La participation du bénéficiaire	74
2.1.3.4.	Le versement de l'aide	75
2.1.4.	Contrôles et suspension de l'aide	75
2.1.5.	Les recours	76
2.1.5.1.	Le recours amiable	76
2.1.5.2.	Le recours auprès de la commission départementale d'aide sociale	76
2.1.6.	Les cumuls avec d'autres aides	77
2.1.6.1.	Les cumuls autorisés	77
2.1.6.2.	Les cumuls interdits	77
2.2.	Les aides au logement	77
2.2.1.	L'Aide Personnalisée au Logement (APL)	78
2.2.2.	L'allocation de Logement à caractère Familial (ALF)	78
2.2.3.	L'allocation de Logement à caractère Social (ALS)	79
2.3.	Les aides à l'adaptation de l'habitat, nécessitées par la perte d'autonomie ..	79
2.3.1.	Les subventions de l'ANAH	79
2.3.2.	Les aides de la CRAM ou autres caisses de retraites	80
2.3.2.1.	Les aides à l'adaptation de l'habitat	80
2.3.2.2.	La participation aux aides techniques	80
2.3.3.	Le crédit d'impôt pour l'autonomie des personnes âgées	81
2.3.3.1.	Les équipements concernés	81
2.3.3.2.	Les travaux concernés	82
2.3.3.3.	Le calcul du crédit d'impôt	82
2.3.3.4.	Le plafond des dépenses	82
2.4.	Les aides pour l'assistance humaine à la perte d'autonomie	82
2.4.1.	La prestation d'aide ménagère du Département	83
2.4.1.1.	Les conditions d'attribution	83
2.4.1.2.	La procédure d'attribution	83
2.4.2.	La prestation d'aide ménagère des caisses de retraites	84
2.4.3.	La garde à domicile	85
2.4.4.	L'emploi d'un salarié à domicile	85
2.4.4.1.	Le recours au service prestataire	86
2.4.4.2.	Le recours au service mandataire	86
2.4.4.3.	Le recours à l'emploi direct de « gré à gré »	86
2.4.4.3.1.	La déclaration du salarié	87
2.4.4.3.2.	Le contrat de travail écrit	87
2.4.4.3.3.	La rupture du contrat	87
2.4.4.3.4.	Le Chèque Emploi Service Universel (CESU)	88
2.4.5.	Les avantages fiscaux liés à l'emploi d'un salarié à domicile	88
2.4.5.1.	L'exonération de charges patronales	89
2.4.5.2.	La réduction d'impôt	89
3.	Les protections juridiques	92
3.1.	Le mandat de protection future	93
3.1.1.	La demande	94
3.1.2.	Les effets du mandat	94
3.1.3.	Le terme ou les modifications possibles	95
3.2.	La sauvegarde de justice	95
3.2.1.	La demande	95
3.2.2.	La principe	96
3.2.3.	La durée	96
3.3.	La curatelle et la tutelle	96
3.3.1.	La demande	97
3.3.2.	La procédure	98
3.4.	La Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé (MASP)	98
3.4.1.	Le principe de la MASP	99
3.4.2.	La gestion, le financement	99
3.5.	La Mesure d'Accompagnement Judiciaire (MAJ)	100
3.5.1.	Principe	100
3.5.2.	La gestion, le financement	100

Partie III : Facteurs de réussite et limites d'un maintien à domicile : Cas pratiques

1.	Le pharmacien d'officine répond à une demande spontanée	103
1.1.	Exposé du cas	103
1.2.	Les questions du pharmacien	104
1.3.	Analyse du cas	104
1.3.1.	Évaluer le niveau de dépendance de la patiente	105
1.3.2.	Déterminer les besoins	105
1.3.3.	Apporter des réponses aux besoins	107
1.3.3.1.	Les aides humaines	107
1.3.3.1.1.	Le SSIAD	108
1.3.3.1.2.	L'aide à domicile	108
1.3.3.1.3.	L'assistante sociale	109
1.3.3.1.4.	Le personnel médical et paramédical	109
1.3.3.2.	Les aides matérielles	110
1.3.3.2.1.	La chambre	110
1.3.3.2.2.	Les pièces de vie	115
1.3.3.2.3.	La salle de bain	115
1.3.3.2.4.	L'incontinence	116
1.3.3.2.5.	Système de surveillance à distance : la télé-alarme	117
1.3.3.3.	Les aides financières	118
1.3.3.3.1.	L'aide à l'autonomie : l'APA	118
1.3.3.3.2.	Les aides au logement : APL, l'ALF, l'ALS	119
1.3.3.3.3.	La garde à domicile	119
1.3.3.3.4.	L'aide à l'aménagement du domicile de la CRAM	120
2.	Axes de réflexion autour des limites du maintien à domicile	122
2.1.	Exposé du cas	122
2.2.	Analyse du cas	124
2.2.1.	Le maintien à domicile limité par la patiente elle-même	125
2.2.2.	D'une action en aval à une action en amont	126
2.2.3.	Sans communication, pas de maintien à domicile	126
2.2.4.	L'adaptation du patient au personnel intervenant	128
2.2.5.	Un investissement financier conséquent mais insuffisant	129
2.2.5.1.	Un temps d'intervention limité	130
2.2.5.2.	Des coûts mal répartis dans le temps	131

Conclusion

Liste des acronymes utilisés

- ACTP : Allocation Compensatrice Tierce Personne
- ADAPA : Association Départementale d'Aide aux Personnes Âgées
- ADMR : Association D'aide en Milieu Rural
- AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources
- ALF : Allocation Logement à caractère Familial
- ALS : Allocation de Logement Social
- ALD : Affection Longue Durée
- ANAH : Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat
- APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
- APL : Aide Personnalisée au Logement
- AVQ : Acte de la Vie Quotidienne
- CAF : Caisse des Allocations Familiales
- CAH : Commission d'Amélioration de l'Habitat
- CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
- CDD : Contrat à Durée Déterminée
- CDI : Contrat à Durée Indéterminée
- CESU : Chèque Emploi Service Universel
- CIAS : Centres Intercommunaux d'Action Sociale
- CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique
- CMU : Couverture Maladie Universelle
- CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
- CNSA : Caisse Nationale Solidarité Autonomie
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
- CREDOC : Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation Des Conditions de vie
- CSG : Contribution Sociale Généralisée
- DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DEAVS : Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale
- DP : Dossier Pharmaceutique
- EHPA : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées
- EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
- ESVI : Espérance de vie Sans Incapacité
- FNAL : Fond National d'Aide au Logement

- GIR : Groupes Iso Ressources
- HAD : Hospitalisation À Domicile
- HLM : Habitation à Loyer Modéré
- IADL : Instrumental Activities of Daily Living
- IDE : Infirmière Diplômée d'État
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
- LPPR : Liste des Prestations et Produits Remboursables
- MAD : Maintien à Domicile
- MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer
- MAJ : Mesure d'Accompagnement Judiciaire
- MASP : Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé
- MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
- MPF : Mandat de Protection Future
- MTP : Majoration pour Tierce Personne
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PAIS : Point d'Accueil Informations Services
- PAP : Prêt d'Accession à la Propriété
- PAS : Prêt à l'Accession Sociale
- PCH : Prestation Compensation Handicap
- PED : Prestation Expérimentale de Dépendance
- PSD : Prestation Spécifique de Dépendance (remplacée par l'APA)
- SMIC : Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance
- SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
- URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
- URSSAF : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocation Familiales
- USLD : Unité de Soins Longue Durée

Ce n'est pas une révélation : la population française vieillit.

En 2005, un Français sur cinq avait plus de 60 ans et, selon certaines projections, on estime qu'en 2050 un Français sur trois aura plus de 60 ans, soit une augmentation de 80 % en 45 ans. Ce vieillissement de la population est la conséquence d'un allongement de vie. Il constitue un privilège de nos nations développées mais également un véritable enjeu du XXI^{ème} siècle. En effet, ce vieillissement va de pair avec l'augmentation du nombre de personnes dépendantes à domicile. Poser le problème de la vieillesse, c'est essentiellement rechercher quelle place peut et doit être faite aux personnes âgées dans la société française d'aujourd'hui et plus encore dans celle de demain.

Si, dans les années 70, il s'est dessiné une tendance à accueillir les personnes dès 70 ans dans des maisons de retraite ou des foyers-logements, l'amélioration progressive de l'espérance de vie sans incapacité fait que le maintien à domicile est devenu la règle aussi longtemps que cela est possible.

L'objectif de notre travail est de faire le point sur les différents aspects du maintien à domicile, de recenser et de décrire l'ensemble des éléments nécessaires à l'accompagnement du patient à domicile et d'aboutir à un arbre décisionnel à destination du pharmacien d'officine mais également de tous les autres professionnels impliqués.

À l'heure où le pharmacien d'officine voit son activité enviable par de nombreux intérêts économiques, il doit délivrer une réponse complète aux patients faisant face à une perte d'autonomie à domicile. Certes, ses compétences médicamenteuses en font un acteur incontournable mais, au delà, son implication dans le maintien à domicile l'oblige à connaître tout ce qui gravite autour et particulièrement ce qui complète son intervention dans cette activité. Une orientation correcte des personnes souvent désemparées ne fera que renforcer la bonne réputation et la crédibilité de sa profession, au carrefour du sanitaire et du social.

Ce travail n'a pas la prétention de placer le pharmacien comme seul professionnel compétent pour faire face à la dépendance, mais se propose de lui octroyer une place justifiée au cœur d'un réseau de professionnels compétents, qui agissent « main dans la main » au service d'une personne dépendante. Pour cela, chacun de ces professionnels doit connaître l'action de l'autre.

Qu'est-ce que la dépendance, l'autonomie ? Comment l'évaluer ? Quelles réponses le pharmacien peut-il apporter à une demande de maintien à domicile ? Comment peut-il valoriser ses compétences au sein du travail en synergie avec celui des autres partenaires ?

Autant de questions auxquelles nous allons tenter d'apporter des réponses étayées par un travail bibliographique et l'étude de deux cas pratiques.

Dans une première partie, le cadre général de la pratique du maintien à domicile sera tracé, définissant des notions inhérentes et les enjeux qu'elle représente.

Une seconde partie s'attachera à recenser et à décrire les différents moyens nécessaires à l'accompagnement de la personne âgée à domicile.

Enfin, une troisième partie tentera de mettre en pratique les moyens d'actions décrits, au travers de deux cas décrivant dans un premier temps les facteurs de réussite, et dans un second les limites à la pratique du maintien à domicile.

I

Dépendance, perte d'autonomie, handicap.

De quoi parle-t-on ?

Quels enjeux ?

1 – Définitions

2 – Évaluation de la dépendance

3 – État des lieux : démographie, épidémiologie

4 – Le maintien à domicile

La signification des termes utilisés pour caractériser la situation sociale et médicale d'une personne n'est pas toujours maîtrisée, y compris parfois par les acteurs politiques et médicaux. Il convient de définir ces notions. Quel qualificatif pour quelle situation ? Dépendance ? Perte d'autonomie ? Comment délimiter les frontières sémantiques de ces termes ?

1. Définitions

1.1. Préambule : le concept de Wood

La classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (déficience - incapacité – désavantage ou handicap) permet de guider la démarche devant la perte d'autonomie chez un patient âgé. Elle résulte de relations généralement représentées par le schéma de Wood proposé en 1980¹ :

maladie → **déficience** → **incapacité** → **désavantage ou handicap**
(intrinsèque) (extériorisée) (objectivée) (socialisé)

1.1.1. La maladie

Elle est définie comme un dysfonctionnement de l'organisme entraînant une altération de l'état de santé. Elle est à l'origine de la chaîne de causalité et relève du domaine médical.

1.1.2. La déficience

Elle correspond à l'altération ou la perte d'une fonction anatomique, physiologique ou psychologique. C'est l'extériorisation d'un état pathologique. Il existe différentes catégories de déficiences dont la fréquence s'élève avec l'âge. Il s'agit essentiellement des déficiences dites intellectuelles (troubles cognitifs), psychologiques (dépression), psychiques, auditives, visuelles, motrices (amputation) ou encore celles liées au langage (aphasie) ou aux fonctions viscérales (insuffisance cardiaque). Celles-ci ne sont pas toujours apparentes et le patient n'en a pas forcément conscience.

¹ Whood PHN, Classification of imperments, disabilities and handicaps, Genève, WHO, 1980, 207 pages.

1.1.3. L'incapacité

Elle se définit comme la réduction partielle ou totale de la capacité d'effectuer une activité considérée comme normale. La classification de l'OMS distingue les incapacités liées au comportement (orientation, relation), à la communication (langage, audition), aux soins personnels, à la déambulation et aux activités de la vie quotidienne.

1.1.4. Le handicap

Il est défini comme le désavantage, conféré par l'incapacité et la déficience, qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal pour un être humain.

Le handicap est largement fonction de l'environnement matériel (habitat), sociologique (famille et voisinage), culturel (sujets d'intérêt), économique, ... Selon Wood, six activités sont nécessaires à la vie en société : la capacité de s'orienter, de pourvoir à ses besoins sur les plans de l'hygiène et de la nutrition, de se mouvoir, de s'occuper de façon normale pour son âge, de maintenir des relations sociales, d'avoir une activité socio-économique. Elles sont unanimement considérées comme universelles et la dégradation de l'une d'entre-elles suffit à mettre une personne âgée en situation de dépendance.²

Pour illustrer ces définitions, une personne souffrant d'une maladie de Parkinson associée, en conséquence, à des troubles moteurs (déficience), est gênée pour monter les escaliers qui mènent à son appartement situé au 4^{ème} étage (incapacité de déambulation correcte). La mise en place d'un ascenseur ou, si possible, l'aménagement d'un appartement au rez-de-chaussée pourra compenser ce handicap.

1.2. L'autonomie

Étymologiquement le mot autonomie est issu du terme grec « autonomos » (« auto » signifiant « soi-même », « nomos » désignant « la loi »). La définition qu'en donne le Larousse est d'ailleurs strictement en rapport avec son étymologie : « liberté de se gouverner par ses propres lois ».

² A. Bruat, La Dépendance des personnes âgées et l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, Bibliothèque Médecine, Nancy, 01.2004, 38 pages, p.5.

La Commission ministérielle de terminologie du secrétariat d'État chargé des personnes âgées donne deux définitions³ :

- Capacité et droit d'une personne à choisir elle-même ses règles de conduite, l'orientation de ses actes et les risques qu'elle encourt.
- Possibilité pour une personne d'effectuer sans aide les principales activités de la vie courante, qu'elles soient physiques, mentales, sociales ou économiques, et de pouvoir s'adapter à son environnement.

La première définition met en avant la capacité de jugement de la personne, c'est-à-dire son aptitude à prévoir, à choisir, à accepter ou refuser, à agir librement et sans contrainte, tout ceci impliquant une intégrité mentale et physique.

La seconde définition est relative à l'indépendance, c'est-à-dire la capacité de faire par soi-même, de réaliser sans aide extérieure les activités principales de la vie courante.

La distinction entre ces deux définitions est fondamentale; en effet, une personne peut être autonome sur le plan cognitif et être totalement dépendante sur le plan physique. À l'inverse, elle peut être en perte d'autonomie sur le plan cognitif tout en restant physiquement indépendante.

La volonté de réunir ces deux définitions sous un même terme est donc regrettable et souvent préjudiciable pour la personne âgée lorsqu'elle favorise son exclusion dans les décisions concernant son devenir (institutionnalisation par exemple)⁴. Ainsi, le terme « perte d'autonomie », souvent utilisé dans la littérature administrative ou gériatrique, ne préjuge pas du type de dépendance.

La loi du 20 juillet 2001, relative à la mise en place de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA), définit la notion de perte d'autonomie qui remplace celle de dépendance. Le degré de perte d'autonomie est évalué par référence à la grille nationale Autonomie Gériatrie Groupe Iso Ressources (AGGIR).

Dans le Code de l'action sociale et des familles, l'article L.322.1 stipule :
« toute personne âgée résidant en France, qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liée à son

³ J.C. Sourniat, Dictionnaire des Personnes âgées, de la retraite et du vieillissement, 1984, Ed. Franterm, 118 pages.

⁴ M.Ylieff, Article extrait du dossier « Vieillesse, dépendance et lieux de vie » Observatoire n° 44/2006.

état physique ou mental a droit à une Allocation Personnalisée d'Autonomie, permettant une prise en charge adaptée à ses besoins ».

1.3. La dépendance

Le terme dépendance est utilisé dans différents contextes, ce qui lui confère un large champ sémantique :

- le mot dépendance vient de « dépendre » : ce qui ne peut se réaliser sans l'action ou l'intervention d'une personne ou d'une chose ;
- la dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, intellectuelles ou sociales, et de s'adapter à son environnement ;
- la dépendance est 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.

C'est sur ces trois sémantiques que chaque science se base pour définir la dépendance.

En gérontologie (science étudiant l'évolution de l'être vivant dans le temps⁵), ce concept de dépendance est apparu pour la première fois en 1973 dans un article de Huguenot «Prévenir la dépendance» publié dans le journal Le Monde. Il est habituellement défini par l'état d'une personne qui ne peut pas réaliser seule les actes élémentaires de la vie quotidienne.

En gériatrie, (science qui propose de soigner les maladies et de compenser les déficits des personnes âgées³) le vieillissement considéré comme l'altération physiologique de l'organisme, entraîne une vulnérabilité de la personne du point de vue structurel, intellectuel et organique ; il peut arriver que ces déficits soient tels que la personne âgée soit affaiblie pour réaliser les actes de sa vie quotidienne.

Plus généralement, sont considérées comme dépendantes, les personnes :

- dépendantes d'un tiers de façon partielle ou totale pour les actes élémentaires de la vie courante tels que faire sa toilette, s'habiller, assurer l'hygiène de l'élimination, se déplacer, manger, s'orienter dans le temps et dans l'espace ;
- inaptes à réaliser les tâches domestiques élémentaires, telles que faire des courses, préparer les repas, faire le ménage, faire la lessive, tenir un budget, suivre ses traitements médicamenteux, utiliser son téléphone, se déplacer hors de son domicile (utiliser les transports individuels ou en commun).

⁵ P. Guillet, La prévention de la dépendance en gériatrie, Le Concours Médical, 11/1996 p. 2787.

La dépendance est multiple, elle peut se présenter sous différentes formes et à différents degrés jusqu'à la dépendance totale. C'est une notion complexe et relative, qui ne peut avoir une définition formelle. Elle dépend de chaque individu, de chaque société de par sa culture, ses us et coutumes. « Elle appartient nécessairement au domaine du relationnel et on ne peut donc la réduire à un état de la personne »⁶. C'est une situation à un moment donné qui est susceptible d'évoluer dans le temps et en fonction des modifications de l'environnement.

Il n'y a pas « une dépendance » mais « des dépendances »⁷; ainsi, pour être pertinente, l'approche de la dépendance doit être globale et envisager les six domaines suivants⁸ :

- physique ;
- psychique/mental ;
- social et de la communication ;
- de la santé ;
- de l'environnement (le cadre de vie, habitat, ...) ;
- économique.

1.3.1. Les formes de la dépendance

Subite ou progressive, physique ou mentale, légère ou sévère, normale ou pathologique, la dépendance revêt divers aspects. Il y a peu de similitudes entre une personne âgée, bénéficiant de ses capacités intellectuelles, atteinte de difficultés à la marche, et une autre personne, perdant ses capacités cognitives et qui déambule. De même, il y a peu de similitude entre une personne âgée atteinte d'une détérioration des fonctions cognitives vivant à domicile avec son conjoint autonome et très entourée par ses enfants et une personne atteinte du même handicap cognitif, seule à domicile et sans étayage socio-familial.

1.3.1.1. La dépendance relative due au grand âge

La fragilité induite par le vieillissement, plus ou moins accentué, crée une forme de dépendance légère et très progressive : difficulté à se déplacer, à porter une valise, ...

La personne âgée peut être parfaitement lucide, même si elle se fatigue plus vite et se plaint de pertes de mémoire. Ainsi, elle reste en mesure de gérer sa vie.

⁶ P. Meire, I. Neirynek, Le paradoxe de la vieillesse, De Boeck Université, 1997, 169 pages.

⁷ P. Guillet, La prévention de la dépendance en gériatrie, Le Concours Médical, 11/1996, p. 2787.

⁸ L'Observatoire, Vieillesse, dépendance et lieux de vie, dossier n°44, 2006

Cependant, le caractère de la personne âgée influence sensiblement cette notion de dépendance. L'une volontaire et optimiste, s'accommode de ses affaiblissements et recherche les moyens de les surmonter ; une autre, défaitiste et dépressive se laisse aller et demande à être maternée.

1.3.1.2. La dépendance due à la maladie

Certaines maladies fatiguent l'organisme et créent des déficits majeurs, moteurs ou sensoriels limitant l'autonomie de la personne (voir Figure 1 « 1+2+3 de Bouchon »). Une insuffisance rénale sévère contraint à des dialyses hebdomadaires ; des affections rhumatismales, ou une maladie de Parkinson peuvent rendre pénibles, voire impossibles certains actes de la vie quotidienne.

La survenue d'une maladie peut accentuer brusquement le processus de vieillissement et de ce fait, précipiter l'entrée en dépendance comme par exemple un alitement dû à une chute traumatique, les interventions chirurgicales et les hospitalisations.

1.3.1.3. La dépendance due à un handicap physique

Nous traitons uniquement la dépendance du handicap physique de la personne âgée. Le handicap physique peut être brutal ou progressif comme dans certaines pathologies rhumatismales ou cardiovasculaires ; dans le cas d'une apparition brutale, il s'agit d'une situation nouvelle, dans l'autre, la famille, les professionnels médicaux et sociaux adaptent progressivement l'environnement au handicap en fonction de l'évolution.

1.3.1.4. La dépendance due à une dégénérescence psychique

Plus nous vivons âgés, plus nous avons de risques de « perdre la tête » selon l'expression familière. Les troubles psychiques sont réunis sous le terme général de « démence ». Selon l'OMS, la démence se caractérise par une altération progressive de la mémoire et de l'idéation, suffisamment marquée et durable pour handicaper les activités de la vie quotidienne. La maladie d'Alzheimer représente l'étiologie la plus fréquente du syndrome démentiel compte tenu des connaissances actuelles. Quelque soit le type de démence, qu'il s'agisse d'une maladie d'Alzheimer ou non, elle prive le patient de ses capacités intellectuelles, de sa « personnalité » et de tout ce qui constitue son identité.

Vieillesse = dépendance. Cependant, une certaine indépendance reste notre droit. Une vieille personne est encore une personne. Le juste et bénéfique dosage de la dépendance et de l'indépendance fait problème. Celui qui réussit est un sage et quelquefois un saint. (Marie Fragues 1887-1976)

1.4. Le besoin

Les déficits décrits précédemment entraînent inéluctablement la survenue de besoins pour la personne âgée. Nous pouvons les assimiler à la conséquence d'une rupture de l'équilibre interactif entre une personne et son milieu de vie. Le maintien à domicile a pour objectif de répondre à ces besoins. Ils concernent :

- la personne directement car ils sont la conséquence de la déficience (impossibilité à accomplir les tâches d'hygiène personnelle, ...) ;
- l'environnement matériel de la personne (inconfort ou inadaptation de l'agencement architectural du logement, ...) ;
- l'environnement social de la personne, la difficulté ou l'incapacité de l'entourage immédiat (enfants, voisins, ...) à fournir le soutien ou l'aide nécessaire.

1.5. Le concept de « besoin de soins »

Au delà du besoin au sens général, plus spécifiquement adapté à la santé de la personne, le concept de « besoin de soins » est fréquemment utilisé par les professionnels de la santé (Figure 1).

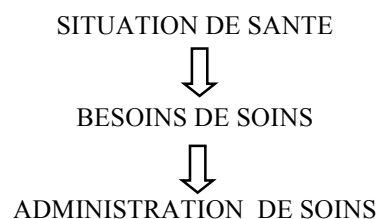


Figure 1 – Modèle schématique des besoins en soins

Selon l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), le besoin de soins est défini comme « la nécessité d'une intervention d'un professionnel ou d'un établissement de

santé pour la prise en charge d'une ou plusieurs pathologies ». Ce concept diffère de la consommation de soins qui résulte de la rencontre entre une offre et une demande⁹.

Le « besoin de soins » est à différencier également du « besoins de santé » qui, selon l'OMS, est une notion beaucoup plus large et qui ne relève pas du seul système de soins.

1.6. Le vieillissement

La vieillesse s'inscrit dans la vie dont elle partage les trois premières lettres

(Jean-Claude DAUVERCHAIN XXème siècle)

Le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui entraînent une diminution des réserves fonctionnelles de l'organisme.

La bonne santé d'un individu ne tient qu'à l'équilibre entre les phénomènes de dégradations et de réparations effectués par l'organisme. Dans ce système le vieillissement est le résultat d'une lutte permanente mais à l'issue toujours fatale, entre l'efficacité des systèmes de maintenance et de réparation de l'organisme et l'intensité de certains processus qui tendent à l'altérer et à le dégrader. L'équilibre des forces en présence est influencé de manière variable par les facteurs énergétiques, génétiques (vieillissement intrinsèque) et environnementaux (extrinsèques, niveau de vie, profession, facteurs de risques tels que le tabagisme ou la suralimentation, ...) propres à chaque individu.

Il est important de distinguer les notions de vieillissements primaire et secondaire :

- le vieillissement primaire fait référence aux modifications physiologiques qui surviennent normalement avec l'âge. C'est la sénescence proprement dite ;
- le vieillissement secondaire est lié à des lésions pathologiques. Celles-ci s'associent aux modifications normales de la sénescence, aggravant ainsi les effets globaux du vieillissement.

Les changements physiologiques accompagnant le vieillissement ont un caractère progressif, irréversible, cumulatif et nuisible¹⁰. Aucune de ces modifications ne conduit par elle-même à l'insuffisance pathologique d'un organe. En revanche, les capacités d'adaptation de l'individu âgé étant réduites, l'expression clinique d'une maladie aiguë chez un patient vieillissant peut s'avérer atypique (les mécanismes compensatoires sont altérés par le vieillissement). Un

⁹ URCAM, Le Besoin de soins en France, évaluation des besoins de soins en France, étude nationale, 01/2007.

¹⁰ G. Coste, L. Merle, Généralité sur la physiologie du vieillissement, Les actualités pharmaceutiques, 2006, n°450, p. 39.

schéma modélisant la décompensation fonctionnelle de la personne âgée a été proposé par Bouchon en 1984 (Figure 2).

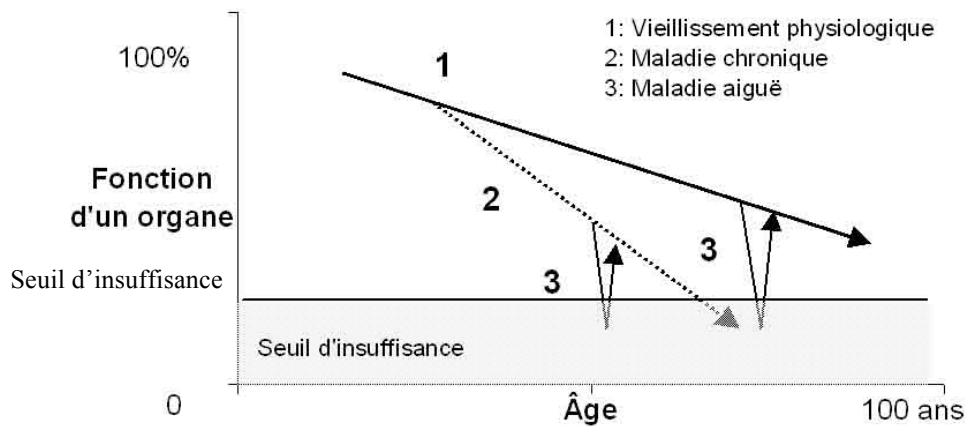


Figure 2 - "1+2+3" de Bouchon (1984)

Sur ce schéma, l'âge du patient est en abscisse ; en ordonnée, est représentée la fonction d'un organe, avec un maximum de 100% et un seuil clinique d'insuffisance marquant la décompensation fonctionnelle. La courbe 1 représente les effets du vieillissement sur la fonction de l'organe (vieillesse cardiaque, vasculaire, rénal, cérébral, ...). Le vieillissement isolé n'aboutit jamais en lui-même à la décompensation fonctionnelle. La courbe 2 représente l'effet d'une maladie chronique qui se greffe sur les effets du vieillissement et altère la fonction de l'organe (coronaropathie, syndrome démentiel, hypertension artérielle, ostéoporose, ...). La maladie chronique, si elle évolue, peut conduire au stade d'insuffisance (cardiopathie ischémique au stade d'insuffisance cardiaque globale). Cependant, les effets couplés du traitement et des adaptations fonctionnelles de l'organisme peut maintenir une capacité fonctionnelle correcte quoique diminuée. La courbe 3 représente le facteur aigu de décompensation : stress aigu, pathologie iatrogène, affection médicale aiguë.

Ainsi la vieillesse n'est en aucun cas une maladie, mais représente un terrain propice au développement des maladies. Leurs conséquences sont plus importantes chez le sujet âgé car leurs effets s'ajoutent aux altérations dues au vieillissement.

1.7. Les personnes âgées

D'un point de vue psychologique ou social, l'expression « personnes âgées » ne correspond à aucune définition précise. Dans la majorité des études démographiques, cette expression définit les personnes de soixante ans ou plus, ou, selon les cas, de soixante-cinq ans ou plus (OMS). Ces seuils correspondent à des étapes « administratives » de traitement de la vieillesse : passage à la retraite, critère d'attribution de l'Aide Personnalisée d'Autonomie (APA) ou des aides ménagères.

L'allongement de la durée de vie induit un inéluctable allongement de la vie active. Désormais l'âge de soixante ans qui, il y a quelques années encore, constituait le seuil à partir duquel les changements dans le mode de vie étaient relativement importants (départ à la retraite synonyme de modification du tissu relationnel non plus focalisé sur le milieu professionnel, mais plus diversifié entre voisinage, monde associatif et famille) semble désormais retardé de cinq années et s'établir à soixante-cinq ans. Il faut cependant différencier deux classes à partir de ce seuil, celui du « troisième âge » qui comprend les 65-89 ans, et celui du « grand âge » comprenant les 90 ans et plus.

Sur un plan social, le Conseil général de Meurthe-et-Moselle par exemple, distingue trois types de troisième âge :

- **la première classe d'âge (65 à 70 ans)** correspond le plus souvent au passage à l'inactivité. Néanmoins le mode de vie peut être encore, à l'activité près, relativement proche de celui de la dernière tranche d'âge des actifs : les personnes vivent généralement en couple, dans leur logement, sans connaître encore de problèmes de santé majeurs ;
- **la deuxième classe d'âge (70 à 80 ans)** est caractérisée par le veuvage ; à partir de 75 ans, la solitude, surtout celle des femmes, est la plus extrême. Les accidents de santé sont importants et touchent l'appareil locomoteur, cardiovasculaire ou cérébral. Le besoin de soutien dans la vie quotidienne apparaît ;
- **la troisième classe d'âge (80 ans et plus)** est caractérisée par des problèmes de santé accrus, voire de dépendance et/ou d'isolement, qui peuvent conduire à une institutionnalisation. Pour trouver des solutions alternatives à un hébergement collectif et pour faire face à l'isolement et à la dépendance, les solidarités familiales et l'aide au maintien à domicile sont alors sollicitées.

1.8. Le domicile

Selon l'article 102 du Code civil, le domicile correspond au « lieu du principal établissement de la personne ». Il est plus communément appelé « résidence principale » de la personne.

Le logement privé peut être de deux types, maison individuelle ou appartement.

La maison individuelle reste immuable et contribue grandement au sentiment de sécurité. Il existe une relation entre la maison individuelle et la dépendance à domicile. À un niveau élevé de dépendance, on rencontre très peu de personnes habitant des immeubles collectifs. Quant aux personnes « très dépendantes », elles sont majoritairement dans des maisons particulières, dont elles sont la plupart du temps les propriétaires¹¹.

Le vieillissement marque une série de ruptures. La propriété du logement va de pair, comme dans les autres classes d'âges, avec les revenus. En conséquence, le changement de logement pour un autre mieux adapté (foyer-résidence, appartement en rez-de-chaussée,...), est plus facilement accepté chez les personnes locataires, que chez les propriétaires, en général plus attachés à leur logement que beaucoup considèrent comme le fruit d'une vie de sacrifices financiers.

1.9. Le maintien à domicile

Le Maintien À Domicile (MAD) est l'ensemble de moyens mis en œuvre pour répondre au besoin consistant à choisir son mode de vie quelles que soient ses déficiences, physiques ou mentales. Toute personne peut être considérée en « maintien à domicile » mais les personnes âgées sont particulièrement concernées¹². En ce sens, promouvoir une telle politique, consiste à maintenir le plus longtemps possible à son domicile, toute personne âgée en perte progressive d'autonomie et d'y préserver ses conditions d'insertion sociale et de sécurité personnelle dans le but ultime de retarder son entrée en institution.

La maison de retraite, ce pensionnat forcé, fait de l'agglomération de destins solitaires et dont la porte ne s'ouvre que sur le cimetière.

(Dr. Koupernic XXème siècle)

¹¹ Promotion 2004-2006 ENA, séminaire relatif au logement, juillet 2005.

¹² J. Callanquin, C. Camuzeaux, P. Labrude, Le matériel de maintien à domicile, 4^{ème} édition, Masson, 2008, 330 pages.

Le sociologue B. Ennuyer préfère le terme de « maintien à domicile » à celui de « soutien à domicile », car le mot « maintien » laisse entendre « tenir par la main ».¹³ Selon lui, la chose la plus importante qu'une personne puisse demander quel que soit son âge, c'est qu'en certaines périodes ou certaines circonstances plus ou moins difficiles de sa vie, quelqu'un la tienne par la main.

Le MAD ne correspond à aucune structure au sens juridique ou médical. Actuellement naissent des associations d'aide au maintien, surtout centrées sur les besoins « primaires » des individus (fourniture de repas, mise à disposition d'aides ménagères, etc.). Il est important de considérer qu'une prise en charge globale en MAD implique :

- les besoins primaires (matériels, repas, aide ménagère, ...) ;
- le financement de ces besoins (aides financières, ...) ;
- la prise en compte des besoins du ou des aidants familiaux ou non ;
- la coordination des soins et des interventions de chaque professionnel de santé et de la famille ;
- l'intervention des assistantes sociales et la prise en charge sociale éventuelle de la personne ;
- le recours à une éventuelle protection juridique (curatelle, tutelle, sauvegarde de justice, ...).

L'objectif final est d'assurer le confort personnel ainsi que la protection sanitaire et sociale de la personne âgée désirant rester à domicile.

¹³ B. Ennuyer, Les questions soulevées par le maintien à domicile, Recueil des interventions tome 1, colloque de Toulouse, 1989.

2. Évaluation de la dépendance

L'évaluation de la dépendance s'inscrit dans une démarche de prévention, d'organisation des soins et d'évaluation du coût de la dépendance en aides techniques et humaines.

La prévention vise à anticiper, repérer les déficiences pour limiter le handicap (cf. I.1.1.1.). C'est à ce niveau que les professionnels de santé se doivent d'intervenir, c'est à dire avant l'apparition de tout problème ; on parle alors de « prévention primaire ». L'évaluation de la situation permet ainsi d'organiser les soins en repérant les déficiences qui retentissent sur l'environnement de la personne en difficulté.

Plusieurs équipes médicales ont établi des échelles d'évaluation afin de mieux connaître la population considérée et de pouvoir apprécier objectivement son évolution. Toutes permettent le regroupement d'informations caractéristiques, la transformation de valeurs qualitatives en valeurs quantitatives et produisent un résultat concis ayant pour objectif de rendre compte de l'ensemble de la réalité décrite. La simplicité du résultat autorise la communication avec une perte minimale d'informations¹⁴.

2.1. Les outils utilisés

Il existe plusieurs centaines d'indicateurs de dépendance, les plus utilisés sont les suivants :

- la classification de Colvez ;
- l'échelle des activités de la vie quotidienne - indice de Katz ;
- l'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne - test de Lawton ;
- la grille Autonomie Gérontologique et Groupes Iso-Ressources (AGGIR).

2.1.1. La classification de Colvez¹⁵

C'est une classification très simple et utilisable par de nombreux acteurs sanitaires et sociaux (médecin traitant, pharmacien, infirmière, assistante sociale). Elle caractérise la perte de mobilité et classe les personnes en quatre groupes (Tableau 1) :

¹⁴ Le collège national des enseignants de gériatrie, Corpus de gériatrie, Tome 1, 2000, 185 pages.

¹⁵ A. Bruat, La dépendance des personnes âgées et l'allocation personnalisée d'autonomie, Mémoire de III^{ème} cycle, 2004, bibliothèque santé-médecine UHP Nancy I, 56 pages.

Niveau 1	Personne confinée au lit ou au fauteuil
Niveau 2	Personne non confinée au lit ou au fauteuil, mais qui a besoin d'aide pour la toilette et l'habillage
Niveau 3	Personne non confinée au lit ou au fauteuil, qui n'a pas besoin d'aide pour la toilette et l'habillage, mais qui ne sort pas seule de son logement.
Niveau 4	Autre situation

Tableau 1 - Classification de Colvez : Description de la dépendance d'une population de personnes âgées vivant à domicile.

Les niveaux 1 et 2 correspondent à une dépendance lourde et le niveau 3 à une dépendance modérée.

2.1.2. L'échelle des activités de la vie quotidienne - indice de Katz¹⁶

Cette échelle évalue, de manière objective, six activités de la vie quotidienne (Tableau 2). L'indépendance pour une activité de vie quotidienne est cotée 1. Un score de 6 indique une indépendance complète. Un sujet âgé dont le score est inférieur à 3 est considéré comme dépendant.

Sa simplicité et sa brièveté en font une échelle couramment utilisée par les acteurs sanitaires et sociaux bien qu'elle ne tienne pas compte des déplacements de la personne âgée. Elle est considérée comme une référence dans la littérature internationale.

Activité	Définition d'une activité indépendante	Indépendant	
		Oui (1)	Non (0)
Soins corporels	Ne reçoit pas d'aide ou ne reçoit une aide que pour se laver une partie du corps		
Habillement	Peut s'habiller sans aide à l'exception du laçage des chaussures		
WC	Se rend aux toilettes, utilise les toilettes, arrange ses vêtements et retourne sans aide (peut utiliser une canne ou un déambulateur un plat bassin pendant la nuit)		
Transferts	Se met au lit et se lève du lit et de la chaise sans aide (peut utiliser une canne ou un déambulateur)		
Contenance	Contrôle fécal et urinaire complet (sans accident occasionnel)		
Alimentation	Se nourrit sans aide sauf pour couper la viande et pour beurrer du pain		

Tableau 2 - Échelle des activités de la vie quotidienne - indice de Katz

¹⁶ S.Katz, T.D. Downtn, H.R. Cash, Progress in the development of the index of ADL, Gerontologist 1970 ; 10 :20-30.

2.1.3. L'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne - test de Lawton ¹⁷

Cette échelle évalue le comportement et l'utilisation des outils usuels que l'individu doit maîtriser à domicile. (Tableau 3). Pour chaque item, la cotation ne peut être que 0 ou 1. Le score total est coté de 0 à 5 pour les hommes et de 0 à 8 pour les femmes.

Activité	Définition d'une indépendance	Cotation	
		Femme	Homme
1. Téléphone	L'utilise de sa propre initiative, compose le numéro	1	1
	Compose quelques numéros connus	1	1
	Décroche mais ne compose pas seule	1	1
	Ne l'utilise pas	0	0
2. Faire les courses	Achète seul la majorité des produits	1	1
	Fait peu de courses	0	0
	Nécessite d'être accompagné	0	0
	Est incapable	0	0
3. Faire la cuisine	Prévoit et cuisine les repas seul	1	Pas de cotation
	Cuit les repas après préparation par une tierce personne	0	
	Fait la cuisine mais ne tient pas compte des régimes imposés	0	
	Nécessite des repas préparés et servis	0	
4. Ménage	S'en occupe de façon autonome	1	Pas de cotation
	Fait seul des tâches légères	1	
	Fait les travaux légers mais de façon insuffisante	1	
	A besoin d'aide pour les travaux ménagers	1	
	A besoin d'aide pour les travaux ménagers quotidiens	0	
5. Linge	Lave tout son linge seul	1	Pas de cotation
	Lave le petit linge	1	
	Tout doit être lavé à l'extérieur	0	
6. Transport	Utilise les moyens de transport de manière autonome	1	1
	Commande et utilise seul un taxi	1	1
	Utilise les transports publics avec une personne accompagnante	0	0
	Parcours limité en voiture, en étant accompagné	0	0
	Ne voyage pas	0	0
7. Médicaments	Prend ses médicaments correctement et de façon responsable	1	1
	Prend correctement les médicaments préparés	0	0
	Ne peut prendre les médicaments correctement	0	0
8. Argent	Règle ses affaires financières de façon autonome	1	1
	Règle ses dépenses quotidiennes, mais a besoin d'aide pour les virements et dépôts	1	1
	N'est plus capable de se servir de l'argent	0	0

Tableau 3 - Échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne - test de Lawton.

Cette échelle est rapide à effectuer et peut être réalisée aussi bien par un médecin, un pharmacien, une infirmière qu'une aide soignante. Les informations sont fournies par le

¹⁷ M. Lawton, E.M. Brody, Assessment of older people : self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist, 1969 ; 9 : 179-186.

patient lui même si les fonctions cognitives sont préservées. Une confirmation de l'entourage de la personne peut être nécessaire.

Ce test est utilisé dans sa version allégée ne comportant que les items 1, 6, 7 et 8, en consultation médicale et permet de dépister les troubles des fonctions exécutives, parfois premiers signes d'une démence dégénérative.¹⁸

2.1.4. La grille Autonomie Gérontologique et Groupes Iso-Ressources (AGGIR)

« Pour que l'épidémiologie ne reste pas une science basée sur des données imprécises, le choix d'une échelle d'évaluation d'autonomie commune paraît enfin indispensable. Des conclusions ne peuvent être tirées que si tout le monde travaille avec les mêmes documents »¹⁹ tels sont les propos tenus par J. Gordin, rédacteur en chef de la revue Gériatrie en 1980. Il est donc apparu nécessaire de développer un instrument d'évaluation permettant de détecter la survenue d'une dépendance dans le cadre de l'éligibilité à des allocations compensatoires.

2.1.4.1. L'historique d'AGGIR

C'est en 1994 que l'outil AGGIR est présenté officiellement par le ministère des Affaires sociales. La lettre, citée ci-après, de la Direction de l'action sociale du 17 février 1994, nous montre que la volonté de mettre en place une « allocation dépendance » est à l'origine de cette grille.

« Les réflexions menées actuellement dans le cadre la création d'une éventuelle allocation aux personnes âgées dépendantes mettent en lumière la nécessité de mettre en place un outil pertinent et consensuel permettant d'évaluer la perte d'autonomie des personnes âgées. Un tel instrument a été élaboré de concert par les échelons médicaux de la DAS et de la CNAM en total accord avec les gérontologues faisant autorité dans le secteur. Cet outil nommé AGGIR (Autonomie Gérontologique et Groupes Iso-Ressources) [...] doit permettre de répartir les personnes âgées dans plusieurs groupes en fonction de leur état de dépendance et il convient de s'assurer que cet outil est adapté aux différentes situations rencontrées sur le terrain. »

¹⁸ S. Van Pradelles de Palmaert, J. Ankri, De la plainte mnésique au diagnostique de démence, Stratégies, vol.2, 10/2006, n°8, 353-6.

¹⁹ J. Gordin, Un grand problème gériatrique, l'évaluation de la perte d'autonomie, Revue de Gériatrie, 1980, tome 5, n°8, p.361.

Le 7 mars 1994, la grille est présentée par J.M. Vetel comme outil validé. Elle a été élaborée de façon multidisciplinaire et a déjà fait l'objet d'un large consensus. « AGGIR est fiable, simple et les informations sont reproductibles quel que soit le lieu de vie de la personne âgée, à domicile comme en institution »²⁰. Tels sont les mots avec lesquels AGGIR a été présenté le 7 mars 1994. Le 24 janvier 1997 la grille AGGIR a été inscrite dans la loi française (*loi n° 97-60*) comme outil d'évaluation de la dépendance en vue de déterminer si une personne peut bénéficier, et à quel niveau, de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) remplacée aujourd'hui par l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA)²¹.

2.1.4.2. Les principes d'AGGIR

AGGIR est un modèle permettant de définir le profil de dépendance grâce à l'observation des activités effectuées seules par la personne âgée. La dépendance y est évaluée en terme de « niveau de demande de soins requis »²² appelé Groupe Iso-Ressource (GIR).

L'outil exclut tout ce que font les aidants et/ou les soignants. En revanche les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne : lunettes, prothèses auditives, fauteuil roulant, poche de colostomie, ...²³

La grille AGGIR comporte :

- dix variables discriminantes (Tableau 4) ;
- sept variables illustratives : gestion, cuisine, ménage, transports, suivi du traitement et activités de temps libre ; se rapportant à la dépendance domestique et sociale.

Les variables illustratives liées aux activités domestiques ou sociales n'ont pas été retenues car non directement liées à la dépendance « des actes essentiels de la vie ».

Chaque variable discriminante est cotée en trois modalités selon ce que la personne réalise effectivement la tâche ou non :

²⁰ Document de travail annexe diffusé lors de la réunion au ministère le 7/03/1994.

²¹ Syndicat National de Gérontologie Clinique, AGGIR, Guide pratique pour la codification des variables. La revue de Gériatrie. 1994 ; 19, 249-259.

²² Le collège national des enseignants de gériatrie, Corpus de gériatrie, 2000, tome 1, 185 pages.

²³ Ministère de l'emploi et de la solidarité, Guide d'utilisation de la grille AGGIR, mod. 503 264.

- A : fait seule, spontanément, totalement, habituellement (référence au temps) et correctement (référence à l'environnement, conforme aux usages et aux mœurs) ;
- B : fait seule, non spontanément et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement ;
- C : ne fait pas seule.

Les variables		Autonome, fait seule totalement, correctement	fait partiellement	ne fait pas
		A	B	C
1/ Cohérence	converser et/ou se comporter de façon sensée			
2/ Orientation	se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux.			
3/ Toilette	assurer son hygiène corporelle	du haut		
	si AA=A, si CC=C, autres=B	du bas		
4/ Habillage	s'habiller, se déshabiller, se présenter	haut		
		moyen		
		bas		
si AAA=A, CCC=C, autres=B				
5/ Alimentation	concernant des aliments préparés	se servir		
	si AA=A, CC=C, BC=C, CB=C autres=B	manger		
6/ Élimination urinaire et fécale	assurer l'hygiène de l'élimination	urinaire		
	si AA=A, CC=C, AC=C, CA=C, BC=C, CB=C, autres=B	fécale		
7/ Transferts	se lever se coucher s'asseoir			
8/ Déplacements à l'intérieur	Avec ou sans canne, déambulateur ou fauteuil roulant			
9/ Déplacements à l'extérieur	A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport			
10/ Communication à distance	Utiliser les moyen de communication: téléphone, alarme, sonnette...			

Tableau 4 - Les 10 variables discriminantes du model AGGIR

Cette grille permet de classer les personnes âgées dépendantes en six Groupes « Iso-Ressources » (GIR) grâce à un algorithme géré par un logiciel. Dans chaque groupe, les personnes âgées sont comparables entre elles quant à leur niveau dépendance et à leurs besoins. Les six groupes sont les suivants :

- GIR1 : personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, motrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants extérieurs ;
- GIR2 : deux sous groupes :
 - ⇒ d'une part les personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ;
 - ⇒ d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices. Le déplacement à l'intérieur est possible mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits, ou seulement partiellement ;
- GIR 3 : personnes ayant leur autonomie mentale, une autonomie locomotrice partielle mais nécessitant quotidiennement ou plusieurs fois par jour des aides pour leur hygiène corporelle ;
- GIR 4 : personnes qui ne sont pas en mesure de se lever seules, mais qui une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage. La plupart s'alimentent seules. Ce groupe comprend aussi des personnes sans problème locomoteur mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas ;
- GIR5 : personnes nécessitant une aide ponctuelle ou une incitation pour certains actes ;
- GIR6 : personnes autonomes.

Un décret du 21/08/2008 paru au Journal Officiel du 23 août 2008 publie une nouvelle version du guide de remplissage de la grille²⁴. S'il ne la modifie pas, il apporte un certain nombre d'améliorations dans son utilisation. Par rapport aux versions antérieures :

- il favorise une meilleure prise en compte des fonctions cognitives, souvent plus difficiles à cerner (et plus encore à coter) que les handicaps physiques ;
- il précise notamment l'item « cohérence » en insistant sur la communication, les repères spatiaux et temporels et le comportement ;
- il étaye davantage les modalités de cotation des dix variables discriminantes et des sept variables illustratives qui composent la grille AGGIR. Plus complet, il fournit

²⁴ Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, Guide de remplissage de la grille nationale AGGIR, JO du 23 Août 2008.

un éventail plus large d'exemples et d'explications permettant de coter précisément chaque item.

Seule étrangeté, l'ordre de présentation des variables étudiées ne suit pas celui de la grille.

3. Démographie, épidémiologie

3.1. Le vieillissement de la population française

3.1.1. La situation actuelle

Le vieillissement de la population est essentiellement lié à trois paramètres :

- **l'allongement de la durée de vie** : les études démographiques montrent un accroissement régulier de l'espérance de vie moyenne des hommes et des femmes (environ un trimestre par an) avec une différence constante entre les hommes et les femmes. L'amélioration des conditions de vie, les progrès médicaux réalisés au cours du XXème siècle, ont permis un allongement considérable de la durée de vie²⁵. A 60 ans, elle n'était, en 1950, que de 15,4 ans pour les hommes et de 18,4 ans pour les femmes. Elle est aujourd'hui respectivement de plus de 20 ans et près de 26 ans... et en 2020, elle devrait être respectivement de l'ordre de 23 ans et de 28 ans, soit pour les deux sexes près de 10 années de plus en 70 ans ;
- **la chute de la natalité** : « le baby-crash » ; les générations ne se renouvellent plus.
- **le « papy boom » issu du « baby boom » des années 50**. Le nombre des plus de 60 ans ne cesse d'augmenter (13,1 millions au 1^{er} janvier 2004). Dans les années 50, cette part ne représentait que 16,2%. Elle atteint aujourd'hui 20,9%. Ainsi la part des « 60 ans ou plus » a-t-elle presque doublée au cours de ce XXème siècle. De même, la part des 85 ans ou plus est passée de 200.000 personnes en 1950 à 1.250.000 aujourd'hui (Figure 3)²⁶.

²⁵ J. Belmin, C. Berbeziet et al, Le vieillissement, Med-line éditions, Paris 2003, p. 11, 14.

²⁶ INSEE, Les chiffres clés de la population française, 2005.

Parallèlement à l'augmentation de l'espérance de vie, on observe un accroissement de l'Espérance de Vie Sans Incapacité (ESVI). C'est un indicateur synthétique de l'état de santé de la population. Il exclut les années vécues en incapacité du fait d'affections handicapantes. À noter qu'au cours de ces dernières décennies, les années de vie gagnées au delà de la soixantaine ont généralement été vécues sans incapacité sévère.

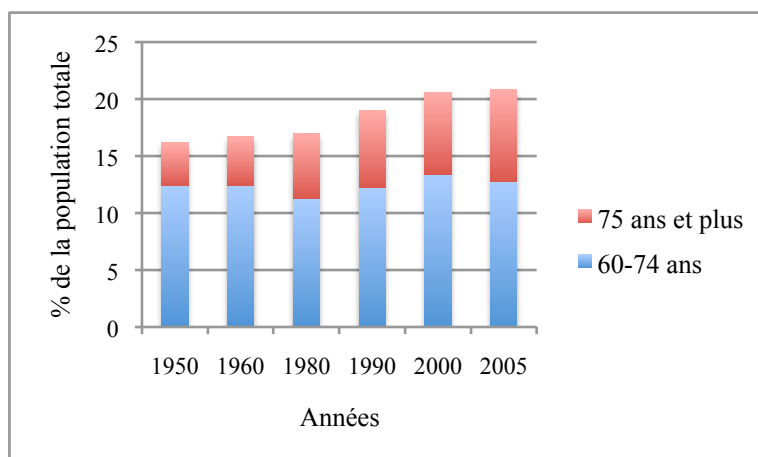


Figure 3 - Évolution de la proportion des 60 ans et plus, de 1960 à 2005, au sein de la population française (source INSEE)

3.1.2. Quel avenir pour la population ?

Au 1^{er} janvier 2050, en supposant que les tendances démographiques actuelles se poursuivent, la France métropolitaine comptera 70 millions d'habitants, soit 9,3 millions de plus qu'en 2005.²⁷ En 2050, un habitant sur trois serait âgé de 60 ans ou plus contre un sur cinq en 2005, soit une augmentation de 80% en 45 ans (Figure 4). Quant à la population active et à la part des jeunes, elles ne cesseront de poursuivre leur déclin.

Ces données statistiques sont le résultat de scénarios dont aucun à ce jour, ne remet en cause l'évident vieillissement général de la population, en effet, il est inscrit dans la pyramide des âges actuelle, puisque les personnes qui auront 60 ans à l'horizon 2050 sont déjà toutes nées (en 1989 ou avant).

À ce titre, la question de la dépendance et de la prise en charge devient nécessairement un véritable enjeu d'une société désormais confrontée à un gigantesque défi d'ordre social, principalement lié à notre inéluctable déclin démographique.

²⁷ I. Robert-Bobée, Projection de population 2005-2050 pour la France métropolitaine, INSEE résultats, 09/2006.

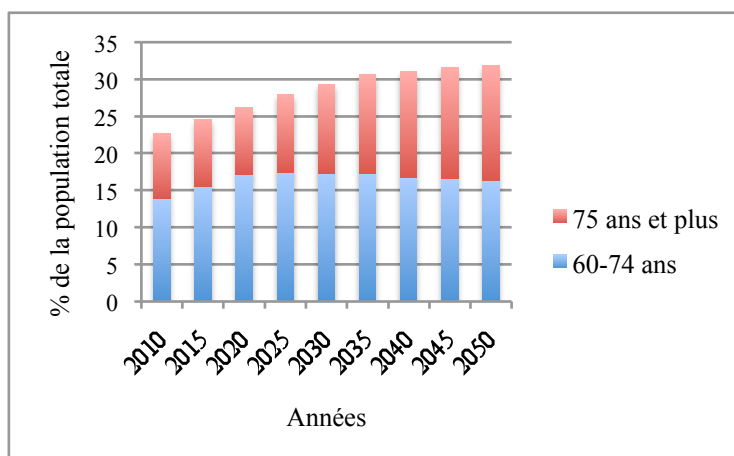


Figure 4 - Projection de 2010 à 2050 de la proportion des 60 ans et plus au sein de la population française (source INSEE)

3.2. Les chiffres de la dépendance

3.2.1. La situation actuelle

Un Français sur cinq connaît dans son entourage immédiat une personne âgée dépendante.

Un constat surprenant étant donné l'élévation actuelle du nombre d'années que nous avons à vivre sans problème de dépendance majeure.

Néanmoins, l'augmentation parallèle de la part relative de cette la population plus âgée induit inéluctablement une augmentation sensible des effectifs de population basculant un jour ou l'autre dans la dépendance.

En effet, les dernières années de vie sont marquées souvent par des manifestations de la sénescence des fonctions cérébrales, cognitives, sensorielles, cardio-vasculaires et des défaillances de l'appareil locomoteur.

On estime aujourd'hui à 570 500, le nombre de personnes de 60 ans et plus classées en GIR 1 à 4 et vivant à domicile²⁸. Les deux tiers des personnes dépendantes sont des femmes : elles sont en effet plus nombreuses parmi les personnes âgées, mais elles sont aussi, à partir de 80 ans, plus souvent dépendantes que les hommes à âge égal. Chez les hommes comme chez les femmes, le taux de dépendance reste faible jusqu'à 75 ans, puis augmente rapidement avec l'âge (Figure 5).

²⁸ CREDOC, Approche du coût de la dépendance des personnes âgées à domicile, 12/2005.

L'âge moyen des personnes dépendantes est de 78 ans pour les hommes et 83 ans pour les femmes²⁹.

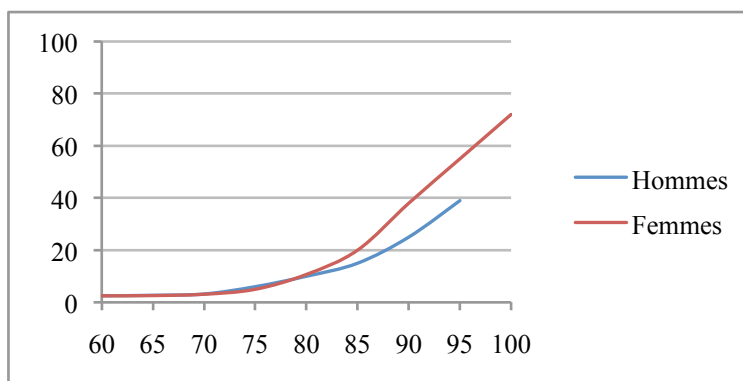


Figure 5 - Taux de dépendance en pourcentage par âge (source INSEE)

3.2.1.1. Une large majorité vit à domicile

Conformément à leurs souhaits, une grande partie des personnes âgées vivent chez elles. Ainsi, 11,9 millions de personnes de 60 ans et plus vivent à domicile : 7,9 millions de personnes de 60 ans à 74 ans et 4 millions de personnes de 75 ans et plus (90%). Seules 9% des personnes âgées de 65 ans et plus vivent en institution³⁰. Le vieillissement de la population ne s'accompagne pas d'un recours accru aides institutionnelles, mais plutôt d'un développement des services de maintien à domicile.

L'âge médian d'entrée en institution est de 76 ans pour les hommes et de 83 ans pour les femmes. Cet âge ne cesse d'augmenter. L'entrée en institution intervient en effet de plus en plus tardivement sous l'effet de l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité et de la mobilisation de plus en plus fréquente de services et d'aides permettant le maintien à domicile. À 85 ans, la proportion de personnes vivant en institution atteint à peine 10%. Cette proportion croît ensuite fortement pour atteindre 46% au sein des 95 ans et plus (Figure 6).

²⁹ M. Duée, C. Rebillard, La dépendance des personnes âgées, une projection en 2040, données sociales, INSEE, 2006.

³⁰ C. Colin, Le nombre de personnes âgées dépendantes, d'après l'enquête HID, Etudes et résultats, DREES, 12/2003, n°94.

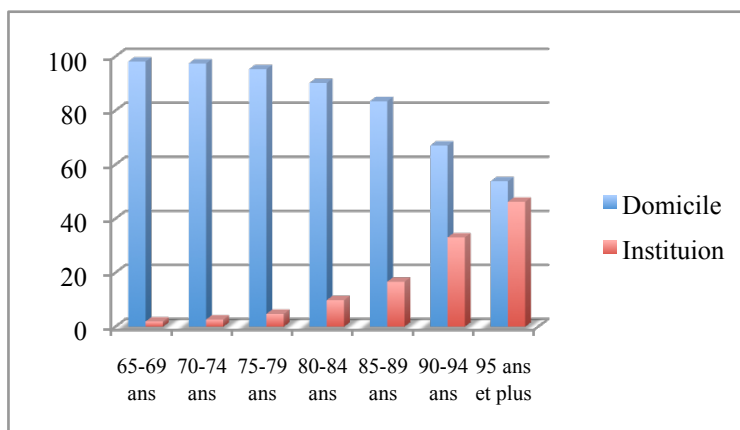


Figure 6 - Répartition des personnes âgées selon leur lieu de vie en 1999 (source INSEE)

Le lieu de vie diffère fortement selon le sexe de la personne âgée, en raison principalement de l'espérance de vie des femmes, plus élevée que celle des hommes. Les femmes vivant plus longtemps et restant plus souvent seules, elles ont plus de probabilité d'aller en institution : elles sont 6,8% à vivre en collectivité contre 3,6% des hommes parmi les 65 ans et plus (Figure 7).

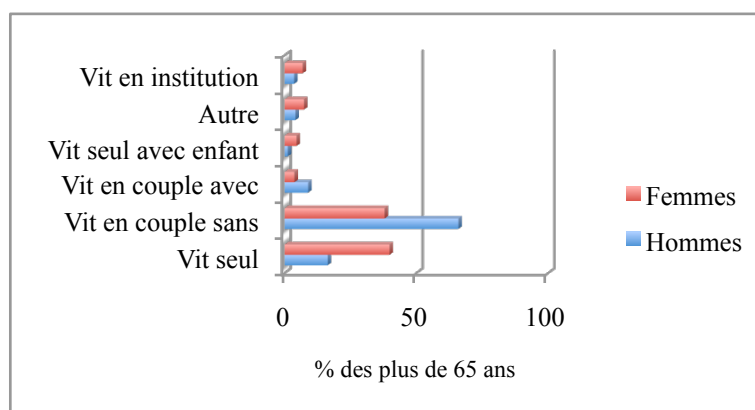


Figure 7 - Répartition des personnes âgées selon leur mode de vie et le sexe en 1999 (source INSEE)

La proportion de personnes hébergées chez un enfant augmente également avec l'âge : 3% parmi les 70-80 ans et 10% au-delà de 80 ans. Néanmoins, ce phénomène devient de plus en plus rare : en 1984, la part de personnes hébergées chez un enfant était de 8% parmi les 70-80 ans et de 19% parmi les plus de 80 ans. Les conditions de vie s'y prêtent de moins en moins : les logements sont de plus en plus petits, les enfants restent à charge de leur parents plus longtemps, les familles sont plus éclatées géographiquement. Et la notion (légale) de l'aide due à ses parents s'éloigne peu à peu.

3.2.1.2. Dépendant, mais pour combien de temps ?

La durée de vie d'une personne âgée dépendante est très variable selon les individus, elle est fonction de l'âge, du degré de dépendance, du sexe, de l'entourage... Néanmoins les dépendances de longues durées sont rares. Seuls 6% des hommes et 16% des femmes dépendantes ont une espérance de vie de plus de cinq ans. Toutefois on vit plus longtemps avec une affection psychique (telle que la maladie d'Alzheimer) qu'avec une affection physique. Selon l'Insee, la durée moyenne de la dépendance, lorsqu'elle survient, est de 4,4 années : 3,3 ans pour les hommes et 4,7 ans pour les femmes. Ces différences s'expliquent par une plus longue espérance de vie chez les femmes et par le fait qu'elles sont plus touchées par les affections psychiques.

3.2.2. Perspectives de la population dépendante

Devant les évolutions démographiques et le vieillissement de la génération du baby boom, il faut s'attendre à un accroissement du nombre de personnes dépendantes. Aussi, l'âge moyen de celles-ci devrait augmenter fortement entre 2000 et 2040, passant de 78 à 82 ans pour les hommes et de 83 à 88 ans pour les femmes³¹. Toutefois, la durée de la dépendance devrait s'avérer plus courte car concernera des personnes de plus en plus âgées et dont l'organisme, plus fragile, supportera de moins en moins longtemps ces conditions de vie particulières. Selon les projections de l'INSEE, le nombre de personnes de 75 ans et plus ayant un GIR de 1 à 4 évoluera selon deux hypothèses comme suit (Figure 8).

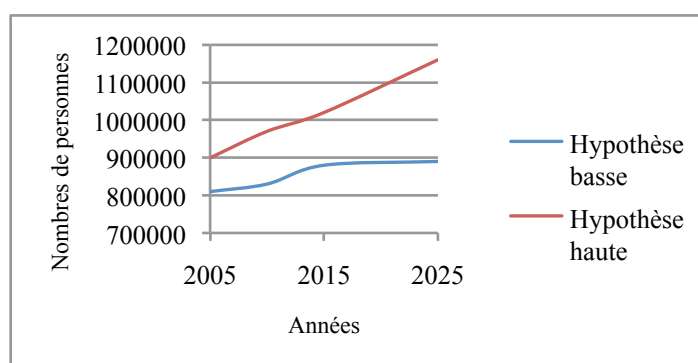


Figure 8 - Projection du nombre de personnes dépendantes d'ici 2025 (GIR 1 à 4) (source INSEE)

³¹ M. Duée, C. Rebillard, La dépendance des personnes âgées, une projection en 2040, données sociales, INSEE, 2006.

3.3. La dépendance, un enjeu de société

Le constat et les prévisions démographiques placent notre société du XXI^{ème} siècle devant des enjeux majeurs. Une majorité des Français est inquiète du devenir des personnes âgées, les deux motifs d'inquiétude étant : le mode de prise en charge de ces personnes et le financement du risque de dépendance.³²

Quelle place donner aux « personnes âgées » et notamment aux plus fragiles d'entre elles, celles souffrant de difficultés de vie quotidienne et cumulant bien souvent, santé dégradée, isolement social et faibles ressources ?

Le MAD est un des objectifs de la « politique de vieillesse en France », une notion trop souvent galvaudée, qui est pourtant pas un objectif en soi, mais un moyen de garantir une finalité éthique primordiale, à savoir : permettre aux personnes âgées de garder leur place au sein de la société.

Mais quels sont les enjeux du maintien à domicile, ses limites et ses alternatives ?

4. Le maintien à domicile

4.1. Les enjeux du maintien à domicile

Huit Français sur dix, considèrent le MAD comme première solution de prise en charge d'une personne âgée. Ce désir va même au delà, puisque pour eux-mêmes, seuls quatre Français sur dix envisagent un placement en institution spécialisée pour leur fin de vie³³. Cependant, pour rester chez soi dans de bonnes conditions, quatre paramètres doivent être pris en compte :

- l'état de santé de la personne ; s'il est altéré, il entraîne inéluctablement des besoins (résultant de la rupture d'un équilibre) que le MAD doit combler. Lorsque ce dernier ne suffit plus, le placement en institution peut s'avérer incontournable avec le traumatisme psychologique qu'il peut induire ;
- la famille ; elle constitue souvent la clé du maintien à domicile ; 53% des bénéficiaires de l'APA à domicile reçoivent la visite d'un membre de leur famille journallement. Pour favoriser l'aide à domicile, les professionnels viennent compléter l'aide familiale sans pour autant s'y substituer ;

³² Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), Dépendance des personnes âgées et handicap les opinions des français entre 2000 et 2005, mai 2006.

- le coût ; il constitue un frein au MAD, notamment en cas d'intervention d'une aide professionnelle rémunérée. Le recours aux aides financières est donc souvent indispensable et ne couvre parfois pas toutes les dépenses. À noter par ailleurs qu'il faut souvent de « l'aide » pour s'y retrouver dans les multiples demandes à formuler ;
- l'habitat ; il s'entend au sens large (logement et environnement matériel). S'il est inadapté, la solution de facilité est souvent l'institutionnalisation. L'adaptation du logement (élargissement de portes, aménagement d'une salle de bain en rez-de-chaussée, ...) permet à la personne de conserver plus longtemps une partie de son indépendance à domicile. Les caisses de retraites, les conseils généraux, l'Agence Nationale d'Amélioration de l'Habitat (ANAH) peuvent participer au financement de ses travaux.

Au travers des différents commentaires évoqués ci-dessous, et en dépit de la bonne volonté de tous les intervenants, on observe combien la mise en place du MAD est soumise à de multiples conditions et qu'il est parfois difficile à respecter. Pour que le MAD, notion de libre choix, ne soit pas qu'une posture de principe, mais un dispositif réalisable dans les faits, quatre défis s'imposent et conditionnent son succès :

- un accompagnement médico-social par des services adaptés ;
- l'aménagement des logements ;
- la mise à disposition de personnels formés ;
- l'offre de formules de répit pour les aidants.³³

4.2. Les limites du maintien à domicile des personnes âgées

Maintenir une personne âgée à domicile pose en théorie peu de problèmes lorsque l'autonomie et l'indépendance sont préservées. À part les états aigus médicaux et chirurgicaux, les affections chroniques telles qu'un état grabataire ou une démence avancée ne sont pas des cas de force majeure nécessitant un placement en institution.

Néanmoins, en pratique certains freins au MAD peuvent apparaître au cours du temps. Ils sont en fait dictés par la tolérance du patient à son environnement, qu'il soit familial, thérapeutique ou social³⁴. En effet, les facteurs susceptibles de mettre en péril le MAD sont divers et variés.

³³ Pr. Menard, Rapport Alzheimer, 11/2007, 118 pages.

³⁴ M. Tanguy-Mauffret, La coordination gérontologique, Chronique sociale, 1994.

Ils peuvent être d'ordre humain (le patient, la famille, l'équipe soignante), matériel (habitat) ou financier.

4.2.1. Les limites propres à la personne âgée

4.2.1.1. Sa volonté

Il ne peut y avoir un réel MAD sans un désir d'y rester. Certaines personnes refusent l'isolement dans leur propre domicile et ne trouvent leur équilibre qu'au sein d'une vie communautaire en institution. L'angoisse de la solitude, le sentiment d'insécurité, la crainte de l'abandon sont quelquefois trop fortement ressentis pour prêter à discussion³⁵. En faisant du MAD, nous répondons à un désir et respectons le libre choix de la personne.

4.2.1.2. Son état de santé

De l'état clinique de la personne dépendent bien sûr les possibilités de la maintenir ou non à domicile.

Le MAD n'est plus possible :

- dans toutes les situations médicales ou chirurgicales aiguës qui nécessitent le recours à un plateau technique hospitalier ;
- lorsque l'accroissement du degré de dépendance de la personne âgée est tel que la meilleure des organisations n'est plus suffisante pour répondre à tous les besoins.

4.2.2. Les limites dues aux intervenants

4.2.2.1. Le médecin traitant

Nous le verrons par la suite (cf. II.1.3.), le médecin traitant est un des piliers indispensables du MAD. Il doit présenter une disponibilité à toute épreuve, car il ne suffit pas de faire intervenir les services sociaux ; il faut accepter de se déplacer au moindre problème sous peine de compromettre rapidement tous les efforts entrepris³⁶. Le médecin traitant doit avoir une formation adaptée et une bonne connaissance des intervenants médico-sociaux. Son rôle de coordinateur des intervenants en fait un pivot de la prise en charge.

³⁵ P. Thomas, C. Hazif-Thomas, C Pradere, La tolérance des familles face à la démotivation et à la dépendance des personnes âgées. La Revue de Gériatrie, 1995, tome 20, n°4, pages 217-227.

³⁶ S. Weber, Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, Guide à l'usage du médecin généraliste, Thèse de doctorat en médecine, Nancy, 1997, 371 pages, p.176.

4.2.2.2. La famille

La proximité géographique est un facteur déterminant de l'implication de la famille. La grande majorité des aidants réside à proximité, dans le même logement ou dans le voisinage immédiat. L'éparpillement géographique, l'augmentation du nombre de couples divorcés ou recomposés et la diminution du nombre d'enfants par couple sont autant de facteurs favorisant la baisse du nombre d'aidants naturels. En effet, si ce nombre « d'aidants naturels » était en moyenne de 2,8 pour les hommes et de 2,2 pour les femmes en 2000, il va diminuer à 2,3 pour les hommes et 2 pour les femmes d'ici 2040 (*Source INSEE, enquête HID 1998-2000*).

De plus, il est fréquent de rencontrer des enfants de 60 ans et plus, qui maintiennent chez eux des parents de 85 ans et plus, et il n'est pas exceptionnel que ces enfants en couple aient leurs quatre parents. Comment ne pas comprendre alors, à l'heure où ils aspirent à profiter des meilleurs années de leur retraite, qu'il soit difficile pour eux de se confronter à l'image qui les renvoie à leur propre vieillissement ? Ainsi, le prix de ce soutien familial est lourd ; des aides psychologiques sont parfois nécessaires car l'épuisement physique et les sacrifices personnels et professionnels sont difficiles à gérer. En France, contrairement à certains autres pays d'Europe (Luxembourg, Allemagne...), le statut de « l'aidant naturel » n'est pas reconnu par les pouvoirs publics. Le plan « Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 » prévoit que « les aidants naturels soient mieux reconnus par la société par la reconnaissance d'un statut spécifique ouvrant droit à la formation et à une aide à la reprise d'activité ». Il est normal que les aidants qui, en s'occupant d'un proche, rendent un service à la société, soient davantage considérés et bénéficient d'aides spécifiques pour retrouver un emploi s'ils le souhaitent.

« La personne âgée est une personne fatiguée et fatigante. » (M. Bertel 1947)

« Plus de 70% des aidants passent plus de six heures par jour à prendre en charge le malade ». Le maintien à domicile ne doit plus être synonyme de solitude pour ceux qui prennent en charge et accompagnent la personne à domicile.³⁷ L'aide des proches repose dans 71% des cas sur un aidant unique. Les nécessaires périodes de répit pour les aidants impliquent le recours à des solutions complémentaires de l'aide naturelle comme la garde itinérante de jour et de nuit ou la garde à domicile. Certes, il n'y a jamais de réelle équivalence entre l'aide des

³⁷ Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012, 01/02/2008.

« aidants naturels » et l'aide extra-familiale, mais le besoin en service à domicile est croissant pour faire face à ces modifications. L'APA semble avoir entraîné la mobilisation de professionnels, sans pour autant avoir réduit l'aide dispensée par l'entourage. Les proches se sont même parfois davantage impliqués avec la mise en place du dispositif.³⁸ Une des raisons souvent avancée par les pouvoirs publics pour ne pas augmenter les aides est que cela démobiliserait les familles qui ne s'occuperaient plus alors de leurs parents. Cette assertion semble fausse...

4.2.2.3. Le personnel traitant

L'égalité d'accès territoriale pour tous à l'offre médico-sociale permettant le MAD fait l'objet d'intenses réflexions de la part de nos gouvernements.

Grâce au *numerus clausus*, la pharmacie assure, pour sa part, une répartition assez homogène des officines, que ce soit en ville ou en milieu rural ; l'offre en médicaments et en matériels nécessaire au MAD reste ainsi assurée où que ce soit. Quant aux médecins généralistes et infirmiers libéraux, le nombre de leurs patients ne cessant d'augmenter ces dernières années, le temps d'intervention consacré aux personnes les plus en besoin tend à se réduire inéluctablement comme peau de chagrin.

Ce phénomène est particulièrement visible en zone rurale où la désertification de certains cantons entraîne l'absence de services ou bien leur manque de disponibilité. À l'opposé, on trouve souvent pléthore de ces services dans les grandes villes, et ce contraste pose plus que jamais un véritable problème d'aménagement du territoire.

Il faut rappeler que le rôle d'écoute des intervenants est important au même titre que leurs capacités techniques. Cependant, ceux-ci se retrouvent souvent isolés face certaines problématiques particulières, sans avoir recours à un quelconque « partage d'expérience » comme cela peut se faire dans un service hospitalier. Il existe également une forte disproportion entre l'investissement nécessaire en énergie et en temps consacré à la personne et le résultat obtenu, parfois dérisoire voir inadapté.

La moyenne d'âge élevée des patients, les pathologies lourdes avec un taux important de décès peuvent également poser des problèmes psychologiques aux intervenants, notamment chez les infirmiers et les aides-soignants. Les éventuels conflits entre ces intervenants et la

³⁸ INSEE, Les personnes âgées, Paris, Éditions INSEE.

famille ont, par ailleurs, un retentissement non négligeable sur le moral du personnel soignant. Parfois, c'est le patient qui refuse de coopérer ou qui présente des exigences inconsidérées sans aucune reconnaissance quant à l'aide qu'il lui est apportée. Dans ces conditions particulièrement difficiles, la prise en charge à domicile est généralement vouée à l'échec à plus ou moins long terme³⁹.

4.2.3. La non coordination des intervenants sociaux.

Selon Roucoules et Parlemuter la non coordination est peut-être le principal frein au bon déroulement des soins et des tâches de soutien à domicile. Ceci se traduit par une méconnaissance de toutes les possibilités d'intervention, par un manque d'organisation entraînant souvent un manque de rapidité dans la réalisation des interventions, une prise en charge non globale de la personne due au manque de concertation des aidants dans la poursuite d'objectifs pourtant communs⁴⁰.

En situation de crise, les décisions d'orientation de la personne âgée sont encore trop souvent prises de façon individuelle, soit par la famille, soit par le médecin, soit par les soignants, soit par le pharmacien, soit par les travailleurs sociaux et ce, sans véritable concertation ni vérification de la bonne maîtrise des moyens mobilisables pour gérer cette crise. Le manque d'objectifs communs est un facteur de désorientation pour la personne âgée qui ne sait plus toujours que faire et qui croire. Un effort particulier doit être fait par tous les professionnels intervenants afin de sortir de cet isolement qu'impose l'exercice souvent libéral de ces métiers.

Une meilleure compréhension de l'environnement et des problématiques particulières au patient passe inéluctablement par la rencontre et le partage d'expérience de chacun de ces intervenants.

4.2.4. L'environnement de la personne âgée

Le deuxième pilier du bon vieillissement c'est la qualité du logement⁴⁰. Un logement vétuste ou inadapté ne fait que s'ajouter aux difficultés de santé. Lorsque survient une incapacité, un trouble de la marche, une insuffisance cardiaque ou respiratoire, le MAD devient impossible

³⁹ D.Noblot-Peltier, Rôle du médecin généraliste dans le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes en milieu rural, thèse de doctorat en médecine, Nancy, 1996, 303 pages.

⁴⁰ J.M. Gomas, Soins palliatifs à domicile, La revue du praticien, Médecine générale, 12/2003, tome 7, n°239, p. 63-69.

parce que les toilettes se trouvent au premier étage, les meubles sont encombrants et les accès difficiles. Sans entretien régulier, le logement chaleureux auquel tous les souvenirs sont rattachés peut devenir un redoutable piège. Pour une fracture du col du fémur ou tout autre accident, on se voit contraint de demander un placement définitif car le logement est inadapté.

4.2.5. Le coût

Pour prendre conscience du coût du MAD d'une personne âgée nous allons envisager cinq hypothèses et chiffrer le coût de l'aide maximale nécessaire quand la personne est isolée à domicile. Le coût horaire retenu (17,50 €) de l'aide est le tarif moyen des prestataires de services agréés par le Conseil général de Moselle en 2008. Il n'est pas tenu compte de l'aide familiale ni de l'intervention éventuelle d'un SSIAD ou de tous les soins médicaux pris en charge par les régimes de santé.

4.2.5.1. Quelques exemples de coût relatifs à diverses situations de MAD

Aide pour une personne ayant des incapacités légères. Cette personne a besoin d'une aide pour faire ses courses, son ménage courant et pour sortir de chez elle. On peut envisager l'intervention d'une aide à domicile en mode prestataire trois fois une heure et demie par semaine:

$$3 \times 1,5 \times 17,5 \text{ €} \times 4,33 \text{ semaines} = 340 \text{ € par mois.}$$

Aide pour une personne ayant une incapacité physique beaucoup plus importante. On envisage une aide de deux heures par jour tous les jours, dimanches et jours fériés compris (majoration avec coefficient à 1,25), pour faire la toilette, les courses, le ménage, la cuisine et les démarches de la vie quotidienne.

$$[(6 \times 2 \times 17,5\text{€}) + (2 \times 17,5 \times 1,25)] \times 4,33 = 1\ 100 \text{ € par mois.}$$

Aide pour une personne ayant une incapacité physique très importante. On envisage une aide de 5 heures par jour, tous les jours en deux ou trois passages pour les soins personnels, la toilette, l'habillage, l'aide pour prendre les repas, faire les courses, le ménage, la cuisine, les démarches de la vie quotidienne.

$$[(6 \times 5 \times 17,5\text{€}) + (5 \times 17,5 \times 1,25)] \times 4,33 = 2\ 750 \text{ € par mois}$$

Aide pour une personne ayant une grande incapacité physique et une détérioration psychique importante. En plus des trois heures quotidiennes, on envisage une garde de nuit de 20 heures à 8 heures.

$$[(6 \times 3 \times 17,5 \text{ €}) + (3 \times 17,5 \text{ €} \times 1,25)] \times 4,33 = 1\,648 \text{ € par mois pour le jour}$$
$$30 \text{ (jours)} \times 86 \text{ €} = 2\,580 \text{ € par mois pour la garde de nuit}$$

$$1\,648 \text{ €} + 2\,580 \text{ €} = 4\,228 \text{ € au total par mois}$$

Aide permanente pour une personne cumulant incapacités physiques et psychiques maximales. Ce peut être le cas d'une personne en fin de vie. Cette configuration peut nécessiter, pendant une période limitée, garde de jour et garde de nuit, permanentes :

$$2\,750 \text{ €} + 2\,580 \text{ €} = 5\,330 \text{ € par mois.}$$

Cependant, nous retiendrons qu'« entre 525 000 et 570 000 personnes de 60 ans et plus vivent actuellement à domicile dans une situation de dépendance ; la moitié d'entre-elles souffre d'une dépendance modérée, moins de 5% sont dans une situation de dépendance physique et psychique lourde »⁴¹. Nous pouvons relativiser les coûts présentés ci-dessus et estimer que la dépense moyenne par mois se situe à environ 1 500 €. En considérant la valeur moyenne de l'APA (cf. II 2.1.1.) à 504 € mensuel⁴², on se rend compte qu'elle ne couvre que 33% de la somme nécessaire aux personnes pour pouvoir rester à domicile. Si nous voulons assurer un MAD digne de ce nom, il faut multiplier la somme effectivement donnée par l'APA au moins par deux, donc augmenter les plafonds d'APA de 50%. À titre indicatif, nous arriverions alors environ aux plafonds pratiqués à l'heure actuelle par la prestation de soins longue durée en Allemagne⁴³. Si ce choix n'est pas fait, choix qui est également un choix politique, le MAD restera, en cas d'incapacité très importante, réservé aux personnes privilégiées ou bien à celles qui auront souscrit à des assurances « dépendances individuelles », secteur qui se développe actuellement, sur le modèle des États-Unis...

⁴¹ A. Loones, Approche du coût de la dépendance des personnes âgées à domicile, CREDOC, 12/2005.

⁴² A.M. Brocas, L'allocation personnalisée à l'autonomie et la prestation compensation handicap au 30 juin 2008, Études et Résultats, DREES, n°666, 10/2008, 6 pages.

⁴³ L'assurance dépendance en Allemagne : www.agevillagepro.com consulté le 15/10/2008.

4.2.5.2. Le coût pour l'État et les collectivités publiques

Au stade de ce travail, il est important que nous ayons connaissance du coût réel que représente la dépendance à domicile pour l'État et les collectivités publiques. L'APA a elle seule représentait en 2005 une dépense de 4 milliards d'euros répartis, en moyenne à 63% en moyenne à la charge des départements, 31% à la charge de l'État et 6% à la charge des bénéficiaires⁴³. À titre d'exemple, le Conseil général de la Moselle a dépensé en 2007 43 millions d'euros pour l'APA à domicile et 20 millions pour l'APA en établissement. Concernant l'aménagement du domicile, l'Agence Nationale d'Amélioration de l'Habitat a dépensé 32 millions d'euros d'aide aux propriétaires de 143 400 logements. Ces deux postes de dépenses parmi d'autres, nous permettent d'appréhender les sommes colossales destinées à financer la dépendance à domicile ; au total : on estime son coût à 8,5 milliards d'euros par an.

4.3. Les alternatives au maintien à domicile

4.3.1. Les logements foyers

L'article L. 633-1 du Code de la construction et de l'habitation définit le logement foyer comme un « établissement destiné au logement collectif à titre de résidence principale de personnes dans des immeubles comportant à la fois des locaux privatifs, meublés ou non, et des espaces collectifs ». La plupart des statistiques arbitrent qu'il s'agit d'un domicile ordinaire et que les personnes ayant opté pour ce type de logement vivent à domicile. Cependant la DREES inclut ces foyers résidences dans les places d'hébergement, ce qui n'est pas cohérent du point de vue de leur fonctionnement et de la position de l'INSEE... C'est une formule intermédiaire entre le logement privé et l'hébergement collectif (sans en être un). Ce type d'accueil s'adresse à des personnes « valides » et représente une solution intéressante pour la personne âgée face aux différents problèmes rencontrés chez elle :

- maison souvent trop grande pour une personne seule ;
- problèmes d'entretien ;
- charges trop élevées ;
- maisons à étages.

Les personnes sont accueillies dans de petits logements individuels (studios, deux pièces, ...), qui proposent toutes les attributions d'un appartement (indépendance vis-à-vis des actes de la vie quotidienne). Chaque logement est équipé d'alarmes qui sécurisent la personne âgée qui

est chez elle, à son domicile et peut bénéficier des services de maintien à domicile. Ces structures peuvent comporter des locaux communs, un local sanitaire et quelque fois des services collectifs (restauration, blanchissage, salle de réunion, ...). Les résidents rencontrent des personnes avec qui elles peuvent parler, échanger et rompre la solitude.

À l'heure actuelle on ne crée plus de foyers résidences. Le nombre de personnes ayant opté pour cette situation diminue : il était évalué à 158 000 personnes en 1999 par l'enquête HID il était de 152 900 en 2003 (Tableau 5, Figure 9). Ce type d'accueil a des limites. De plus, des problèmes surviennent lorsque les personnes âgées deviennent dépendantes, certains responsables de foyers sont aujourd'hui confrontés au problème de perte d'autonomie de leurs résidents.

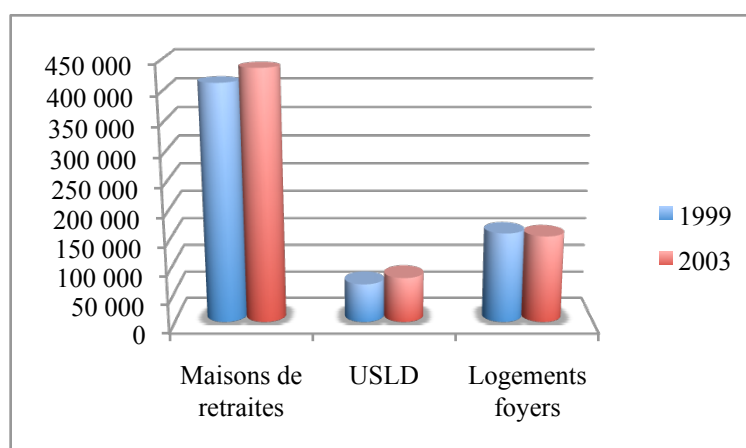


Figure 9 - Évolution du nombre de places d'hébergement de 1999 à 2003
(sources INSEE et DREES)

4.3.2. Les maisons de retraite et les maisons d'accueil pour personnes âgées

Les personnes âgées qui entrent en maison de retraite ont une moyenne d'âge de 80 ans et posent des problèmes de dépendance : troubles physiques et/ou psychiques. Ces établissements médico-sociaux assurent de manière collective un hébergement dans le cadre d'une prise en charge globale : l'aide à la personne tant sur le plan physique avec des soins spécifiques, que sur un plan psychologique avec des animations et un suivi personnalisé. Ils s'adressent aux personnes âgées qui ne sont plus capables de rester seules à leur domicile et qui ont besoin d'aide pour effectuer les gestes au quotidien. Les maisons de retraite permettent aux résidents de bénéficier de l'attention et des soins d'un personnel compétent et permanent (médecins, infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeutes, animateurs).

Aujourd'hui on parle de EHPA (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées) ou de EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes). Ce sont des établissements privés ou publics, nécessairement médicalisés, et qui ont signé une convention tripartite de cinq ans entre le Conseil général et l'État. Cette convention les oblige à respecter un cahier des charges et à promouvoir une démarche qualité, ce qui assure aux personnes âgées un accueil dans les meilleures conditions de sécurité, d'hygiène et de confort.

Selon les prestations, les soins et le standing, le prix peut varier du simple au triple. On estime à 1 500 € le coût mensuel moyen d'une chambre individuelle en pension complète. En 2003 selon l'enquête de la DREES, on comptabilise 436 300 personnes en maison de retraite (Tableau 5). Mais parmi les personnes âgées classées en GIR 1 et 2, les plus dépendantes, seules un tiers sont en institution. 40% des hébergés en institutions sont classés en GIR 5 et 6, donc sans incapacités majeures...

	Nombre de structures	Nombre de places installées
Maisons de retraite rattachées à un hôpital	1 080	100 800
Maisons de retraites privées à but lucratif	1 604	87 900
Maisons de retraites privées à but non lucratif	2 040	127 100
Maisons de retraites autonomes publiques	1 652	120 500
Total maisons de retraites	6 376	436 300
USLD	1 044	79 300
Foyers résidences	2 975	152 900
Total de l'ensemble	10 395	668 500

Tableau 5 - Nombre de places offertes pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées au 31 décembre 2003 (source DREES)

4.3.3. Les unités de soins longue durée (USLD)

Lorsque la dépendance n'est plus acceptable à domicile et qu'une surveillance continue est nécessaire, l'entrée en USLD doit être envisagée. Elles assurent l'hébergement de personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance et des traitements médicaux constants. Les USLD sont des établissements sanitaires rattachés à des établissements publics de santé (section d'un hôpital réservée aux personnes âgées dépendantes). Selon l'enquête de la DREES faite au 31 décembre 2003 on comptabilise 79 300 personnes prises en charge en USLD (Tableau 5). Même si 50% de ces personnes se trouvent classées en GIR 1 et 2, 14% des hébergés sont classés en GIR 5 et 6 ...

Les chiffres cités précédemment mettent à mal une idée souvent admise, qui voudrait que ce soit le niveau d'incapacité élevé qui soit, à lui seul, le facteur déterminant de l'entrée en

établissement⁴⁴. Il n'en est rien, et ces chiffres montrent tout l'enjeu du développement du maintien à domicile.

4.3.4. L'Hospitalisation À Domicile (HAD)

Dans les situations imposant une hospitalisation, l'HAD constitue une alternative de soins permettant au patient de rester à domicile. Il s'agit de l'extension de l'hôpital au domicile du patient. « Être hospitalisé » signifie « être pris en charge par une structure juridique de type hospitalier »⁴⁷. Dans le cadre de l'HAD le patient est hospitalisé à son domicile mais il ne choisit ni les intervenants, ni les prestataires, et sa prise en charge est globale. Depuis le 25 février 2007, l'HAD est autorisée dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA, EHPAD, maisons de retraite) sous réserve d'autorisation des directeurs de l'HAD et de l'EHPAD. L'équipe hospitalière (médecin, infirmière, kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien, ...) visite le patient à son domicile. Le pharmacien de ville délivre les médicaments s'ils ne sont pas fournis par la pharmacie hospitalière. Les matériels nécessaires sont mis à disposition par un prestataire en contrat avec l'hôpital ou l'hôpital lui-même s'il possède son propre parc⁴⁵. Le prix revient moyen est de 200 € par jour, soit 3 à 10 fois moins cher qu'un séjour classique à l'hôpital⁴⁶.

Pour qu'un malade soit admis en HAD, plusieurs conditions doivent être remplies :

- existence d'un établissement disposant de lits disponibles ;
- décision d'un médecin quel qu'il soit ;
- accord du malade (et de sa famille) qui ne doit pas vivre seul à domicile, et de sa famille ;
- acceptation du médecin conseil de la Sécurité sociale sur des critères médicaux ;
- enquête réalisée par une assistante sociale sur l'environnement social, humain et technique du malade ;
- acceptation par le directeur de l'établissement d'HAD.

⁴⁴ A. Grand, S. Andrieu, Le dispositif professionnalisé, Vieillesse et dépendance, problèmes politiques et sociaux, n°903, p.58.

⁴⁵ J. Callanquin, C. Camuzeaux, P. Labrude, Le matériel de maintien à domicile, 4^{ème} édition, Masson, 2008, 330 pages.

⁴⁶ B. Ennuyer, Repenser le maintien à domicile, Dunod, 06/2007, 278 pages.

La sortie du malade de l'HAD peut se faire pour quatre raisons différentes : la guérison, « l'hospitalisation à l'hôpital », le retour en médecine libérale ou le décès. La prise en charge est en général de durée limitée (1 à 2 mois), éventuellement renouvelable.

Les dernières statistiques font état en 2004 de 140 structures avec 5 930 places autorisées, pour 4 773 installées, avec 21 départements non couverts⁴⁷. Le développement de ces structures reste timide comparé aux Etats-Unis où les HAD représentent 10% des lits de court séjour... (à peine 2% en France). En 2006, le ministre de la santé Xavier Bertrand a promis 15 000 places pour fin 2010.

⁴⁷ Unassad, Information spéciale, n°122-2004, 12/12/2004.

Au terme de cette première partie, nous pouvons constater combien le problème des personnes âgées est un sujet délicat. En premier lieu sur l'appréciation de l'état de ces personnes, les notions de perte d'autonomie, de dépendance, de handicap sont sources d'imprécisions et de malentendus dans l'usage qui en est fait tant administrativement que médicalement. En deuxième lieu sur l'évaluation de ces personnes : les outils mis à disposition sont divers, présentent chacun des avantages et des inconvénients, et seul un d'entre-eux est officiellement reconnu, dans le seul but de déterminer « qui a le droit » (à l'APA). En troisième lieu sur le nombre de ces personnes : les constats et perspectives démographiques confirment toutes que la population française (et celles des pays industrialisés) est vieillissante et que nous devons repenser la place de la « personne âgée » dans notre société du XXIème siècle. Arrivée à un certain âge, toute personne se trouve confrontée à un choix de vie, entre MAD et placement en institution. La majorité des Français considère le MAD comme le système de prise en charge le mieux adapté aux besoins d'une personne âgée et garantissant au mieux la liberté de chacun de choisir son lieu de vie. Les politiques plébiscitent également ce système, mais les raisons financières et la source d'emplois qu'il génère (services à la personne) sont aussi les raisons inavouées de ce choix. Cependant, le MAD, résultat d'une réelle volonté politique et d'un souci d'éthique plus que louable, présente dans son application de nombreuses limites parfois insurmontables. En tant que professionnels de la santé, nous devons l'exercer en pleine connaissance des différents intervenants et des différentes possibilités d'aides et protections qui s'offrent à une personne dépendante. Comment faire face aux enjeux que supposent l'autonomie d'une personne à domicile ? Quels intervenants pour quels rôles ? Quelles aides peuvent être accordées pour quelles attributions ? Quelles protections juridiques doivent être entreprises sans remettre en cause le libre choix de la personne âgée ? Autant de questions auxquelles nous allons tenter d'apporter des réponses dans la deuxième partie de cet exposé.

II

Faire face à la dépendance et à la perte d'autonomie d'une personne âgée à domicile

- 1- Les moyens humains
- 2- Les moyens financiers
- 3- Les protections juridiques

Comme nous l'avons vu précédemment, faire du MAD, consiste à apporter des aides afin de répondre à des besoins exprimés. Le premier acteur de cette démarche est bien le patient lui-même ; c'est lui qui formule un choix de vie que nous devons respecter et ce, en mettant tout les moyens en œuvre afin de protéger cette personne dont l'état général est susceptible de se dégrader au fur et à mesure des années. L'aide demandée, offerte et reçue est une composante d'un système d'échange entre l'aidant et l'aidé. Au delà de cette aide, c'est aussi une protection de la personne qui doit être mise en place, une protection physique tout autant que juridique. La famille est souvent seule, confrontée à cette situation. Véritable interface entre secteur sanitaire et social, le pharmacien est souvent le premier professionnel de santé interrogé ; il doit être apte à répondre aux questions, à conseiller, à soutenir et orienter les familles. Le rôle, les actions de chaque intervenant, les aides financières possibles et les protections juridiques s'offrant à la personne sont autant d'éléments nécessaires à l'accompagnement complet du patient âgé dépendant vivant à son domicile (Figure 10).

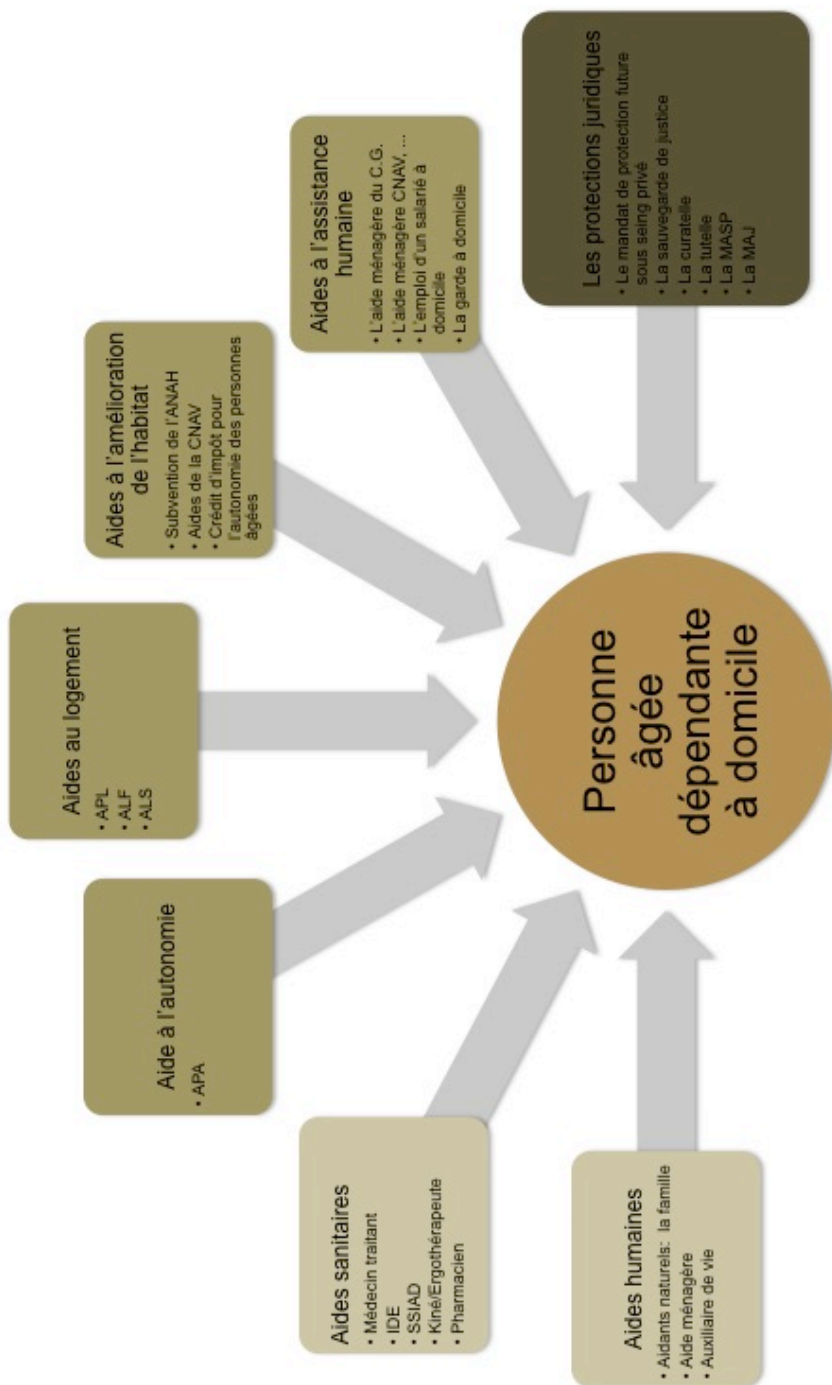


Figure 10 - L'organisation des aides autour de la personne âgée dépendante et en perte d'autonomie à domicile

1. Les moyens humains

1.1. L'aide à l'environnement et à l'hygiène de la personne

1.1.1. La famille

Il y a en France une tradition familiale de prise en charge de la vieillesse confirmée par la réponse à un sondage d'opinion effectué par le CREDOC : « À votre avis, qui doit s'occuper principalement des parents âgés dans le besoin ? ». En 1995, 75% des Français répondent « les enfants » et 25 % répondent « les pouvoirs publics ». Contrairement à une idée communément admise, notamment par les politiques qui y ont intérêt, il n'y a rien de naturel dans l'aide apportée au niveau familial mais bien plutôt un fait de culture.⁴⁸

La famille peut dégager un ou plusieurs aidants naturels pour assurer la présence, l'accompagnement et un lien chaleureux. Le conjoint doit être légitimement privilégié mais l'histoire d'un couple n'est pas forcément une référence dans la capacité à gérer une situation de dépendance. En 1998, la moitié des personnes de 65 ans en incapacité sévère à domicile n'étaient aidées « que » par leur famille, au sens large, conjoint et enfants et ce, sans aucune aide professionnelle⁴⁹. Faire face à la dépendance est donc souvent et avant tout « une affaire de famille ».

L'enquête Pixel réalisée par P. Thomas et confirmée par d'autres travaux, présente les caractéristiques des aidants naturels. Parmi les 569 familles ayant participé à l'enquête, 68% des aidants sont des femmes. Les aidants se divisent en deux groupes d'effectifs comparables :

- 43% sont des personnes plutôt jeunes (52 ans en moyenne), ils prennent en charge des personnes très âgées. Ce sont les enfants qui interviennent généralement pour leurs parents dépendants et veufs. Les célibataires et les couples sans enfant s'occupent plus de leurs parents que ceux qui sont mariés et parents eux-mêmes ;
- 48 % sont des personnes plus âgées (71 ans en moyenne), ce sont les conjoints⁵⁰.

⁴⁸ B. Ennuyer, L'aide aux aidants, au delà du « mot d'ordre », l'ambivalence de toute une société vis-à-vis de la vieillesse, in Alzheimer, l'aide aux aidants, 2004, p.27-31.

⁴⁹ P. Breuil-Genier, Aides aux personnes âgées dépendantes : la famille intervient plus que les professionnels, Économie et statistiques, n°316-317, 1998, p.24.

⁵⁰ P. Thomas, L. Gallet, J.P. Ingrand, Placement des malades déments vivant jusque là à domicile, motivation des aidants informels: l'étude PIXEL. Santé et maison de retraite 2002;4:77-95.

Les structures familiales influencent profondément les conditions de vie des personnes âgées car elles sont un cadre de la vie sociale. Elles jouent un rôle fondamental de présence, soutien moral, sécurité, relais auprès des intervenants médicaux, apaisement et dédramatisation. Au delà de cet aspect, l'aide familiale s'inscrit dans une relation d'échanges familiaux, ce qui la différencie sur ce point le plus fortement de l'aide professionnelle. La professionnalisation de l'aide n'a comme seule réciprocité que le salaire qui en est obtenu, mais implique rarement une réciprocité de relation et une reconnaissance mutuelle. C'est la tendance moderne de la professionnalisation de la relation d'aide, elle est marchandée et rebaptisée « prestation de service »⁵¹.

Même si la famille est disponible, elle peut en l'absence d'aide judicieuse et bien organisée, voir au cours du temps, se développer une certaine lassitude, voire un sentiment d'abandon ou de rejet. En absence de solution acceptable et équilibrée, ce rejet aboutira au placement en institution souvent accompagné d'un sentiment de culpabilité.

« La famille aurait besoin de plus d'aide qu'elle n'en apporte elle-même »⁵²

Toutes les instances qui permettent d'associer familles, professionnels et personnes âgées qui le peuvent ou qui le souhaitent, sont des structures à développer et à financer pour valoriser l'intervention des acteurs et promouvoir un MAD raisonné.

1.1.2. L'assistante sociale

Elle peut avoir un rôle de « déclenchement » des aides non médicales intervenant à domicile ainsi que de leurs financements. Son intervention est centrée sur l'insertion et le renforcement du lien social et de la solidarité. Dans le cadre de vie de la personne âgée de plus de 60 ans, ses missions se définissent ainsi :

- informer sur les droits (prestations, accès aux soins, services existants, ...) ;
- évaluer les capacités à vivre dans son environnement (ressources, logement, relations familiales, indépendance, ...) ;
- accompagner la personne ou son entourage dans les prises de décisions et leurs mises en œuvre ;
- aider à l'organisation du maintien à domicile ;

⁵¹ B. Ennuyer, Repenser le maintien à domicile, Dunot 1998, 278 pages, p150.

⁵² Walker, A Caring community in the Future of the Welfare State, éd. Glennester, London 1982.

- orienter vers des professionnels compétents.

L'assistante sociale peut être employée par la fonction publique territoriale, la fonction publique hospitalière, les institutions spécialisées (sanitaires, médicosociales), les grandes entreprises et les administrations.

1.1.3. L'aide à domicile

Anciennement appelée « aide ménagère » ou « aide ménagère légale » administrativement, l'aide à domicile (dénomination officielle) a pour fonction de seconder la personne âgée dans les tâches matérielles. Son rôle a été revalorisé ces dernières années, conséquence d'une véritable politique de l'emploi engagée dans ce secteur. Elle apparaît comme l'intervenant professionnel « pivot » en étant le premier maillon indispensable de la trame tissée par le MAD. Intervenante de première ligne tant du point de vue qualitatif que quantitatif, c'est elle qui vient le plus régulièrement à domicile et est concrètement la mieux à même de connaître l'historique de vie quotidienne de la personne aidée.

En théorie, ses attributions se situent principalement à trois niveaux⁵³ :

- aide à la personne : les soins personnels concernent tout ce qui relève de l'hygiène sommaire et de l'alimentation (préparation des repas, coiffure, ...)
- aide à l'environnement : les travaux ménagers dits « d'entretien courant » comme laver la vaisselle, le linge, faire le lit, repasser, faire le ménage, courses ;
- aide aux relations sociales : les relations à l'environnement de la personne ; elle apporte un soutien moral capital mais au delà, elle renforce le lien social en assurant le relais avec les commerçants, les services sociaux, les services médicaux (médecin) et les professionnels paramédicaux (infirmière, pharmacien, ...).

L'aide à domicile ne doit pas être assimilée à une femme de ménage et à l'opposé ne doit pas se substituer au personnel médical et paramédical. L'objectif principal de son intervention est « de faire avec la personne âgée et non à la place » à chaque fois que cela est possible en respectant ses habitudes.

Le plan Alzheimer 2008-2012 constate que la formation des aides à domicile ne comprend aucun apprentissage sur la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies assimilées. Cette insuffisance de formation touche essentiellement deux points :

⁵³ Conseil Général de la Dordogne, Guide du soutien à domicile, référentiel des intervenants auprès des personnes âgées et / ou handicapées, 02/2006, 35 pages.

l'apprentissage de gestes adaptés qui sécurisent le malade et l'aptitude à la communication non verbale. Il prévoit ainsi de renforcer leur formation plus spécifiquement sur la prise en charge de ces pathologies⁵⁴.

En pratique, elle est l'amie, la confidente, l'employée, la salariée, ..., tout cela dans la contradiction mais il n'empêche, « elle est là ». De ce fait, elle est un informateur de première importance pour la famille, pour le médecin, pour les autres intervenants professionnels et bénévoles. Elle doit se positionner par rapport à eux, mais réciproquement chacun de ces intervenants doit lui reconnaître ce rôle pivot de « soignante de première ligne », ce qui est souvent loin d'être le cas, tant l'image collective des aides à domicile reste proche de celle de la « femme de ménage » ; une vision dévalorisante alors que c'est la soignante du « quotidien » au sens propre du soin⁵⁵.

Les aides à domicile sont salariées d'organismes, qu'il s'agisse de centres d'action sociale, d'associations, ou d'entreprises privées agréées. Leur action est placée sous la responsabilité d'un supérieur hiérarchique. À titre d'exemple, nous pouvons citer deux enseignes importantes dans le secteur de l'aide à domicile sur tout le territoire :

- l'ADMR (Aide à Domicile en Milieu Rural) est un réseau d'associations qui représente 3 000 associations locales employant 52 000 salariés dont 36 700 aides à domicile soutenues par 100 000 bénévoles (cf. Annexe 11) ;
- l'UNA (Union Nationale de l'Aide des soins et des services à domicile), compte 1 183 structures adhérentes dont 869 services d'aide à domicile. 125 500 salariés y travaillent dont 80 000 dépendent du mode prestataire et 42 500 sont encadrées par les structures de l'UNA dans le cadre mandataire.

La prise en charge financière est exercée par le Département ou par les caisses de retraite (cf. II.1.4.1) ou faire l'objet d'un contrat d'embauche d'un salarié à domicile. (cf. II.1.4.3.)

Quelques inconvénients sont à noter dans le choix de cette aide :

- le délai d'attribution ou non de l'aide à domicile. Toutefois, dans les situations d'urgence, une décision peut être accélérée car les régimes de retraite autorisent les prestataires à prendre des dispositions d'urgence ;

⁵⁴ Pr Ménard, Rapport sur le plan Alzheimer 2008-2012, 08/11/2007.

⁵⁵ A. Schwartz, Les aides à domicile écrivent leur métier, St Julien, Molin Molette, Huguet éditeur, 2002.

- le nombre d'heures attribuées est souvent jugé insuffisant par les familles et parfois mal réparti, l'aide à domicile n'intervenant pas les week-end ni les jours fériés ;
- le coût financier a également un impact dans le choix de cette aide. En effet, si ce service est particulièrement avantageux pour les personnes dont les revenus sont très modestes, il l'est moins pour les autres. Ceux-ci ont recours à l'emploi de « gré à gré » (cf. II.4.3.3.) dont l'exonération des charges patronales et le prix de l'heure de travail rendent ce choix plus économique (cf. II.4.4.1.1.).

1.1.4. L'auxiliaire de vie sociale

Également appelée auxiliaire de vie ou agent territorial qualifié, l'auxiliaire de vie sociale est titulaire d'un diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS). Elle réalise de façon soutenue auprès des personnes les plus dépendantes, l'ensemble des tâches dévolues à l'aide à domicile. Dans la continuité de l'aide ménagère et vers l'accomplissement des gestes essentiels de la vie quotidienne, elle peut être amenée à effectuer une activité de nuit.

Le spectre d'intervention est plus large que celui de l'aide à domicile, mais l'idée d'aide et non de substitution aux actes demeure l'axe principal de son intervention :

- elle aide à la réalisation des actes essentiels de la vie courante ;
- elle effectue un accompagnement social, moral, relationnel en vue de préserver l'autonomie de la personne ;
- elle participe à l'évaluation de la situation, adapte son intervention en conséquence et coordonne son action avec l'entourage familial ;
- elle contribue à l'ouverture de la personne à l'environnement extérieur.

Les auxiliaires de vie sont salariées d'un service agréé, géré par une association, une structure communale d'action sociale ou une entreprise privée agréée.

1.1.5. Les services d'accompagnement à la personne

1.1.5.1. Les services de repas à domicile

Ce service a vu le jour dans les années 1970 et est quasiment le monopole des collectivités locales puisqu'en 2000, 90% des communes de 25 000 à 200 000 habitants avaient mis en

place un service de portage des repas⁵⁶. Ces repas sont confectionnés à partir d'une cuisine centrale et sont livrés aux personnes âgées en respectant le principe de la chaîne du froid (les plats sont congelés et sont réchauffés par l'utilisateur). La livraison, qui peut faire l'objet d'une aide dans le cadre du plan d'aide APA, est effectuée par un personnel communal spécialisé.

Cette solution doit être privilégiée pour des personnes ayant des difficultés à faire les courses ou qui n'arrivent plus à gérer la confection de leur repas. Cependant, il ne doit être proposé que dans ces situations, car de nombreuses personnes âgées seules à domicile s'alimentent mal, pour la grande majorité parce qu'elles n'ont plus goût à manger seules. Dans ce cas, ce service ne règle rien car il n'assure pas la prise effective des repas. Par ailleurs, la personne via ce service, perd la liberté de choisir son menu quotidien ; avec la présence d'une aide à domicile qui fait les courses, prépare la cuisine et quelquefois mange avec elle, on peut penser que les besoins alimentaires et conviviaux sont mieux satisfaits.

Avant d'avoir recours à ce service, il faut s'assurer qu'il répond bien à la situation globale de la personne et qu'il n'est pas une solution pire que le mal.

1.1.5.2. Les services de télé-alarme et de télé-assistance

L'objectif principal est une sécurisation de la personne seule à domicile. Au delà, ils rassurent l'entourage par « une présence à distance ». La majorité des services de télé-assistance fonctionnent selon le principe suivant : un radio émetteur (boîtier d'appel miniaturisé portatif) porté par la personne, bracelet ou pendentif, un système d'interphonie permettant de rentrer en contact avec l'utilisateur où qu'il soit dans son domicile, et une centrale d'écoute qui traite les appels. Ceux-ci sont répercutés selon la logique des relais, d'abord aux voisins immédiats qui l'ont accepté et qui ont les clés pour entrer chez la personne, ensuite aux services d'aide à domicile et en dernier ressort si nécessaire aux services des urgences (SAMU, pompiers). Le coût du service peut varier de 15 à 50 € mensuels selon les options choisies et le type de prestataire, mais le prix est variable selon les ressources de l'utilisateur. En effet, le coût peut être inclus dans un plan d'aide APA, selon un forfait variable d'un département à l'autre.

Historiquement le service de télé-alarme a été mis en place pour répondre de manière optimale au risque d'accident chez une personne âgée fragile et isolée. Dans les statistiques d'appels seuls 1% des appels relèvent de l'urgence vitale (chute, malaise, ...). Les appels concernent plutôt un besoin de convivialité, un besoin de parler à quelqu'un... Il ne faut pas

⁵⁶ N. Duteheil, L'action sociale des communes de 5000 à moins de 200 000 habitants, Études et résultats, DREES, n°307, 04/2004.

que la télé-alarme réponde plus à un besoin social qu'à un besoin sanitaire lors de ce choix. Par ailleurs, il n'est pas inutile de rappeler que la télé-alarme rassure l'entourage et est souvent adoptée « pour faire plaisir aux enfants », il est alors fréquent que l'utilisateur ne la porte pas sur lui pour différents prétextes, ce qui supprime son efficacité.

1.2. L'aide paramédicale et médicale

1.2.1. Le médecin généraliste ⁵⁷

Le médecin traitant a vocation à être la plaque tournante des aides à domicile. Il est tour à tour « médecin traitant », « médecin de famille » et « médecin généraliste ». Son intervention à domicile pour la santé du patient, le suivi de la maladie, la relation avec l'entourage familial en fait l'acteur principal de l'organisation gérontologique autour de la personne. Ce rôle lui est attribué grâce à ses connaissances médicales, à son droit de prescription, mais également grâce à la connaissance des conditions de vie et de l'histoire personnelle et familiale de son patient. Son rôle s'étend à une large prise en charge « médico-psycho-sociale » de la personne âgée dépendante.

Le médecin de famille a un quadruple rôle au domicile de la personne âgée :

- un rôle de prévention, primordial, de vigilance et dans la mesure du possible, d'anticipation et de correction de tout nouvel handicap ;
- un rôle d'évaluation ; il doit étudier toutes les possibilités médicales et sociales que la personne âgée est en droit d'attendre. Pour cela il doit prendre en compte l'état physique et psychique du patient, le rôle de la famille, du voisinage ainsi que le logement et les ressources financières de la personne âgée. Cette évaluation doit être permanente pour que la prescription soit optimale ;
- un rôle de prescription des traitements médicamenteux, mais également de l'appareillage technique nécessaire à domicile, ainsi que des traitements de soins, de rééducation ; prescription également de soins à effectuer par des aides à domicile et établissement des certificats pour l'obtention de différentes aides ou subventions ;
- un rôle de coordination ; pour soigner des personnes âgées à domicile, il faut non seulement que les conditions humaines, matérielles et financières soient réunies, mais aussi que la coordination de l'équipe médicale et sociale soit optimale. C'est

⁵⁷ S. Weber, *Le Maintien à domicile des personnes âgées dépendantes Guide à l'usage du médecin généraliste*, Thèse de doctorat de médecine, Nancy, 1997, 369 pages.

la notion de « soins coordonnés », dans laquelle le malade est le centre de gravité du champ d'intervention des intervenants coordonnés entre eux.

Le médecin de famille, parce qu'il est étranger à la famille, peut avoir un langage vrai avec celle-ci et l'intéressé(e). Sa neutralité et son autorité médicale sont pour lui un atout important. Il doit le mettre à profit pour aider les personnes âgées à gérer ou prévoir l'évolution de son état de santé et de son niveau de dépendance.

Au delà de sa relation avec le patient, il doit exercer une relation étroite avec tous les partenaires médicaux et sociaux.

Le bon déroulement du MAD ne se fait pas à l'écart du monde médical et encore moins sans le concours des médecins généralistes.

1.2.2. L'Infirmier libéral Diplômé d'État (IDE)

L'infirmier est un professionnel de santé habilité à soigner les malades sur prescription médicale ou non. Ses prestations sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie si une prescription médicale existe. Dans le cadre du MAD il représente dans certains cas un acteur clé de par la proximité qu'il entretient avec les patients et la régularité des soins effectués. Il est aussi un relais important avec le médecin, les professionnels libéraux, l'hôpital et le pharmacien.

1.2.2.1. Ses rôles ⁵⁸

Les rôles de l'infirmier auprès des personnes en situation de dépendance (temporaire ou permanente) sont les suivants :

- évaluation, surveillance et suivi concernant :
 - les capacités de la personne à réaliser les activités de la vie quotidienne ;
 - les effets thérapeutiques des traitements médicaux (réalisation de piluliers, surveillance de la prise des médicaments et de leurs effets secondaires) pour prévenir la iatrogénie ;
 - les besoins de soutien de la personne et de son entourage ;
 - les soins d'hygiène corporelle ;

⁵⁸ ANAES, Méthode d'élaboration d'une démarche de soin type à domicile pour une population définie de personnes en situation de dépendance, mai 2004, 138 pages, p. 10-11.

- exécution des actes comprenant la mise en œuvre et la poursuite des soins et des traitements en phase aiguë, palliative ou chronique ;
- coordination et communication comprenant la planification et l'organisation des interventions des différents acteurs, le retour et le partage de l'information permettant un meilleur ajustement des actions dans la conduite des soins ;
- prévention des risques et des complications comprenant, selon la situation : une prévention du risque de dépendance, des risques liés à l'environnement (chute), des risques liés à l'état clinique du patient (escarres, phlébites, ...) ;
- sollicitation et éducation de la personne et de son entourage pour participer à l'autogestion de sa santé, pour l'aider à mieux comprendre sa maladie et ses traitements ;
- soutien de la personne et de son entourage : écoute et aide psychologique pour faire face à la maladie, diffusion de l'information médicale, conseils et encouragements dans la mise en place des nouveaux modes de vie.

Par ailleurs, dans le cadre d'une meilleure prise en charge et coordination des soins à domicile, l'arrêté ministériel du 13 avril 2007 (*article R 4311-7 du Code de la Santé Publique*) confère à l'infirmier le droit de prescrire certains dispositifs médicaux (sets de soins, pansements, ...). Ce droit de prescription est limité et ne s'applique que dans le cadre de soins infirmiers prescrits par le médecin. Il est ainsi subordonné à l'absence d'opposition de ce dernier.

1.2.2.2. La Démarche de Soins Infirmiers (DSI)

La DSI a toute sa place dans le dispositif favorisant le maintien à domicile puisqu'elle permet d'analyser la situation de la personne et de déterminer ses besoins non satisfaits. Le médecin prescrit les soins infirmiers du fait de l'existence d'une déficience chez une personne qui a un problème de santé ou dans un contexte de retour à domicile après hospitalisation. L'infirmier met en œuvre les différentes étapes de la DSI (Figure 11) en dehors des soins ponctuels et des interventions relevant uniquement du secteur social.

Dans ce dernier cas, un plan d'aide est élaboré pour recenser les besoins et les aides nécessaires au maintien à domicile de la personne. Dans ce contexte, la DSI permet de :

- poursuivre le traitement et les soins pour une maladie en phase aiguë non stabilisée ;

- prodiguer des soins continus s'il s'agit d'une maladie chronique ;
- prévenir la maladie et ses complications ;
- réadapter la personne à son environnement et reapprendre les compétences nécessaires à une bonne réinsertion sociale ;
- pallier les limitations d'activités, en complément de l'aide déjà fournie par la famille, les bénévoles, les aides à domicile, les aides techniques, l'aménagement du domicile et la fourniture de service comme le portage des repas ou un système de téléalarme.⁵⁹

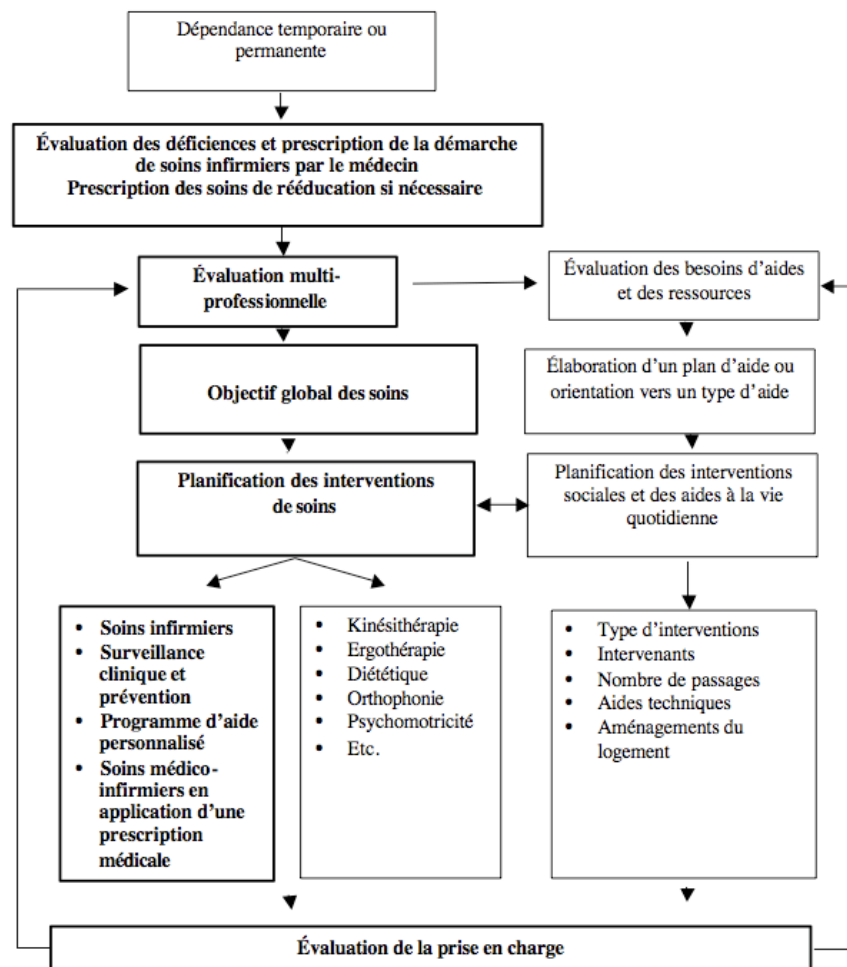


Figure 11 - Place de la DSI dans le dispositif de prise en charge des personnes en situation de dépendance temporaire ou définitive à domicile⁵⁹.

⁵⁹ ANAES, Méthode d'élaboration d'une démarche de soin type à domicile pour une population définie de personnes en situation de dépendance, mai 2004, 138 pages, p. 10-11.

1.2.3. Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)

Ils sont d'apparition assez récente et offrent des possibilités efficaces de maintien à domicile. Pour les personnes les plus dépendantes, ils permettent une prise en charge complète. Leurs rôles sont multiples tout comme la qualification du personnel intervenant. Le décret 81-448 du 8 mai 1981 et la circulaire du 1^{er} octobre 1981 définissent ces services, leurs conditions d'autorisation et de prise en charge. « Le développement de services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées est une des priorités du secrétariat d'État chargé des personnes âgées »⁶⁰. Entre 1981 et 2004 le nombre de places dans les 1 760 SSIAD financés par l'assurance maladie est passé de 3 500 à 82 842 ⁶¹ (Figure 12).

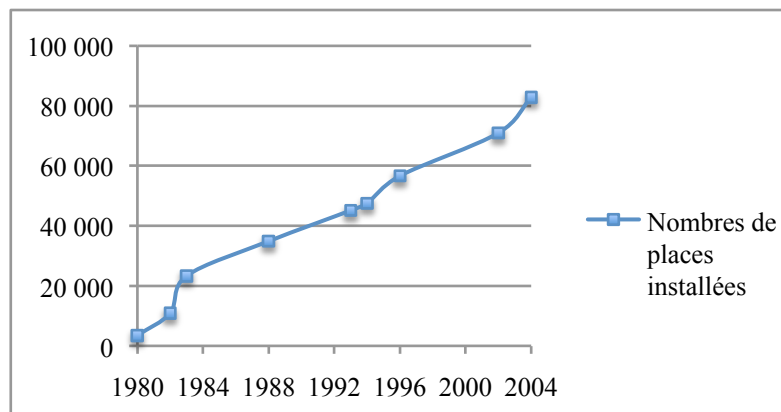


Figure 12 - Évolution du nombre de places en SSIAD de 1980 à 2004

Souvent locales et émanant de collectivités publiques, il s'agit d'associations à but non lucratif (régies par la loi de 1901), sous la tutelle de la DDASS.

1.2.2.1. Leur rôle

« L'objectif est de prévenir, de différer ou de raccourcir l'entrée à l'hôpital qui est trop souvent une rupture irréversible avec le domicile »¹². Les SSIAD sont également indiqués pour faciliter un prompt retour à domicile après un séjour à l'hôpital. Ils participent ainsi au MAD de personnes âgées dépendantes qui souhaitent continuer à y vivre ou, dans une moindre mesure, y terminer leur vie. La spécificité de ces objectifs appelle des soins plus prolongés et mieux coordonnés que ne le permettraient de seules interventions à l'acte.

⁶⁰ Circulaire n°81-8 du 1^{er} octobre 1981 relative aux services de soins à domicile pour personnes âgées.

⁶¹ Ordre national des pharmaciens, La pharmacie d'officine en France, Livre blanc Janvier 2008, 79 pages, p. 36.

Concrètement, les SSIAD assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers techniques et/ou préventifs et relationnels. L'infirmier coordinateur se rend au domicile du patient pour définir avec lui et son entourage un projet individuel de soins pouvant comprendre :

- des soins infirmiers et d'hygiène générale, ou éventuellement d'autres soins relevant d'auxiliaires médicaux ;
- une aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, à l'exclusion des interventions du type de celles qu'apporte l'aide ménagère.

La majorité des actes effectués à domicile par les SSIAD le sont par des aides soignants, ils comptent pour 66 % du personnel soignant et assurent 85% des visites aux patients⁶². Leurs activités de nursing sont prépondérantes (toilette, shampoing, transfert lit/fauteuil, aide à l'alimentation, surveillance de l'hydratation, ...). Certes, d'autres actes réalisés visent à traiter une pathologie ou les suites d'un accident, mais la majorité des soins dispensés ont pour objet de compenser la dépendance. D'autres intervenants peuvent également assurer des soins si nécessaires : pédicures, podologues, ergothérapeutes et psychologues. Les SSIAD peuvent également avoir recours régulièrement ou ponctuellement à des infirmiers libéraux conventionnés, qu'ils rémunèrent à l'acte.

1.2.3.1. Leur prise en charge et financement

Ce service n'était destiné à l'origine qu'aux personnes de plus de 60 ans mais la circulaire du 28 février 2005 inclut désormais les personnes de moins de 60 ans présentant un handicap ou une pathologie chronique ou évolutive impliquant des soins et des traitements coûteux⁶³. Les soins sont dispensés sur demande du médecin traitant ou hospitalier. L'ordonnance doit stipuler que l'état de santé du patient justifie d'un service de soins à domicile et précise :

- le type de soins ;
- le nombre de passages hebdomadaires (week-end et jours fériés compris ou non) ;
- le nombre de passages par jour ;
- la durée de la prise en charge.

⁶² DREES, Les SSIAD et l'offre de soins infirmiers à domicile en 2002, études et résultats n°350, novembre 2004

⁶³ Circulaire n° DGAS/2C/2005/111 du 28/02/2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile.

Sous condition de prescription par un médecin, les frais sont entièrement remboursés. Le service procède au tiers payant et perçoit le remboursement par la caisse d'assurance dont relève la personne aidée sous forme d'un forfait journalier. Ce dernier était de 39,79 € pour les SSIAD publics et 34,97 € pour les SSIAD privés en 2005. Il comprend :

- les salaires du personnel et les charges ;
- les honoraires des infirmiers libéraux ;
- les frais de fonctionnement.

Les médicaments, les pansements et le matériel nécessaire aux soins, fournis par une officine choisie par le patient font l'objet d'un remboursement à part auprès des régimes obligatoire et complémentaire du patient.

L'objectif de 100 000 places de soins en 2007 n'a pas été atteint car le gouvernement est confronté au double problème de financement et de personnel (manque d'infirmières).

1.2.4. Le masseur kinésithérapeute

Le masseur kinésithérapeute est un auxiliaire médical habilité à effectuer des massages et un ensemble de traitements sollicitant la mobilisation active ou passive du patient. Il peut intervenir à domicile si l'état de santé du malade ne permet pas à ce dernier de se déplacer. À ce titre il est considéré comme un acteur du maintien à domicile par son intervention post opératoire ou d'entretien visant à maintenir l'indépendance de la personne (apprendre à se relever seul, trouver l'équilibre, lutter contre l'amyotrophie, ...).

Tout comme l'infirmière libérale ou les SSIAD, ses soins doivent faire l'objet d'une prescription du médecin traitant précisant les objectifs, la durée et la fréquence d'intervention à domicile. Il fait l'objet d'une prise en charge intégrale par la sécurité sociale.

1.2.5. L'ergothérapeute

Il a un rôle essentiel pour aider le patient à réapprendre la fonctionnalité de la gestuelle. Son action est complémentaire de celle du kinésithérapeute, mais son statut ne lui permet pas d'exercer en tant que libéral. Seules quelques interventions ponctuelles d'un ergothérapeute hospitalier peuvent se faire au domicile du patient dans le but d'adapter le logement avant le retour de ce dernier. Le plus souvent c'est le kinésithérapeute ou le médecin traitant qui assure ce rôle.

1.2.6. Le pharmacien d'officine

« Habituellement, on parle peu du pharmacien dans le MAD. Or, ce professionnel, de manière informelle est très présent sur ce terrain là. »⁶⁴ Il est réputé fournir les médicaments et à ce titre, il analyse la pertinence de chaque prescription, l'adapte en fonction du patient et de ses antécédents en effectuant un véritable « acte pharmaceutique ». Par ailleurs, le pharmacien est sollicité pour de multiples renseignements concernant la santé au sens large. Il est un acteur incontournable, présent auprès des personnes âgées de par son maillage géographique et la confiance que les patients accordent traditionnellement à l'équipe officinale, tant en matière sanitaire que social. La pharmacie est ainsi considérée par les patients comme un lieu d'informations et de conseils.

1.2.6.1. Son rôle, ses compétences

Le pharmacien est le seul professionnel de santé spécialiste du médicament, et à ce titre il est l'interlocuteur apprécié des patients concernant le contenu des ordonnances, la prise des médicaments, leur utilisation, les conseils associés et leur observance ; mais au delà, il est l'interlocuteur avec les autres professionnels de santé pour le suivi des antécédents médicamenteux. En effet, pour les médecins, les hôpitaux ou les infirmières, aucun système informatique ne permet une communication entre ces professionnels des antécédents médicamenteux du patient. Le pharmacien, détenteur des historiques médicamenteux et depuis peu, du Dossier Pharmaceutique (DP), peut renseigner et analyser d'éventuelles interactions avec les traitements en cours quel qu'en soit le prescripteur et la pharmacie qui les a délivrés.

Par ailleurs, en tant que professionnel du médicament, il assure un rôle de pharmacovigilance. Il est en effet sollicité pour surveiller l'effet pharmacologique de tout principe actif et pour déclarer tout effet inapproprié ou toute utilisation inadaptée.

Par ailleurs, ses compétences sont sollicitées dans la mesure 12 du plan Alzheimer 2008-2012 dans la mesure n°12 pour l'amélioration du bon usage des médicaments dans cette pathologie et notamment l'utilisation des psychotropes⁶⁵.

Ses connaissances vont au delà du médicament puisqu'il peut être prestataire et dispenser « les matériels, articles et accessoires nécessaires à l'hospitalisation à domicile des malades

⁶⁴ B. Ennuyer, Repenser le maintien à domicile, Enjeux, acteurs, organisation, Dunod, 2^{ème} édition, 2006, 278 pages, p.125.

⁶⁵ Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012, mesure n°12, p.41.

ou au maintien à domicile des personnes âgées ». (*art. L.5125-24 du Code de la santé publique*). La fourniture du matériel de MAD peut être assurée par le pharmacien qui a son propre parc de matériel et qui l'installe à domicile ou qui délègue cet acte à un prestataire spécialisé qui intervient pour le compte et en étroite collaboration avec l'officine. Le pharmacien dispose de toutes les informations techniques afin d'assurer au patient une parfaite observance de l'utilisation du matériel. Nombreuses sont les questions auxquelles il doit répondre sur les caractéristiques, l'adaptabilité et la prise en charge des matériels. Ces questions émanent aussi bien des patients que des prescripteurs souvent interrogatifs s'agissant de la formulation de la prescription. Ils n'ont souvent qu'une connaissance relativement limitée de l'ensemble des produits et équipements existants. Aucun enseignement sur ce sujet n'est dispensé à ce jour en faculté de médecine, ou du moins de manière statistiquement non quantifiable. Seule demeure leur expérience acquise à l'hôpital. L'action de l'infirmière et du pharmacien orientent souvent, voire déterminent, la prescription du médecin⁶⁶.

Partant de ce constat : lorsque l'entourage du sujet âgé ou dépendant rencontre des difficultés, c'est le plus souvent au pharmacien qu'il en parle en première intention afin d'obtenir les renseignements sur les structures qui pourraient lui venir en aide. Le pharmacien doit informer et orienter avec compétence le patient et son entourage familial.

Mais au delà de cette mission de conseil, il revient au pharmacien de décrypter les besoins de leurs patients lorsqu'ils deviennent âgés et si possible de s'impliquer dans leur prise en charge. En ce sens, c'est vers un rôle de prévention de la dépendance que le pharmacien doit agir.

Concernant le MAD, le pharmacien le considère comme une partie d'un service global rendu aux malades. « Les pharmaciens peuvent proposer, à titre gratuit ou onéreux, aux malades et aux personnes âgées ou handicapées dont la situation le nécessite, des services d'aide personnelle favorisant leur maintien à domicile » (*art. L.5125-24-1 du Code de la Santé Publique*)⁶⁷. Il est essentiel, pour un pharmacien qui participe au MAD d'une personne âgée, de se déplacer au domicile de ce dernier afin d'étudier son environnement. À l'image des antécédents médicaux et médicamenteux, l'environnement de la personne a un impact déterminant sur le choix de tel ou tel matériel. La configuration du domicile, l'évaluation des

⁶⁶ J. Callanquin, C. Camuzeaux, P. Labrude, *Le matériel de maintien à domicile*, 4^{ème} éd. Masson 2008, 330 pages.

⁶⁷ Ordre National des Pharmaciens, *La pharmacie d'officine en France*, Livre blanc 01/2008 n°398, 78 pages.

besoins, et la prise en compte de ses habitudes sont indispensables dans la prise en charge complète et pertinente du patient.

C'est dans la durée que s'inscrit l'intervention du pharmacien. En effet, même s'il fait appel à un prestataire, le suivi du bon fonctionnement du matériel et son entretien lui incombent. Par ailleurs, il doit également tenir compte de l'évolution clinique du patient et adapter le matériel en conséquence.

1.2.6.2. Quel avenir concernant son implication dans le maintien à domicile ? ¹¹

De plus en plus les pharmaciens souhaitant s'impliquer dans la coordination du système de soins privilégient deux formes d'implication :

- un partenariat avec le patient en constituant un réseau de soins avec un MAD: « prise en charge du patient à domicile », « réseau de soins » ;
- une coordination entre tous les professionnels de santé (médecins, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes, ...) en instaurant des groupes de travail constituant une véritable chaîne médicale où chaque maillon « joue son rôle » et « sait ce que fait l'autre ».

Le pharmacien doit saisir l'opportunité d'être en première ligne dans l'accompagnement de la population âgée à domicile :

- pour légitimer et asseoir sa mission de santé publique indispensable dans un contexte très perturbé où son rôle est remis régulièrement en question ;
- pour répondre à la médiatisation importante des services à la personne ;
- pour éviter que sa place ne soit occupée par d'autres acteurs.

Mais il est difficile de développer une nouvelle activité en particulier lorsque celle-ci s'effectue hors des murs de l'officine. C'est dans ces objectifs et pour contrer les difficultés que le projet Carladom⁶⁸ lancé avec 300 pharmaciens a vu le jour en 2007. Il a pour objet de :

- placer l'officine comme pivot de la prise en charge coordonnée des personnes âgées dépendantes, en s'appuyant sur les acteurs locaux ou nationaux sélectionnés dans les secteurs de la dépendance ;
- garantir une même accessibilité à l'information (d'ordres technique, matériel, sanitaire et social, ...) et un même niveau de prestation partout en France.

En pratique, c'est une plate-forme d'appels centralisés permettant de faire se rencontrer les besoins de la personne évalués par le pharmacien, et les réponses offertes par Carladom. Le

⁶⁸ www.carladom.com consulté le 24 novembre 2008

projet est en expérimentation dans douze départements et une centaine de pharmacies. Il devrait être accessible à l'ensemble du réseau officinal dans les mois à venir. Il ne s'agit pas de se substituer au travail des services de proximité, mais de venir les compléter et les alerter dans les situations critiques détectées par le pharmacien.

1.2.7. Les réseaux de soins

La participation au MAD de chacun des intervenants déjà cités impose que leurs actions soient coordonnées. Les réseaux de soins qui se sont développés ces dernières années, ont permis d'harmoniser la multiplicité des besoins de la personne.

Un réseau de soins se définit comme un ensemble structuré de médecins, de professions médicales et paramédicales, d'acteurs sociaux et d'établissements publics ou privés, unis par des procédures écrites et associant leurs compétences à un projet de santé. Il a pour objet :

- de décloisonner le système de santé en coordonnant les soins et en échangeant les connaissances des différents professionnels de santé ;
- de revaloriser l'action de tous les professionnels intervenants ;
- de favoriser la prise en charge globale du patient en le plaçant au cœur du dispositif.

Ils sont caractérisés par :

- des individus (patients, soignants, financeurs) ;
- des outils (référentiels de pratiques, dossiers de patients, ...).

Il existe différents types de réseaux :

- les réseaux inter-établissements de santé ;
- les réseaux ville-hôpital monothématiques autour d'une pathologie (maladie d'Alzheimer, SIDA, ...) ;
- les réseaux de santé de proximité, financés par l'État, regroupés autour de la population d'un quartier, d'une ville permettant une prise en charge médico-sociale des patients (réseau de santé gériatrique par exemple).

Ce besoin d'intégrer des réseaux de santé pour les pharmaciens était déjà formulé dans les propositions du livre blanc du Collectif national des groupements de pharmaciens d'officine en juin 2006. Mais à la question « *Participez vous à un réseau de santé hôpital/ville ?* » seuls 29% des pharmaciens répondent oui et 68% non. Ce faible nombre de oui bien que significatif, peut laisser penser que le système s'organise et que la situation doit évoluer

rapidement. D'ailleurs, dans la perception de l'avenir du pharmacien dans le système de soins, 90% pensent que le pharmacien participera à des réseaux.⁶⁹

2. Les moyens financiers

Nous l'avons vu, le nombre d'intervenants impliqués dans le MAD est conséquent. Tous ont un coût et il existe des aides financières pour les prendre en charge, du moins pour quelques intervenants, car tous ne relèvent pas du même type de financement. Toutes les informations concernant les intervenants à domicile et les aides possibles sont disponibles dans des guichets d'accueil, d'information et de coordination appelés CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination), ceux-ci sont financés par le Conseil général et présentent plusieurs antennes relais par département. L'objectif est de réaliser un travail en réseau, coordonnant plusieurs organismes (Conseil général, CNAV, CCAS, CPAM, ...) en vue d'informer, orienter et de faciliter les démarches des patients.

Ces centres d'information sont des structures de proximité s'adressant aussi bien aux familles qu'aux professionnels de la gérontologie et du MAD. En Meurthe-et-Moselle les CLIC et les PAIS (Point d'Accueil Informations et Services) sont confondus.

Par ailleurs, dans le cadre de la mesure 4 du plan Alzheimer 2008-2012, ces points d'accueil vont être enrichis par la création de Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA)⁷⁰. Ces centres doivent constituer une « porte d'entrée unique » pour les utilisateurs et permettre une meilleure coordination associant les secteurs sanitaire et médico-social pour :

- un accueil, une écoute et une évaluation optimisée ;
- une mise en commun de moyens en vue du développement de services à domicile ;
- une interdisciplinarité autour de la personne et la mise en place de prise en charge continue adaptée à ces besoins ;
- une action de soutien aux aidants.

En Meurthe-et-Moselle, département expérimental, ces centres prennent naissance au sein des PAIS. Par la suite, en fonction des départements ils pourront être créés au sein d'un CLIC, d'une Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ou d'un réseau de santé gérontologique.

⁶⁹ Ordre National des Pharmaciens, La pharmacie d'officine en France, Livre blanc 01/2008 n°398, 78 pages.

⁷⁰ Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012, mesure n°4, p.21.

Voyons quelles aides financières peuvent être demandées pour la personne âgée à domicile, les démarches pour les obtenir et leurs éventuels cumuls.

2.1. L'aide à l'autonomie : l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

Depuis le 1^{er} janvier 2002, l'APA remplace la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) qui ne profitait qu'à un nombre limité de personnes du fait de conditions d'attribution restrictives. Cette aide à la dépendance constitue une réforme d'envergure en faveur des personnes âgées qui ont besoin d'aides pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, qu'elles soient à domicile ou accueillies en établissement.

2.1.1. Les conditions d'attribution

Cette allocation crée un droit objectif et universel pour toute personne âgée ayant perdu son autonomie (au sens d'indépendance pour les actes essentiels de la vie quotidienne) (cf. I.1.2.) et ce, quels que soient ses revenus. Son montant est déterminé selon un barème national tenant compte du degré de dépendance, du lieu de résidence principale et des ressources de l'intéressé.

C'est une allocation personnalisée car elle est affectée à des dépenses précisément adaptées aux besoins particuliers de chaque allocataire. Elle peut servir soit à financer des dépenses permettant à son bénéficiaire de rester à domicile (aide ménagère, portage des repas, ...), soit à acquitter « la part dépendance » d'un établissement accueillant des personnes âgées dépendantes. À ce jour 1 094 000 personnes bénéficient de cette allocation, dont plus de la moitié continue à vivre à leur domicile⁷¹.

Pour prétendre à l'APA, les personnes doivent satisfaire à plusieurs critères cumulatifs : une condition d'âge, de résidence et de perte d'autonomie. En revanche aucun critère de ressource n'est requis, même si au delà d'un certain seuil une participation financière proportionnelle aux ressources est demandée au bénéficiaire.

Le versement de l'APA est réservé aux personnes de 60 ans au moins et résidant en France.

Il n'existe pas d'obligation de nationalité, le demandeur doit simplement attester d'une résidence stable et régulière en France. Les ressortissants étrangers, doivent présenter un titre de séjour en cours de validité. Les personnes n'ayant pas de domicile stable ne sont pas pour autant exclues, elles peuvent se faire domicilier auprès d'un organisme social ou médico-

⁷¹ DREES, L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2008, n°666, 10/2008.

social agréé à cette fin : Centre communaux ou intercommunaux d'action sociale, certaines associations telles que Secours catholique, Médecins du monde, Emmaüs.

Pour prétendre à l'APA, la perte d'autonomie doit être avérée (besoin d'être assisté ou de disposer d'une surveillance ou d'une stimulation pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie). L'évaluation est effectuée différemment selon que le demandeur vit à son domicile ou en établissement. Nous nous intéressons ici uniquement à l'aide pour les personnes demeurant à leur domicile.

La perte d'autonomie s'évalue grâce à la grille AGGIR (cf. I.2.2.4.). Le calcul de l'aide se base uniquement sur les dix variables discriminantes. Les sept variables dites « illustratives » apportent des informations complémentaires pour l'élaboration du plan d'aide à domicile. Seules les personnes classées en GIR 1 à 4 peuvent percevoir l'APA. Celles classées en GIR 5 et 6 peuvent toutefois bénéficier des prestations d'aide ménagère pouvant être servies par leur régime de retraite ou l'aide sociale départementale en cas de besoin (cf. II. 1.4.).

L'évaluation de la perte d'autonomie de la personne vivant à domicile est réalisée à domicile par l'assistante sociale du département. Le patient peut se faire assister d'un membre de sa famille, de son médecin traitant ou d'un membre de l'équipe médicale. Une personne référente est désignée, sur accord du demandeur, lors de la constitution du dossier de demande en cas de perte d'autonomie importante. L'environnement de l'intéressé et le matériel qu'il utilise permettent l'évaluation de la perte d'autonomie. Elle aboutit soit à un plan d'aide si la personne est classée en GIR 1 à 4, soit à un compte rendu de visite pour les personnes classées en GIR 5 et 6 et donc exclues de l'APA.

2.1.2. Les démarches pour obtenir l'APA

Le demandeur doit constituer un dossier complet à adresser au président du Conseil général de son département de résidence. La procédure d'instruction est déclenchée, elle associe plusieurs acteurs sociaux et médico-sociaux (Figure 13).

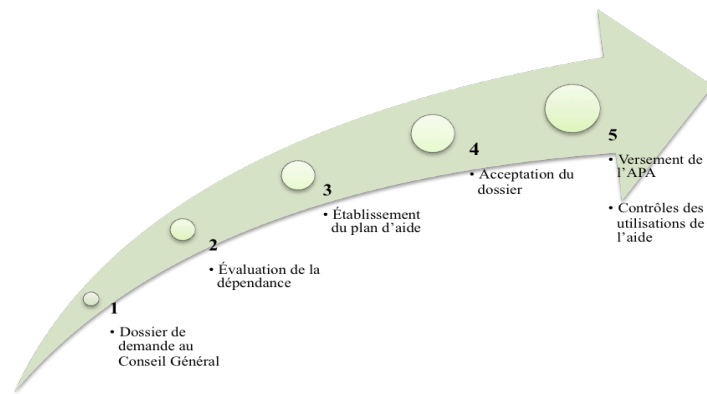


Figure 13 - La demande d'APA à domicile

Le dossier de demande (cf. Annexe 1) est disponible en divers points d'accueil : services du Département (siège du Conseil général), mairies, centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS ou CIAS), CLIC. Le dossier doit être rempli par le demandeur ou la personne référente. Divers documents doivent y être joints :

- une photocopie du livret de famille ou de la carte d'identité ou du passeport de la communauté européenne ou d'un extrait d'acte de naissance ou, pour les ressortissants étrangers, de la photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour ;
- une photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu ;
- une photocopie du dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et non bâties ;
- un relevé d'identité bancaire ou postal au nom du demandeur ou du tuteur.

Un certificat médical rempli par le médecin traitant peut donner des précisions sur l'état de dépendance du demandeur. Cette pièce n'est cependant pas obligatoire. Une fois complet, le dossier est adressé au président du Conseil général qui a dix jours pour en accuser réception et pour informer de cette demande le maire du domicile du demandeur. Le courrier émanant du Conseil général accusant réception du dossier doit indiquer la date d'enregistrement ; celle-ci constitue en effet le point de départ du délai de l'instruction de la demande.

À compter de la date d'enregistrement de la demande, les services ont deux mois pour notifier au demandeur leur décision d'attribution ou non de l'allocation. À défaut, l'allocation est attribuée sur la base d'un montant forfaitaire et ce jusqu'à notification d'une décision expresse. À domicile, ce forfait s'élève à 50% du tarif national correspondant au GIR1, soit 604,47 € au 22 avril 2008. Cette somme s'impute sur le montant de l'APA versé ultérieurement. Après l'enregistrement du dossier, une visite chez le demandeur permet aux

services compétents de déterminer le degré de dépendance. Par la suite, le plan d'aide peut être proposé.

2.1.3. L'instruction du dossier pour une demande d'APA à domicile

Comme nous l'avons vu, l'APA est attribuée après élaboration d'un plan d'aide recensant tous les besoins de la personne âgée. Une fois ce plan d'aide élaboré, le montant de l'allocation est déterminé en calculant la participation financière éventuelle à charge du bénéficiaire. L'utilisation de cette aide fait l'objet de contrôles et ne doit servir qu'à couvrir les frais de services définis par l'équipe médico-sociale.

2.1.3.1. Le contenu du plan d'aide

En pratique il peut servir à rémunérer des intervenants à domicile : aide à la personne (pour faire sa toilette, s'habiller, ...), aide à l'environnement (l'entretien du linge, les courses, le ménage, ...), accompagnement lors des sorties (promenades, courses, visites médicales, ...). Il peut financer une aide matérielle : des services (portage des repas dont seul le portage est financé, surveillance par télé-alarme), achats de matériels divers, adaptés et installés à bon escient, non inscrits à la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR) (rampe d'accès, barre d'appui, siège de douche, protections pour l'incontinence, ...).

2.1.3.2. Le montant de l'aide

L'APA à domicile est fractionnée en deux parties : l'aide versée accordée par le Conseil général et une participation qui reste à la charge du futur allocataire. Cette participation est calculée en fonction de ses ressources. À chaque GIR correspond un tarif national mensuel maximal, calculé à partir du montant de Majoration pour Tierce Personne (MTP) auquel on affecte d'un coefficient en fonction du GIR⁷² (Tableau 6).

Groupe de dépendance	Montant mensuel maximum du plan d'aide
GIR 1	1212,50 € (MTP x 1,190)
GIR 2	1039,29 € (MTP x 1,020)
GIR 3	779,46 € (MTP x 0,765)
GIR 4	519,64 € (MTP x 0,510)

MTP = 1018,91 € au 12.08.2008

Tableau 6 - Plafonds des plans d'aide en fonction des GIR

⁷² CSS, art. R341-6.

2.1.3.3. La participation du bénéficiaire

Dans certains cas une participation financière peut être demandée à la personne âgée. Elle est déterminée en fonction de ses ressources et d'un barème fixé au niveau national. Pour calculer cette participation il faut envisager trois situations :

- si le montant des ressources mensuelles est inférieur à 0,67 fois la majoration pour tierce personne, soit 682,67 € (au 12.08.2008), le bénéficiaire est dispensé de participation ;
- si le montant des ressources mensuelles est compris entre 0,67 et 2,67 fois le montant de la majoration pour tierce personne, soit entre 682,67 € et 2 720,49 €, sa participation est calculée selon la formule :

$$P = A \times \frac{[R - (MTP \times 0,67)] \times 90 \%}{MTP \times 2}$$

P = participation à charge du futur allocataire

A = montant du plan d'aide proposé

R = revenu mensuel du bénéficiaire

MTP = montant majoration pour tierce personne soit 1018,91 € au 12.08.2008 ;

- si le montant des revenus est supérieur à 2,67 fois le montant de la majoration pour tierce personne soit 2 720,49 €, la participation du bénéficiaire est égale à 90 % du montant du plan d'aide proposé.

Les ressources prises en compte se composent du revenu mentionné sur le dernier avis d'imposition ou de non-imposition remis lors de la demande d'APA, ainsi que des revenus soumis au prélèvement libératoire. Dans le cas où le demandeur vit en couple, les ressources du conjoint, du concubin ou de la personne avec qui le demandeur a conclu un Pacs sont également prises en compte.

Aux revenus annuels, s'ajoutent les biens ou capitaux non exploités composant le capital du futur allocataire. Ils sont considérés comme procurant un revenu à hauteur de 50 % de leur valeur locative pour les immeubles bâtis, 80 % de leur valeur locative pour les terrains non bâtis et de 3% pour les capitaux non placés. Les capitaux non disponibles immédiatement (assurance vie, ...) sont intégrés aux ressources. Ces dispositions ne concernent pas la résidence principale si elle est occupée par le demandeur, son conjoint, son concubin, la personne avec qui il a conclu un Pacs ou ses enfants ou petits-enfants.

Certaines ressources ne sont pas prises en compte :

- la retraite du combattant, les pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre ;
- les pensions alimentaires versées par les descendants ;
- les rentes viagères constituées par les enfants ou par la personne âgée afin de se prémunir contre le risque de perte d'autonomie ;
- les prestations en nature dues au titre de l'assurance maladie, l'invalidité, la CMU, le capital décès servi par un régime de sécurité sociale, l'indemnité versée en capital à la victime d'un accident du travail ;
- les aides au logement (APL, ALF, ALS) et les primes de déménagement.

2.1.3.4. Le versement de l'aide.

Pour des services à long terme, l'APA est versée mensuellement. Le premier versement intervient le mois qui suit la notification de la décision d'attribution. Les services financés peuvent émaner de services proposés par la commune (repas, aide à domicile, ...) ou des organismes privés agréés, prestataires de services. L'APA est dans ce cas versée directement aux prestataires de services.

L'APA n'est versée que si son montant, après déduction de la participation financière de l'intéressé, est supérieur à 25,88 € mensuel (soit trois fois le SMIC horaire brut au 01.07.2008). À ce jour, pour ce qui concerne les successions, les legs ou les dons, l'APA ne peut faire l'objet d'aucune récupération sur la succession, et aucun recours ne peut être exercé contre la personne à laquelle il aurait été fait don ou legs.

2.1.4. Les contrôles et la suspension de l'aide

Pour vérifier que l'allocation est utilisée à bon escient, le Département dispose de pouvoirs de contrôle. À défaut d'usages correspondant à ceux pour lequel l'aide est accordée, son versement peut être suspendu.

Plusieurs situations peuvent entraîner sa suspension :

- le bénéficiaire ne fournit pas, dans un délai d'un mois, les justificatifs de dépenses demandées par le Conseil général ;
- le bénéficiaire n'informe pas le Conseil général des salariés ou prestataires qu'il emploie ;
- le bénéficiaire n'acquitte pas la part restant à sa charge ;

- l'équipe médico-sociale constate que le plan d'aide n'est pas respecté, ou le service rendu à l'allocataire présente un risque pour sa santé, sa sécurité ou son bien être physique ou moral.

Lorsque l'une de ces quatre situations est détectée, le bénéficiaire est avisé par lettre recommandée avec accusé de réception le mettant en demeure de remédier aux carences constatées. Si la situation n'est pas régularisée dans un délai d'un mois, le président du Conseil général suspend le paiement de l'allocation. Cette décision motivée est elle aussi notifiée à la personne par lettre recommandée avec accusé de réception. Elle prend effet dès le premier jour du mois suivant. Le service de l'APA est rétabli le premier jour du mois au cours duquel le bénéficiaire justifie qu'il a remédié aux carences constatées.

Lorsque l'allocataire est hospitalisé pour recevoir des soins de courte durée, ou s'absente pour convenances personnelles, le Conseil général doit en être immédiatement averti. Le versement de l'APA est maintenu pendant les trente premiers jours. Les versements reprennent à compter du premier jour du mois au cours duquel la personne âgée a réintégré son domicile.

2.1.5. Les recours

La personne âgée à qui a été refusée l'attribution de l'allocation et qui conteste ce refus ou qui juge le montant attribué insuffisant ou encore qui conteste la suspension ou la révision de son allocation, peut engager des recours. Un recours amiable est d'abord engagé et, si le litige subsiste, un recours contentieux peut être entamé.

2.1.5.1. Le recours amiable

La commission départementale de l'APA peut être saisie à propos de toute décision prise par le président du Conseil général. Si la contestation porte sur le GIR dans lequel la personne a été classée, l'avis d'un médecin autre que celui qui a procédé à l'évaluation de l'autonomie est nécessaire. Le litige peut porter sur le refus de l'attribution de l'allocation lors de la première demande, sa suspension ou la révision de son montant.

La commission doit être saisie dans les deux mois à compter de la décision contestée. Une lettre recommandée avec accusé de réception précisant le motif du recours doit être adressée au président de la commission. La commission a ensuite un mois pour faire une proposition transmise au président du Conseil général. Ce dernier décide dans les quinze jours qui suivent d'infirmier ou de confirmer la décision initiale. Si l'intéressé n'est pas d'accord avec la décision de la commission départementale, il peut engager un recours contentieux.

2.1.5.2. Le recours auprès de la commission départementale d'aide sociale

Indépendamment du recours à l'amiable, et dans les deux mois qui suivent la proposition du président du Conseil général, la personne peut entamer une procédure de recours contentieux devant la commission départementale d'aide sociale. Le recours doit émaner du bénéficiaire lui-même (ou de son représentant), du maire de la commune de résidence ou du représentant de l'État dans le département. Lorsque la contestation porte sur l'appréciation du degré d'autonomie, la commission départementale sollicite l'avis d'un médecin diplômé en gériatrie choisi sur une liste établie par le conseil départemental de l'ordre des médecins. La décision de cette commission peut être contestée en appel dans les deux mois suivant sa notification. L'appel a lieu devant la commission centrale d'aide sociale. Si la décision de cette dernière ne satisfait toujours pas les parties, celles-ci peuvent en dernier recours saisir le Conseil d'État. L'assistance d'un avocat agréé est obligatoire.

2.1.6. Les cumuls avec d'autres aides

2.1.6.1. Les cumuls autorisés

Il est possible de cumuler l'APA avec les soins infirmiers à domicile (SSIAD). La Sécurité sociale ne peut pas refuser la prise en charge d'une personne dépendante en service de soins infirmiers à domicile au motif qu'elle bénéficie de l'APA. En effet, l'aide à domicile et l'infirmier ont des compétences complémentaires mais ne sont pas substituables (cf. II.1.1.3.). Les personnes dépendantes peuvent avoir besoin de ces deux types de prestations à différents moments de la journée pour pouvoir rester à domicile dans des conditions de sécurité, d'hygiène et de confort satisfaisantes.

2.1.6.2. Les cumuls interdits

L'APA n'est pas cumulable avec d'autres aides ayant pour objectif le financement de besoins similaires. Ainsi elle n'est pas cumulable avec l'aide sociale départementale visant à financer une aide à domicile ou la prestation d'aide ménagère facultative de la CNAV.

Les titulaires d'une pension d'invalidité du régime général de la Sécurité sociale ou d'une pension de vieillesse peuvent toucher une majoration pour l'aide constante d'une tierce personne ; l'APA ne peut être cumulée avec cette majoration.

Enfin, l'APA ne se cumule ni avec l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) attribuée aux personnes handicapées ni avec la prestation de compensation (PCH).

2.2. Les aides au logement

Le domicile est chargé de symboles, de repères personnels pour le patient et il souhaite pouvoir y rester le plus longtemps possible. Lorsque son niveau de dépendance est trop élevé, et ses revenus trop faibles, cette solution n'est plus envisageable. Il existe aujourd'hui toute une série d'aides au logement, qu'il s'agisse d'allocations destinées à financer une partie du loyer ou des emprunts, ou de primes et de subventions destinées à financer des travaux. C'est la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) qui verse les aides au logement. Aujourd'hui 4,8 millions de personnes bénéficient de ces aides, les plus de 65 ans constituant environ 15% de ces bénéficiaires. Ces aides sont attribuées sous conditions de ressources, mais également en fonction de la situation familiale (nombre de personnes à charge), de la nature du logement, du montant du loyer ou du remboursement du prêt.

2.2.1. L'Aide Personnalisée au Logement (APL)

L'APL est une prestation versée sous certaines conditions à certains locataires ou propriétaires habitant un « logement social ». Ce logement doit être la résidence principale et faire partie du parc social ou, pour les accédants à la propriété, être remboursé par un prêt conventionné tel un Prêt d'Accession à la Propriété (PAP) ou un Prêt à l'Accession Sociale (PAS). Le montant de l'APL dépend du niveau de ressources du demandeur, de sa situation familiale et de ses frais de logement. Il ne couvre jamais la totalité des dépenses de logement. Il est versé non pas directement au demandeur mais au propriétaire si le demandeur est locataire, ou à l'organisme de crédit, si le demandeur est propriétaire.

2.2.2. L'Allocation de Logement à caractère Familial (ALF)

L'ALF s'adresse, sous conditions de ressources, aux locataires et aux propriétaires qui ne remplissent pas les conditions pour bénéficier de l'APL. Les personnes âgées sont assez peu concernées par cette aide car elle s'adresse surtout aux personnes bénéficiant d'une allocation de la CAF ou ayant au moins une personne à charge (enfant, parent, ...). Le logement doit être la résidence principale et doit être décent, c'est-à-dire répondre aux normes de santé et de sécurité. Le montant de l'ALF est calculé selon les critères identiques à ceux qui sont pris en compte pour l'APL. Il est versé au locataire ou à l'organisme prêteur pour les accédants à la propriété.

2.2.3. L'Allocation de Logement à caractère Social (ALS)

L'ALS s'adresse, sous conditions de ressources, à ceux qui ne peuvent prétendre ni à l'APL ni à l'ALF. Sont concernées les personnes aux revenus modestes, locataires ou propriétaires de leur logement. Celui-ci doit être la résidence principale du demandeur. Le montant de l'ALS est calculé selon des critères identiques à ceux qui sont pris en compte pour l'APL. L'aide est directement versée au propriétaire du demandeur si c'est une société de HLM (Habitation à Loyer Modéré), le cas échéant elle est versée directement au demandeur.

2.3. Les aides à l'adaptation de l'habitat nécessitées par la perte d'autonomie

La personne dépendante accepte difficilement sa restriction d'autonomie et une adaptation du domicile s'avère souvent indispensable. Cependant tout aménagement devra être réfléchi et décidé avec la personne âgée souvent vulnérable et déstabilisée. L'Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat (ANAH) favorise les aménagements spécifiques et les adaptations de bons sens en vue de compenser les handicaps liés à l'âge, la diminution des capacités physiques, la baisse de la vue, ...

2.3.1. Les subventions de l'ANAH

Pour bénéficier de ces subventions, il faut que l'immeuble concerné soit achevé depuis plus de quinze ans. L'aide, délivrée sous conditions de ressources, s'élève à 70% au maximum du coût hors taxe des travaux d'accessibilité et d'adaptation, dans la limite d'un plafond de 8 000 €. La liste des travaux subventionnés par l'ANAH est limitative, tout autre aménagement doit, pour être financé, recevoir l'accord de la Commission d'Amélioration de l'Habitat (CAH). Dans la liste des travaux pouvant faire l'objet d'une subvention on trouve:

- l'élargissement de la porte d'entrée, des portes intérieures, des portes d'accès aux balcons, terrasses et jardin ;
- la suppression des marches de seuils et ressauts ou de tout autre obstacle ;
- la construction d'une rampe (plan incliné) pour doubler ou remplacer un emmarchement ;
- la mise en place d'un monte personne ou d'un autre dispositif équivalent ;
- la suppression ou la modification de murs, de cloisons ou de placards ;
- l'installation de mains courantes, de barres d'appui, de poignées de rappel de porte, de protections de murs et de portes ;

- la modification de l'aménagement et de l'équipement des pièces d'eau (cuisine, toilettes, salle de bains, buanderie ...) ;
- l'amélioration des revêtements de sol ou du sol lui-même en vue d'obtenir un sol ferme et non glissant afin de prévenir tout risque de chute;
- la modification de la robinetterie ;
- l'installation ou l'adaptation des systèmes de commandes (volets, installations électriques, d'eau, de gaz, de chauffage, ...) ;
- l'alerte à distance (équipements et branchements).

Les travaux ne doivent en aucun cas commencer avant que l'ANAH n'ait donné son accord. Un formulaire de demande doit être retiré auprès de la délégation départementale de l'ANAH ou téléchargé sur le site internet (cf. Annexe 3).

2.3.2. Les aides de la CRAM ou autres caisses de retraites

Ces aides des caisses de retraite sont extra-légales, elles n'ont aucun caractère obligatoire, il convient cependant d'en faire la demande auprès de la caisse de retraite principale du patient (celle où il a validé le plus grand nombre de trimestres) afin de savoir si la caisse la pratique et si le patient peut y être éligible.

2.3.2.1. Les aides à l'adaptation de l'habitat

À côté des aides de l'ANAH, la CRAM propose une participation aux travaux d'adaptation de l'habitat. Elle est destinée aux retraités et leur permet une adaptation personnalisée de leur logement pour faciliter leur MAD. Seuls les travaux et matériels conditionnant le MAD sont financés. Les retraités dépendants du régime général de la Sécurité sociale sont les seuls concernés. Ils peuvent être locataires ou propriétaires de leur résidence principale. La personne intéressée doit adresser sa demande en remplissant le formulaire *Cerfa* (voir Annexe 4). La subvention est destinée à des travaux d'adaptation ou de rénovation (élargissement des portes, travaux de réfection de revêtements de sols, ...) concernant la résidence principale du demandeur. Elle est accordée sous conditions de ressources, si celles-ci, ne dépasser pas mensuellement 1 341 € pour une personne seule et 2 048 € pour un couple (exercice 2008). L'aide est plafonnée à 1958 € en 2008 et est déterminée en fonction du coût des travaux et des ressources du bénéficiaire. Elle n'est pas cumulable avec l'APA. Elle est accordée après étude d'un projet global par un service prestataire.

2.3.2.2. La participation aux aides techniques

Il s'agit d'une participation au financement d'aides d'appoint permettant de faciliter la vie quotidienne des retraités et le travail des personnes intervenant à domicile (aide à domicile, entourage). L'aide de la CRAM favorise l'acquisition d'équipements et petits matériels comme des barres d'appui, rehausse W-C, siège de douche, par exemple. Les conditions d'éligibilité sont les mêmes que pour les aides à l'adaptation de l'habitat (cf.2.3.2.1.) mais elle est plafonnée à 700 €. La demande peut être déclenchée par l'évaluateur des besoins (le pharmacien par exemple) ou par le futur bénéficiaire. Elle peut être cumulable avec d'autres aides telles que l'APA, les aides de l'ANAH.

2.3.3. Le crédit d'impôt pour l'autonomie des personnes âgées

Sont concernées les personnes physiques propriétaires, locataires, usufruitières de leur habitation principale qui supportent, entre le 1^{er} janvier 2005 et le 31 décembre 2009, des dépenses d'installation ou de remplacement d'équipement spécifiquement conçus pour les personnes âgées ou handicapées. Le logement, situé en France, doit être la résidence principale de la personne, mais les dépenses engagées ne sont pas forcément à sa charge (si elle est hébergée chez une autre personne par exemple).

2.3.3.1. Les équipements concernés

La liste des équipements concernés est limitative, elle concerne les dépenses :

- d'équipement sanitaire attachés à perpétuelle demeure, éviers et lavabos à hauteur réglable, baignoires à porte, surélévateurs de baignoire, siphons déviés, cabines de douches intégrales, bacs et portes de douches, sièges de douche muraux, toilettes pour personnes handicapées ;
- d'équipements de sécurité et d'accessibilité attachés à perpétuelle demeure : appareils élévateurs verticaux comportant une plate-forme aménagée et certains élévateurs à déplacement incliné, mains courantes, barres de maintien ou d'appui, poignées de rappel de porte, poignées ou barres de tirage de porte adaptées, systèmes de commande, de signalisation ou d'alerte, dispositifs de fermeture, d'ouverture ou système de commande des installations électriques, d'eau, de gaz et de chauffage.

La liste d'accessoires plus spécifiques entraînant un crédit d'impôt est présentée en Annexe 5.

2.3.3.2. Les travaux concernés

Il peut s'agir de travaux et de dépenses d'acquisition, d'installation ou de remplacement. Les dépenses sont celles figurant sur la facture de l'entreprise ayant réalisé les travaux ou sur l'attestation fournie par le vendeur ou le constructeur d'un logement neuf. Le crédit d'impôt n'est calculé que sur le coût de la main d'œuvre facturée pour réaliser les travaux ou installer les équipements. Les matériaux achetés par le contribuable lui-même sont exclus de la base de calcul du crédit d'impôt.

2.3.3.3. Le calcul du crédit d'impôt

Le crédit s'applique pour le calcul de l'impôt au titre de l'année du paiement de la dépense ou au titre de l'année d'achèvement du logement ou de son acquisition. L'avantage fiscal comprend le prix des équipements, et les frais de main d'œuvre. Une copie de la facture de l'entreprise qui a réalisé les travaux ou l'attestation du constructeur ou du vendeur du logement doit être jointe à la déclaration de revenus. Le crédit d'impôt est égal à 25% du montant des dépenses retenues, dans la limite d'un plafond pluriannuel.

2.3.3.4. Le plafond des dépenses

Le plafond des dépenses est fixé à 5 000 € pour une personne seule (célibataire, divorcée ou veuve), 10 000 € pour un couple marié soumis à une imposition commune, et ce, du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2009. Ces plafonds sont majorés si le ou les ayants-droit ont des personnes à charge : 400 € pour le premier enfant, 500 € pour le second et 600 € à partir du troisième. Ce crédit d'impôt est déductible de l'impôt dû. S'il est supérieur à celui-ci, la fraction excédentaire est restituée au contribuable.

Ainsi, pour un couple marié avec un enfant à charge (dont le mari âgé de 65 ans est invalide) le plafond de ses dépenses est fixé à 10 400 €. Le crédit d'impôt maximal auquel il aura droit sera donc de 2 600 € (25% de 10 400 €).

2.4. Les aides pour l'assistance humaine à la perte d'autonomie

Nous l'avons vu, la famille se retrouve souvent seule et démunie face aux problèmes de dépendance rencontrés par une personne âgée. Elle peut se faire relayer par des aides diverses et variées. Pour connaître les services de proximité existants, elle peut s'adresser aux CLIC. Les personnes les moins dépendantes peuvent bénéficier des services d'une aide

ménagère prise en charge par le département ou la caisse de retraite. Les plus dépendantes peuvent employer une aide à domicile financée par l'APA. La situation de dépendance se traduit par le besoin d'une intervention globale. De ce fait, un service d'aide à domicile est rarement l'unique intervenant. 80% des bénéficiaires reçoivent l'aide ou les soins d'autres intervenants professionnels, comme les services de soins infirmiers par exemple.

2.4.1. La prestation d'aide ménagère du Département

Cette prestation est gérée par le département, mais le service d'aide ménagère doit être organisé par la commune et le cas échéant, une allocation en espèces peut être attribuée. Ce type d'aide est réservé aux personnes les moins dépendantes. En effet, comme nous l'avons vu précédemment (cf. II.1.1.1.1.), les personnes de 60 ans et plus classées en GIR 5 et 6 ne sont pas éligibles à l'APA et sont réputées ne pas être « dépendantes ».

2.4.1.1. Les conditions

Pour en bénéficier, le demandeur doit être âgé de plus de 60 ans et avoir besoin d'une aide matérielle en raison de son état de santé pour accomplir les travaux domestiques de première nécessité permettant de rester à domicile. Par ailleurs, l'affectation de l'aide est attribuée sous condition de ressources. Le plafond annuel est fixé à 7 719,52 € pour une personne seule et à 13 521,27 € pour un couple depuis le 1^{er} janvier 2008. Tous les revenus sont pris en compte, à l'exception de la retraite du combattant, des prestations familiales et de l'allocation au logement. Comme pour l'APA, c'est l'avis d'imposition qui sert de référence. Si le demandeur présente des revenus supérieurs au plafond, il peut s'adresser à sa caisse de retraite pour obtenir une participation financière (cf. II.1.4.2.).

2.4.1.2. La procédure d'attribution

La demande d'aide ménagère doit être déposée auprès du centre communal d'action sociale (CCAS) de la commune de résidence. Les demandes donnent lieu à l'établissement d'un dossier, elles sont ensuite transmises au président du Conseil général qui les instruit et rend sa décision. La prise en charge est évaluée en fonction de l'incapacité de la personne à effectuer les actes de la vie quotidienne et de ses ressources. La valeur de l'aide légale est fixée dans la limite de trente heures par mois.

Une participation financière, variable selon les départements, est demandée aux bénéficiaires. Elle est déterminée par un arrêté du président du Conseil général. En pratique, elle est évaluée en moyenne à 6% du coût de la prestation.

Les frais d'aide ménagère non couverts par le Département donnent lieu à une réduction d'impôts.

Le montant total des sommes versées au titre de la prise en charge par l'aide sociale peut être récupéré sur une succession éventuelle si le montant de celle-ci (actif net successoral) est supérieur à 46 000 €.

2.4.2. La prestation d'aide ménagère des caisses de retraite

Les personnes âgées classées en GIR 5 ou 6 (donc non « dépendantes » pour l'éligibilité à l'APA) dont les ressources dépassent les plafonds de l'aide ménagère versée au titre de l'aide sociale, peuvent s'adresser à leur caisse de retraite pour obtenir la prise en charge de ce service. Dans ce cas, l'aide est financée par les fonds d'action sociale des caisses de retraite. Le régime concerné est celui pour lequel le retraité a validé la plus longue période d'assurance. L'aide peut être accordée par le régime de retraite de base (Cnav, Cancava, ...) ou par son régime de retraite complémentaire (Arcco, Agirc, ...). Pour embaucher l'aide à domicile, la personne âgée doit s'adresser à l'organisme ayant passé une convention avec sa caisse de retraite.

Pour pouvoir prétendre à la prestation, le demandeur doit être retraité et sa situation doit motiver une aide à domicile en raison de son isolement géographique ou familial ou de son grand âge, dès lors qu'il rencontre des difficultés à accomplir certains actes de la vie quotidienne. En fonction de ses ressources (qui dépassent le plafond d'octroi de l'aide ménagère légale) une participation financière peut lui être demandée. Elle est déterminée d'après un barème national de ressource (Annexe 6). Cette prestation n'est pas régie par une loi et ne présente aucun caractère obligatoire de la part de la caisse de retraite.

Le retraité qui sollicite cette aide doit adresser sa demande auprès d'un prestataire de service qui la réceptionne, examine sa situation et évalue ses besoins. Si le demandeur répond aux critères d'attribution, le prestataire adresse le dossier individuel à la caisse concernée. Le dossier comporte les éléments de ressources du retraité et une proposition motivée du nombre d'heures. La caisse décide du nombre d'heures attribuées. Lorsque la demande de prise en charge excède vingt heures par mois, le prestataire de service doit fournir un rapport motivé de justification. La prise en charge est fixée pour une durée minimale d'un mois et maximale

de douze. La demande de renouvellement doit être formulée au minimum trois mois avant l'échéance du terme précédent.

Comme pour l'aide ménagère légale, les frais d'aide ménagère non couverts par la caisse donnent lieu à une réduction d'impôt, et les sommes versées au titre de la prise en charge par les caisses de retraite ne peuvent pas être récupérées sur la succession.

2.4.3. La garde à domicile

Après une hospitalisation, afin de soulager les familles et d'éviter une entrée en établissement, les frais de garde à domicile peuvent faire l'objet, de manière temporaire, d'une prise en charge partielle par les caisses de sécurité sociale. Cette aide est accordée aux personnes âgées de plus de 55 ans, titulaires d'une pension, d'une rente ou d'une allocation du régime général de la sécurité sociale et ne disposant pas de ressources supérieures à 1 790 € par mois pour une personne seule et 2 700 € pour un couple. La CNAV prend alors en charge une partie des frais de garde à domicile en remboursant 80 % de la dépense engagée, dans la limite de 1 380 € par personne. La prestation peut être accordée pour 6 mois non renouvelables.

La demande doit être adressée à la caisse régionale d'assurance maladie dont dépend le bénéficiaire. Cette aide est cumulable avec l'aide ménagère à domicile.

2.4.4. L'emploi d'un salarié à domicile

Lorsque l'aide ménagère ne suffit plus, ou lorsque la personne est trop dépendante pour en bénéficier, il s'avère nécessaire d'employer une ou plusieurs aides à domicile. Ce ou ces salariés assurent une présence humaine et assistent la personne dans les actes de la vie quotidienne qu'elle ne peut plus assumer seule. Il peut s'agir d'une garde à domicile de jour, de nuit ou d'une assistante de vie. Aucune formation n'est requise, bien qu'il existe plusieurs diplômes tels que les BEP carrières sanitaires et sociales ou le Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS) (cf. II.1.1.4.), qualification la plus élevée. Il est souvent difficile pour la famille de trouver « la perle rare ». Elle peut s'adresser à une association ou employer directement l'aide à domicile. Le pharmacien d'officine doit être un relais d'informations, de conseils et d'orientation des familles ou de la personne demandeuse dans ce choix.

Lorsqu'une personne âgée emploie un salarié à domicile, elle a trois possibilités⁷³ :

⁷³ Credoc, Approche du coût de la dépendance, 12/2005.

2.4.4.1. Le recours au service prestataire

La spécificité du service prestataire est d'être employeur de ses aides à domicile. La personne aidée est alors un usager ou un client du service mais elle n'est pas l'employeur de la personne qui intervient chez elle. L'aide à domicile est employée par une association, un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) ou une entreprise d'aide à domicile. Pour intervenir auprès des personnes de 60 ans et plus, la structure doit être autorisée par le Conseil général dont elle obtient un agrément.

En matière de financement, la personne âgée paie (avec ou sans l'aide de l'APA ou de l'aide ménagère facultative, cf. II 2 .4.2.) une heure d'aide pour un montant fixe. Le coût est de 16 à 21 € de l'heure ; les montants sont variables selon les prestations demandées. Cette formule est un peu plus onéreuse que l'emploi direct, mais la personne dépendante se décharge des tâches administratives et juridiques et minimise ainsi les risques de litige avec le salarié. Elle est à privilégier dans le cadre d'une embauche par ce type de personne. De plus, le service prestataire garantit le remplacement de l'aide à domicile en cas de congé ou de maladie.

2.4.4.2. Le recours au service mandataire

La personne âgée se fait aider par un service mandataire tel que créé par la loi de janvier 1987. Dans ce cas, elle garde toutes les prérogatives et les responsabilités de la fonction d'employeur. L'organisme a pour objet de proposer des candidats expérimentés, et peut (sur demande de l'employeur) effectuer certaines formalités moyennant le versement de frais de gestion (fourniture de contrat de travail, de fiches de paie, de déclarations URSSAF, ...) mais le contrat de travail est signé entre la personne âgée et l'aide à domicile. Le versement du salaire et des charges est du ressort exclusif de l'employeur. Le coût horaire moyen est évalué à 12 € tout compris. Cette formule, moins onéreuse, constitue un intermédiaire entre un organisme prestataire et un emploi direct (ou de « gré à gré »). La gestion des contrats et des salaires est simplifiée et l'organisme assure une continuité dans le service rendu en cas de congés ou d'arrêt de maladie de l'employé. En revanche l'employeur conserve ses responsabilités juridiques en cas de litige.

2.4.4.3. Le recours à l'emploi direct, de « gré à gré »

La possibilité d'embaucher quelqu'un directement, sans intermédiaire, de « gré à gré » pour se faire aider à domicile est un mode d'emploi très utilisé. L'offre rendue par les organismes mandataires est parfois limitée dans ses horaires d'intervention (8h-20h en général), pendant

les week-ends ou pendant les périodes estivales, ainsi des personnes peuvent être levées et lavées tard et recouchées tôt. Pour ces raisons il peut s'avérer intéressant d'avoir recours à l'emploi direct d'une personne connue par l'entourage. Cependant ce type de recours a des contreparties : supporter toutes les formalités administratives de l'employeur (embauche, déclaration URSSAF, bulletin de paie, licenciement, ...) et gérer les absences pour congés ou maladie. Ces formalités peuvent être allégées par l'utilisation du Chèque Emploi Service Universel (CESU) mais sont un frein lorsque l'employeur est une personne âgée dépendante. À partir de 1987, la volonté du Gouvernement est de « blanchir » ces emplois faisant souvent appel à une rémunération de « main à main ». Il encourage donc la déclaration des salariés grâce à une exonération des charges patronales et fiscales.

2.4.4.3.1. La déclaration du salarié

Dans les huit jours qui suivent l'embauche, l'employeur doit déclarer son salarié à l'URSSAF de son département de résidence. Il remplit le formulaire *Cerfa* n° 11 469-01 (voir Annexe 7). Ce formulaire lui permet de se déclarer comme employeur et d'obtenir ainsi un numéro d'immatriculation « employeur » et pour son salarié l'enregistrement, ou, s'il n'a jamais travaillé, l'immatriculation à la sécurité sociale.

2.4.4.3.2. Le contrat de travail écrit

Le contrat de travail est exigé par la convention collective des particuliers employeurs. Un contrat clair et précis formalise l'engagement de chacun, limite les risques de malentendus et par conséquent les litiges avec l'employé. Dans le cas d'un emploi durable, le contrat est conclu à durée indéterminée (CDI). En revanche, si l'aide s'avère limitée dans le temps, pour le remplacement d'un autre salarié par exemple, le contrat sera à durée déterminée (CDD). Ce type de contrat est assez contraignant en cas de rupture anticipée.

2.4.4.3.3. La rupture du contrat

Lorsque l'employeur souhaite rompre le contrat, il doit respecter la procédure de licenciement et ce, même s'il utilise le CESU (cf. II.2.4.3.3.4.). À défaut, il risque une action devant le tribunal des prud'hommes, pouvant entraîner le versement d'indemnités importantes. Le licenciement doit être justifié par un motif légitime et sérieux. En cas d'hospitalisation de l'employeur, le contrat n'est pas suspendu, l'employé demeure donc redevable de ses salaires. En revanche, si l'hospitalisation est durable ou qu'un placement en institution est inéluctable,

le licenciement est possible ; en effet, ces causes sont considérées comme motif réel et sérieux de licenciement. De même, le décès de l'employeur met fin au contrat de travail. Les héritiers ne sont pas tenus de conserver l'employé, mais lors de la succession ils doivent lui verser son dernier salaire ainsi que les indemnités contractuelles (préavis, licenciement, congés payés).

2.4.4.3.4. Le Chèque Emploi Service Universel (CESU)

Créé dans le cadre de la politique favorisant les services à la personne (plan de développement des services à la personne - loi n° 2005-841 du 26/07/2005), le Chèque Emploi Service Universel est en vigueur depuis le 1er janvier 2006.

Le CESU s'obtient en remplissant un dossier d'adhésion auprès de sa banque. Le paiement du salarié s'effectue en remplissant du montant du salaire le chèque remis par la banque. Le salaire net mensuel versé au salarié est majoré de 10% au titre des congés payés. À chaque chèque est rattaché un « volet social ». Une fois rempli il tient lieu de déclaration à l'URSSAF et déclenche l'établissement d'un bulletin de paie par le CNESU. Cependant, bien que réduisant les formalités administratives, il ne dispense pas l'employeur de respecter la convention collective des salariés du particulier « employeur » et certaines dispositions du Code du travail. L'absence de respect de celles-ci peut entraîner une action au tribunal des Prud'hommes notamment pour ce qui concerne le licenciement, l'indemnisation des congés payés et des heures supplémentaires. Il convient de considérer ce type de désagrément, notamment lorsque l'employeur est une personne âgée dépendante, susceptible de ne plus avoir besoin de l'employé lors d'une hospitalisation par exemple...

2.4.5. Les avantages fiscaux liés à l'emploi d'un salarié à domicile

L'un des avantages de l'emploi d'un salarié à domicile est l'allègement de son coût, permis par certaines dispositions légales. En effet la personne âgée à domicile peut bénéficier d'une exonération de cotisations patronales et d'une réduction d'impôt sur le revenu.

2.4.5.1. L'exonération de charges sociales patronales

Dans le cadre de l'emploi direct de « gré à gré » (sans avoir recours à une association prestataire, cf. II.1.4.3.3.), l'employeur peut être exonéré d'une partie de la part patronale des cotisations de sécurité sociale de son employé. Ainsi il reste à sa charge la contribution de solidarité autonomie, la contribution FNAL, ainsi que les contributions d'assurance chômage,

de retraite et de prévoyance complémentaire et la participation à la formation continue . Depuis 2008 (art.55 de la LFSS 2008) les cotisations patronales accident du travail / maladie professionnelle ne sont plus exonérées en totalité.

Peuvent bénéficier de l'exonération de la part patronale de sécurité sociale :

- le particulier employeur âgé de plus de 70 ans : l'exonération est accordée au seul critère d'âge et est limitée à un plafond de rémunération (global quel que soit le nombre de salariés) égal à 65 fois la valeur du SMIC horaire par mois⁷⁴:
 - o soit 566,15 € brut par mois pour les cotisations au réel (après revalorisation du SMIC au 1^{er} juillet 2008) ;
 - o soit 65 heures par mois pour les cotisations au forfait ;quelle que soit la base de calcul des cotisations (salaire réel ou forfait), le montant d'exonérations maximum est de 159,09 € ;
- le particulier employeur qui remplit la condition de perte d'autonomie requise pour avoir droit à l'APA (GIR 1 à 4) ;
- le particulier employeur d'au moins 60 ans, vivant seul et dans l'obligation de faire appel à une tierce personne pour accomplir les actes de la vie quotidienne ;
- le particulier employeur qui bénéficie de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) ou de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH).

La demande d'exonération doit être faite auprès de l'URSSAF en joignant, le cas échéant, les justificatifs requis. Seule l'exonération accordée aux personnes de 70 ans et plus est automatique.

2.4.5.2. La réduction d'impôt

Les dépenses engagées pour rémunérer une aide à domicile ouvrent droit à une réduction d'impôt. Celle-ci peut être effective quel que soit le mode d'embauche. Le salarié peut être membre de la famille à condition qu'il n'appartienne pas au même foyer fiscal. De plus, si c'est l'entourage familial qui emploie l'aide à domicile pour son parent dépendant, il [l'employeur] peut prétendre à la réduction d'impôt.

Pour les dépenses engagées en 2007, la réduction d'impôt est égale à 50% du montant des dépenses effectivement supportées, retenues dans la limite d'un plafond annuel de 12 000 €

⁷⁴ Charte des droits et liberté de la personne âgée dépendante, <http://www.sersante.com/charte-personne-agee/> consulté le 4 décembre 2008.

(soit une réduction plafonnée à 6 000 € par an). À partir de 65 ans ce plafond est majoré de 1500 € pour chaque membre du foyer fiscal âgé de plus de 65 ans.

Si la personne dépendante et son conjoint atteignent tous les deux 65 ans, le plafond est de 15 000 €, soit une réduction maximale de 7 500 €. De même, si l'un des membres du foyer fiscal est titulaire de la carte d'invalidité, le montant du plafond est porté à 20 000 €.

Les dépenses prises en compte pour le calcul de la réduction d'impôts incluent :

- l'ensemble des salaires nets versés dans l'année de déclaration ;
- l'ensemble des cotisations sociales patronales ;
- l'ensemble des cotisations sociales salariales ;
- les éventuels frais de gestions versés à une association mandataire agréée.

La réduction porte sur les dépenses réellement supportées ; les aides perçues sont déduites du montant des dépenses. L'attestation annuelle établie par l'URSSAF devra être jointe à la déclaration de revenus. Les bulletins de salaires et le contrat de travail pourront être demandés par le Fisc et doivent rester à disposition.

Le tableau 7 recense l'ensemble des aides, leurs objectifs et les conditions d'éligibilité.

Tableau 7 - Tableau récapitulatif des aides financières à la personne âgée dépendante à domicile.

Aides		Où s'adresser ?	Conditions	Objectifs	Montants maximum	Cumuls interdits
À l'autonomie	APA	Conseil général Mairie CCAS CLIC, PAIS, MAIA	D'âge :+ 60 ans Perte d'autonomie avérée (GIR 1 à 4)	Plan d'aide finançant : Aides à la personne Aides à l'environnement Sécurisation de la personne	Mensuels : GIR 1 : 1212,50 € GIR 2 : 1039,29 € GIR 3 : 779,46 € GIR 4 : 519,64 €	Prestation d'aide ménagère du Département Pension d'invalidité de la Sécurité sociale ACTP PCH
	Au logement	APL	CAF	Résidence principale De ressources Logement décent	Participation au financement du logement	Calcul fonction des revenus et des des frais de logements
	ALF	CAF	idem Avoir une personne à charge ou bénéficiaire d'une allocation de la CAF	idem	idem	APL ALS
	ALS	CAF	idem N'être éligible ni à l'ALF ni à l'APL	idem	idem	APL ALF
À l'amélioration du logement	Subventions de l'ANAH	ANAH CLIC, PAIS, MAIA	Immeuble de plus de 15 ans Liste limitative d'aménagements	Aménagement du domicile compensant le handicap	70 % de dépenses Plafond : 8 000 €	
	Aides de la CRAM et autres caisses de retraites	Site internet CRAM Associations conventionnées	Retraité du régime général De ressources	Travaux d'adaptations conditionnant le MAD Aides matérielles conditionnant le MAD	Participation fonction des revenus	Éventuelles subventions de l'ANAH et APA déduites
	Crédit d'impôt pour l'autonomie des personnes âgées	Trésor public CLIC/PAIS	Être dépendant ou héberger une personne âgée dépendante	Dépenses d'acquisition installation ou remplacement pour améliorer l'autonomie	25 % des dépenses Plafond 5 000€ pour une personne seule	
À l'assistance humaine	Prestation d'aide ménagère du Département	Conseil général CCAS CLIC, PAIS, MAIA	Plus de 60 ans Conditions de ressources GIR 5 ou GIR 6	Aide pour accomplir les travaux ménagers de première nécessité	En moyenne 20 h par mois	APA Prestation d'aide ménagère des caisses de retraite
	Prestation d'aide ménagère des caisses de retraite	Caisse de retraite du régime concerné	Plus de 60 ans GIR 5 ou 6	idem	idem Participation du bénéficiaire	APA Prestation d'aide ménagère du Département

3. Les protections juridiques

Une personne âgée dépendante à domicile peut présenter une perte d'autonomie et (ou) une altération psychique, celles-ci l'exposent à une vulnérabilité. Dans ces conditions, il est nécessaire de s'assurer de l'absence de spoliation et de maltraitance par un environnement familial, social, voire professionnel peu scrupuleux. De même il est difficile de faire annuler des actes qu'elle a conclus, même s'ils sont incohérents, ou pour un montant exorbitant par rapport à sa situation personnelle ou financière. Il importe de protéger la personne, mais également ses biens. Il est du ressort du professionnel en contact avec des personnes vulnérables d'avertir qui de droit et de connaître les différentes mesures de protection des biens. Le pharmacien en contact avec les personnes à domicile est d'autant plus concerné par ce problème.

Il y a aujourd'hui en France environ 650 000 majeurs sous protection judiciaire, dont le quart serait des personnes très âgées⁷⁵.

Les évolutions démographiques marquées par le vieillissement de la population ont provoqué un accroissement des mesures de protection juridique et il est apparu nécessaire de rénover ce système de protection. Un projet de loi a été définitivement adopté le 5 mars 2007 (loi n° 2007-308 applicable au 1^{er} janvier 2009) pour permettre aux Conseils généraux de préparer l'application de ces mesures, notamment pour la création de la Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé (MASP). Cette réforme présente quatre objectifs principaux :

- recentrer les protections juridiques par rapport à la personne et non par rapport à ses biens ;
- tracer une ligne de partage claire entre les mesures de protection juridique et les dispositifs d'action sociale. Ainsi, pour les personnes rencontrant des difficultés d'ordre social, mettre en place une protection sociale, et pour des personnes ayant une altération de leurs facultés ne pouvant pourvoir seules à leurs intérêts, mettre en place une protection judiciaire ;
- réaffirmer le principe de subsidiarité qui impose au juge de vérifier si la protection de la personne vulnérable ne peut, en aucune manière, être assurée par un autre mécanisme juridique plus léger et moins attentatoire à ses droits ;

⁷⁵ V. Larmignat, Quel accompagnement pour les personnes dépendantes ? Actualités Sociales Hebdomadaires, , 2001, n°2216, p.24.

- replacer la personne vulnérable au cœur du dispositif à travers d'une part le Mandat de Protection Future (MPF) et d'autre part des règles de procédures plus respectueuses.

« Toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté peut bénéficier d'une mesure de protection juridique prévue au présent chapitre » *art. 425 du Code civil.*

Lorsque la personne a « besoin d'être protégée dans les actes de la vie civile », la sauvegarde de justice est très souvent prononcée temporairement. Si la dépendance s'installe et que la personne a besoin « d'être représentée de manière continue dans les actes de la vie civile », la curatelle est plus adaptée ; enfin, si la personne perd ses capacités mentales et physiques et qu'elle a « besoin d'être conseillée ou contrôlée dans les actes de la vie civile », le recours à la tutelle est souhaitable. Avant d'avoir recours à ces mesures, il convient de considérer avec attention que :

- le besoin de protection n'est pas forcément total ni définitif ;
- la personne âgée dépendante protégée doit pouvoir donner son avis chaque fois que cela est nécessaire ;
- la dépendance morale n'exclut pas que la personne puisse exprimer des orientations de vie et soit informée des actes effectués en son nom.

La Fondation nationale de gérontologie a établi une charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante⁷⁶ (cf. Annexe 8). Il convient, lorsqu'on prend en charge une personne âgée de la respecter.

Lorsqu'il sera admis par tous que les personnes âgées dépendantes ont droit au respect absolu de leur liberté d'adulte et de leur dignité d'être humain, cette charte sera appliquée dans son esprit.

3.1. Le mandat de protection future (*article 492 du Code civil*)

Créé par la loi 2007-308 du 5 mars 2007, c'est un contrat qui permet à une personne d'organiser à l'avance sa protection, en choisissant celui ou celle qui sera chargé(e) de s'occuper de ses affaires le jour où elle ne pourra plus le faire elle-même, en raison de son âge

⁷⁶ Fondation nationale de gérontologie, Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, 1999.

ou de son état de santé. L'objectif principal de ce mandat est de donner la possibilité à chacun d'organiser lui-même sa protection et d'éviter le recours à la tutelle ou à la curatelle dans des circonstances qui ne permettent souvent pas à la personne concernée de décider elle-même de sa protection. Le mandat de protection future peut concerner la personne et ses biens, ou seulement l'un des deux. Il est applicable depuis le 1^{er} janvier 2009.

3.1.1. La demande

C'est la personne qui souhaite être protégée, la « mandante », qui établit elle-même le mandat. Elle remplit le formulaire de demande (Annexe 9).

Le « mandataire » est une personne physique choisie par la « mandante » (famille ou entourage). Celui-ci indique expressément sur le mandat qu'il accepte la mission. L'enregistrement du mandat peut se faire :

- par l'administration fiscale (« sous seing privé ») en présentant les exemplaires originaux du mandat à la recette des impôts du domicile. La date à laquelle le mandat aura été établi deviendra alors incontestable. Les frais d'enregistrement s'élèvent à 12 € ;
- par acte authentique établi par un notaire (mandat notarié).

Le mandat de protection future s'exerce à titre gratuit, sauf stipulations contraires.

3.1.2. Les effets du mandat

Tant que la personne conserve ses facultés, le mandat ne produit aucun effet. Lorsque le mandataire constate que l'état de santé du mandant ne lui permet plus d'effectuer les démarches administratives, de prendre soin de sa personne, de ses biens, il effectue alors les démarches nécessaires pour que le mandat prenne effet. Pour se faire :

1. il sollicite un médecin inscrit sur une liste dressée par le procureur de la République qui constate l'inaptitude de la personne ;
2. il présente le mandat et le certificat médical au greffe du tribunal d'instance du domicile de la personne ;
3. après vérifications, le greffier appose son visa : le mandat est validé.

Le mandat ne fait perdre ni droit ni capacité juridique à la mandante, mais permet au mandataire d'agir à sa place en son nom et dans son intérêt. Ce mandat fonctionne comme une procuration. Le mandataire représente le mandant et veille à ses intérêts pour les actes relatifs à sa personne et pour ceux concernant l'administration de son patrimoine. Il n'a en

revanche aucun pouvoir pour faire des actes de disposition des biens du mandant (vente d'immobilier, etc.). Le mandant conserve la possibilité de faire lui même ses actes. En pratique, le mandataire présente le mandat aux tiers à chaque fois que cela est nécessaire.

Le mandataire s'engage à exécuter sa mission conformément à ce qui est prévu dans le mandat et plus globalement par les règles du Code civil.

3.1.3. Le terme ou les modifications possibles

Tant que le mandat n'est pas mis en œuvre, le mandant peut le modifier ou le révoquer, et le mandataire peut renoncer à sa mission. Une fois le mandat mis en œuvre, le mandant peut contester les conditions d'exécution du mandat au juge des tutelles. Le mandataire ne peut plus renoncer à sa mission mais peut demander à en être déchargé par le juge des tutelles. Le mandat mis à exécution prend fin par :

- le décès de la personne protégée ou son placement en curatelle ou en tutelle ;
- le rétablissement des facultés personnelles du mandant constaté à sa demande ou à celle du mandataire ;
- sa révocation prononcée par le juge des tutelles à la demande de tout intéressé et dans l'intérêt du mandant.

3.2. La sauvegarde de justice (*article 433 à 439 du Code civil*)

Quand brutalement, l'état de santé mentale ou physique de la personne âgée ne lui permet plus de s'occuper de ses affaires (accident ou maladie à évolution rapide), une mesure de sauvegarde de justice peut être mise en place. C'est une mesure provisoire n'entraînant pas d'incapacité juridique. Elle est prononcée momentanément en attendant une amélioration de l'état de la personne concernée ou lors de l'instruction d'une autre mesure de protection comme la curatelle ou la tutelle.

3.2.1. La demande

La mesure de sauvegarde de justice intervient :

- à l'initiative du juge qui la prononce en attendant la fin d'instruction d'une demande de mesure de tutelle ou de curatelle ;
- à l'initiative du médecin qui, à la suite de soins, constate l'altération. Il remplit un certificat de demande de sauvegarde de justice et produit devant le procureur de la République un avis conforme émanant d'un psychiatre.

3.2.2. Le principe

Dans cette mesure, il n'y a pas d'incapacité juridique c'est à dire que la personne majeure placée sous sauvegarde de justice continue d'effectuer les actes de la vie civile. Elle est protégée *a posteriori*. Un mandataire spécial peut être nommé par le juge pour accomplir des actes particuliers, notamment en urgence pour aider une personne qui a une procuration et qui aurait besoin d'une marge de manœuvre plus importante.

Deux types d'action peuvent être menés dans les cinq ans qui suivent le moment où un proche se rend compte de l'action réalisée :

- l'action en « annulation » si l'acte en cause est de nature à porter atteinte aux intérêts de la personne protégée ;
- l'action « en réduction pour excès », qui n'annule pas l'acte passé mais ramène son montant à de plus justes proportions en fonction des ressources et du train de vie de la personne dépendante.

Les tribunaux prennent notamment en considération l'utilité ou l'inutilité de l'opération, l'importance ou la consistance du patrimoine de la personne protégée et la bonne ou mauvaise foi de ceux avec qui elle a contracté.

La validité des actes passés peut être contestée par la personne âgée elle même, mais également par son conjoint, ses enfants, ses frères et sœurs et (après sa mort) ses héritiers.

3.2.3. La durée

La mesure de sauvegarde de justice est prononcée pour deux mois renouvelables, mais sous peine de caducité, elle ne peut excéder un an, renouvelable une fois. Dans tous les cas, à défaut de mainlevée, de déclaration de cessation ou de radiation de la déclaration médicale, la sauvegarde de justice prend fin à l'expiration du délai prévu par le juge. Elle prend également fin à effet d'une curatelle ou d'une tutelle.

3.3. La curatelle et la tutelle (*art. 508 à 515 du Code civil*)

La curatelle est une mesure judiciaire s'adressant à une personne qui a besoin « d'être conseillée ou contrôlée dans les actes de la vie civile ». Elle est selon l'état de la personne, allégée ou aggravée, et dans ce cas elle se rapproche de la tutelle. Il faut noter que la réforme de mars 2007 supprime le cas d'ouverture d'une mesure de curatelle pour « oisiveté, intempérance ou prodigalité ».

Avec la curatelle simple, la personne âgée dépendante ne peut ni se marier, ni divorcer, ni recevoir des capitaux ou en disposer à sa guise sans l'aval de son curateur (vendre un bien immobilier, emprunter de l'argent...). En revanche, elle peut toujours acheter des biens, embaucher une aide à domicile ou faire un testament.

Avec la curatelle renforcée, le juge ordonne que le curateur perçoive seul les revenus de la personne âgée et assure le règlement de ses dépenses. Les actes importants sont effectués en commun dans le sens où la personne protégée doit y être associée. Elle peut toutefois demander au juge de faire un acte que le curateur refuse. Quelle que soit la décision, elle s'effectue toujours sous contrôle du juge. La personne protégée conserve également son droit de vote.

La tutelle est un régime de protection sous lequel peut être placée une personne majeure qui, en raison d'une altération de ses facultés personnelles, a besoin d'être représentée de façon continue dans tous les actes de la vie civile. Toutes les décisions concernant l'administration et la conservation de son patrimoine sont prises par une autorité de tutelle, choisie par décision de justice. La personne protégée ne peut plus passer d'actes à compter du jugement. Les actes passés antérieurement depuis moins de cinq ans peuvent être annulés sous certaines conditions. Pour les actes de disposition (la vente d'un bien immobilier, une donation, ...), le tuteur doit obtenir l'autorisation du conseil de famille ou du juge des tutelles. Le tuteur doit rendre compte au juge des tutelles de sa gestion annuelle.

Concernant le choix du lieu de vie de la personne protégée, « la personne choisit le lieu de sa résidence ; en cas de difficulté, le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué statue ».

3.3.1. La demande

La mise sous curatelle ou tutelle peut être demandée :

- par l'intéressé lui-même ;
- par son conjoint (à condition que la communauté de vie soit avérée) ;
- par ses ascendants, descendants, frères ou sœurs ;
- par le ministère public (au tribunal de grande instance du lieu de résidence de l'intéressé).

Avant la promulgation de la loi du 22 février 2007, le juge avait la possibilité de s'autosaisir. Depuis le 1^{er} janvier 2009, c'est le procureur de la République qui reçoit les signalements.

3.3.2. La procédure

L'instruction par le juge comprend deux mesures obligatoires :

- l'audition de l'intéressé ;
- l'avis du médecin spécialiste.

Et quatre mesures facultatives :

- une enquête sociale ;
- une réunion du conseil de famille ;
- une mise sous sauvegarde pour la durée de l'instance ;
- la désignation d'un avocat.

Le juge dispose d'un délai d'un an pour rendre sa décision. Une fois l'instruction du dossier terminée, le juge le transmet pour avis au procureur de la République au moins un mois avant la date fixée pour l'audience. Le jugement est rendu en fonction des éléments du dossier. Le juge nomme le curateur ou le tuteur. Il s'agit le plus souvent d'un membre de la famille ou du conjoint, parfois d'une personne morale (associations familiales notamment).

Le juge fixe la durée de la mesure sans que celle-ci puisse excéder cinq ans. Elle est renouvelable pour une même durée. La mesure prend fin en l'absence de renouvellement, à l'expiration du délai fixé, en cas de jugement de mainlevée ou en cas de décès de l'intéressé.

Notons qu'un tuteur ou un curateur extérieur à la famille peut toucher une rémunération selon un barème réglementaire proportionnel aux revenus de la personne protégée (à titre d'exemple pour des revenus de 1500 € mensuels, la rétribution sera de 23€ mensuels).

3.4. La Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé (*Art. L.271-1 à L.271-8 du Code de l'action sociale et des familles*)

Cette nouvelle mesure fait partie de la réforme de la protection juridique des majeurs et est donc en théorie applicable au 1^{er} janvier 2009. Les objectifs sont :

- d'éviter la mise sous tutelle trop systématique de personnes accumulant de graves difficultés sociales mais ne souffrant pas pour autant d'une altération des facultés mentales ou physiques ;
- ne pas priver de leurs droits des personnes dont les intérêts peuvent être préservés par un accompagnement social adapté.

Cette mesure, administrative et non judiciaire, s'adresse uniquement aux personnes percevant des prestations sociales et dont la santé ou la sécurité est menacée par les difficultés qu'elles éprouvent à gérer leurs ressources. Elles peuvent alors bénéficier d'une Mesure Sociale

d'Accompagnement Personnalisé (MASP) qui comporte une aide à la gestion de ses prestations sociales et un accompagnement social individualisé.

La mise en œuvre est confiée au Conseils généraux, en théorie, car en pratique il semblerait que la mesure n'est pas prête à être appliquée par manque de moyens... Cependant le département a la possibilité de déléguer cette tâche par convention à une autre collectivité territoriale, un établissement public, une association, un CCAS ou un organisme débiteur de prestations sociales.

3.4.1. Le principe de la MASP

La MASP doit faire l'objet d'un contrat conclu entre l'intéressé et le département au vue d'engagements réciproques. Ceux-ci prévoient des mesures de réinsertions sociales et des mesures tendant au rétablissement des conditions de gestion des prestations sociales. Sur autorisation du bénéficiaire, le département peut percevoir et gérer tout ou partie des prestations sociales en les affectant prioritairement au paiement du loyer et des charges locatives en cours. Le contrat est conclu pour une durée de six mois à deux ans et est renouvelable dans la limite de 4 ans après la réalisation d'une évaluation.

Le président du Conseil général peut saisir le juge d'instance en cas de refus ou de non respect des clauses par l'intéressé. Le juge décide alors le versement direct au bailleur des prestations sociales.

En cas d'échec de la MASP (les difficultés de gestion sont toujours présentes et la sécurité et la santé du bénéficiaire sont compromises), le président du Conseil général transmet au procureur de la République un rapport concernant la situation pécuniaire et sociale de la personne. Le procureur peut alors transmettre le dossier au juge des tutelles.

3.4.2. La gestion, le financement de la MASP

La demande peut émaner de la personne intéressée, de l'assistante sociale, ou de l'entourage de la personne. Le financement incombe au Conseil général. Cependant une contribution peut être demandée au bénéficiaire, dont le montant est arrêté par le Président du Conseil général en fonction des ressources de la personne. En cas d'échec, une mesure d'accompagnement judiciaire peut être ordonnée par le juge des tutelles.

3.5. La Mesure d'Accompagnement Judiciaire (MAJ) (*art. 495-1 à 495-9 du Code civil*)

Seul le procureur peut demander une MAJ auprès du juge des tutelles au vue du rapport circonstancié émis par les services sociaux à la suite de l'échec de la MASP. Le juge désigne un mandataire judiciaire à la protection des majeurs. Il s'agit d'une mesure judiciaire et non plus administrative comme la MASP.

3.5.1. Le principe de la MAJ

Dans le cadre d'une MAJ, le mandataire judiciaire reçoit les prestations sociales sur un compte ouvert au nom du majeur protégé et doit les gérer dans l'intérêt de la personne en tenant compte de son avis et de sa situation familiale. Il exerce également une action éducative en vue de rétablir une gestion autonome des prestations sociales. La durée de la MAJ est fixée par le juge à 2 ans renouvelables dans la limite de 4 ans.

3.5.2. La gestion, le financement

Déduction faite de la participation du majeur protégé, la MAJ bénéficie d'un financement :

- de la collectivité publique ou de l'organisme débiteur de la prestation sociale perçue qui a le montant le plus élevé (si il en perçoit plusieurs) ;
- de la collectivité publique, de l'organisme débiteur de la seule prestation sociale à gérer.

À titre d'exemple, dans le cadre de l'APA, il incombera aux Conseils généraux de financer la MAJ, déduction faite de la part du bénéficiaire.

À l'évidence, la complexité des multiples démarches administratives nécessaires pour mettre en place les différentes aides au maintien à domicile peut décourager le patient ou leurs aidants. Le rôle du pharmacien n'est pas de faire les démarches pour la personne, mais de l'orienter au milieu de cette « jungle » administrative, d'autant qu'une aide dans ces situations est toujours bienvenue et réconfortante. Il est important en effet, d'encourager le patient à obtenir toutes les aides en précisant toutefois que les financements ne sont pas toujours à la hauteur et que la dépendance est « un mal qui coûte cher ». Le MAD doit être une démarche « raisonnée » et coordonnée au service de la personne dépendante ayant pour but de faire intervenir les bons acteurs, les bons aménagements au bon moment et d'apporter une aide financière adaptée à chaque contexte. Néanmoins, le rôle du pharmacien ne s'arrête pas là : il se doit en effet, de prévenir et mobiliser les conditions d'une protection optimale à l'attention de toute personne âgée, menacée ou en danger pour elle-même et ce, dans les limites de ces prérogatives professionnelles et du respect du patient. L'ensemble de ses situations rencontrées doivent amener le pharmacien à avoir recours à une réflexion de type pluridisciplinaire, dans un constant souci d'optimisation du ratio bénéfice/risque. Dans ces situations toute particulière, le pharmacien représente alors, de par les liens privilégiés qu'il a pu tisser avec le patient, un interlocuteur de choix dans l'établissement et le suivi du MAD. Afin de mieux étayer ce propos, nous proposons de recourir maintenant à la description de cas pratiques.

III

Facteurs de réussite et limites d'un maintien à domicile : Cas pratiques

1 - Cas n°1 :

Le pharmacien d'officine répond à une demande spontanée

2 - Cas n°2 :

Axes de réflexions autour des limites du maintien à domicile

1. Le pharmacien d'officine répond à une demande spontanée

Nous avons constaté dans la deuxième partie de notre exposé qu'il existe une multitude d'aides à la personne âgée ayant fait le choix du MAD. Voyons, au travers d'un cas pratique, comment le pharmacien dans un souci de prévention, peut répondre à une demande spontanée en étant le plus complet possible afin d'assurer la sécurité du patient à domicile. Il n'est pas du ressort de l'officinal de faire les démarches pour la personne. Néanmoins, il est souvent sollicité en premier recours, et il est de sa responsabilité d'orienter la personne vers les services adéquats, valorisant ainsi son acte et optimisant la réussite du MAD. L'annexe 10 de notre travail recense l'ensemble des adresses, numéros de téléphone et courriels que le pharmacien doit avoir à disposition pour guider la personne dans ses démarches en Lorraine. La liste des services prestataires, CCAS et SSIAD n'est pas exhaustive en raison de leur grand nombre. Il prendra soin d'ajouter les coordonnées de ces organismes, les plus proches de l'officine, et aura à disposition des plaquettes informatives de services prestataires et de télé-assistance.

1.1. Exposé du cas

Monsieur B., juriste, se présente à la pharmacie avec une ordonnance de l'hôpital pour sa mère dont la sortie est prévue le lendemain.

Madame B., âgée de 78 ans, est une fidèle patiente de l'officine. Elle vient habituellement chercher ses médicaments tous les mois mais, depuis trois mois déjà, charge une de ses amies de faire ses propres courses à la pharmacie ; madame B., fatiguée, se déplace moins. Le pharmacien qui connaît bien sa patiente pour avoir souvent discuté avec elle, notamment depuis le décès de son mari interroge le fils qui l'informe finalement que sa mère vient d'être hospitalisée. Madame B. est une personne assez discrète, vivant seule chez elle. Son fils explique son désarroi face à la situation actuelle de sa mère car il est fils unique et habite à 450 km. Il est venu une semaine afin d'organiser le retour à domicile. Par la suite, madame B. est hospitalisée une seconde fois à la demande du médecin traitant pour une altération de l'état général due à un zona. L'hôpital ne souhaite pas la garder plus longtemps considérant que son état ne justifie plus ni prise en charge, ni soins hospitaliers. Il s'interroge car il ne l'imagine plus vivre seule chez elle. Il aimerait la placer en maison de retraite mais elle refuse catégoriquement cette perspective et souhaite rentrer chez elle.

1.2. Les questions du pharmacien

Le pharmacien interroge le fils afin de délivrer les matériels adaptés aux incapacités du moment et à l'environnement. Il l'oriente vers les organismes compétents auprès desquels il trouvera une prise en charge financière et sociale. Afin d'optimiser celle-ci et se rendre compte de la situation, le pharmacien propose de se rendre au domicile de la patiente et conseille à monsieur B. de prendre contact avec le médecin traitant qui, s'il est présent, peut faire part de ses conseils avisés. Le rendez-vous est pris l'après-midi même au domicile de la patiente.

- Informations concernant l'état médical afin de déterminer les incapacités :

La patiente souffre, en plus de ses douleurs post zostériennes, d'un trouble de la marche et de l'équilibre dû à un handicap à la hanche et à un tassement vertébral. Il y a trois ans, elle a été victime d'un accident vasculaire, elle souffre d'hypertension artérielle chronique.

- Informations concernant l'environnement :

La patiente est locataire d'une petite maison composée au rez-de-chaussée, d'une pièce de vie et d'une cuisine donnant à l'arrière sur un jardin. Les toilettes et la salle d'eau sont situées sur ce même niveau. La chambre de madame B. est au premier étage. Madame B. ne sort plus dehors sans être accompagnée.

Concernant ses revenus, madame B. perçoit le minimum vieillesse. Pour les actes médicaux, son médecin traitant a obtenu une prise en charge en ALD.

- Informations concernant l'indépendance au quotidien :

Son fils précise qu'une amie lui fait les courses et un peu de ménage (à titre gracieux) et qu'elle bénéficie depuis deux ans, du service de portage des repas assuré par la commune. Par ailleurs, il remarque depuis six mois, quelques incohérences dans les propos de sa mère et pense que ces troubles cognitifs retentissent de plus en plus sur son état de dépendance. Les infirmières de l'hôpital lui ont précisé que son retour à domicile impliquerait une aide à la toilette tous les matins car elle est incapable d'assurer seule son hygiène corporelle ; de plus elle est devenue partiellement incontinente en raison de sa perte d'autonomie physique.

Désemparé, monsieur B. ne sait pas à qui s'adresser pour bénéficier de ce service et s'inquiète surtout de son coût.

1.3. Analyse du cas

Confronté à une telle situation, il convient de raisonner selon l'arbre décisionnel de la Figure 14, reflet de l'imbrication des besoins et des réponses à ceux-ci.

1.3.1. Évaluer le niveau de dépendance de la patiente

Il convient en premier lieu de définir ce que peut et ne peut plus faire la patiente. Madame B. souffre de douleurs et d'un handicap à la hanche. Ces incapacités limitent ses déplacements à son domicile et l'empêchent de réaliser certains actes de la vie quotidienne :

- assurer son hygiène corporelle ;
- s'habiller ;
- conditionner les repas ;
- prendre seule ses médicaments ;
- effectuer les transferts à son domicile en toute sécurité.

Madame B. conserve cependant certaines capacités :

- exprimer ses désirs, ses choix de vie ;
- manger seule.

Avec ces informations, le pharmacien, comme le médecin, peut rapidement évaluer le niveau de dépendance de madame B. en s'aidant de l'échelle de Colvez (cf. I.2.1.1.). Selon celle-ci, elle est classée au niveau 2, ce qui correspond à une dépendance lourde, madame B. n'étant pas alitée en permanence mais ayant besoin d'aide pour la toilette et l'habillage.

Par ailleurs, avec l'échelle des activités de la vie quotidienne de Katz, elle obtient 2/5 (alimentation et transferts), ce qui la classe parmi les personnes « très dépendantes ».

1.3.2. Déterminer les besoins

Madame B. exprime le désir de vieillir dignement à son domicile. Déterminons les besoins que cela implique. L'enjeu principal est d'assurer sa sécurité. L'environnement actuel ne le permet pas. Trois types de besoins sont la conséquence des incapacités de madame B. :

- une aide humaine pour la soutenir dans ses actes, mais non pour les faire à sa place ;
- une aide matérielle (à madame B. et aux intervenants) permettant l'adaptation de l'environnement à ses handicaps ;
- une aide financière nécessaire aux aménagements et aux interventions à domicile qu'elle ne peut assumer avec ses seuls revenus.

Le pharmacien peut rappeler l'intérêt d'une mesure de protection des biens, mais dans le cas présent, rappelons que monsieur B. est juriste et il ne fait pas de doute qu'il a réfléchi au sujet. Dans d'autres circonstances, il est utile de rappeler leur existence et de fournir l'adresse du service des tutelles du Tribunal d'instance (Annexe 10).

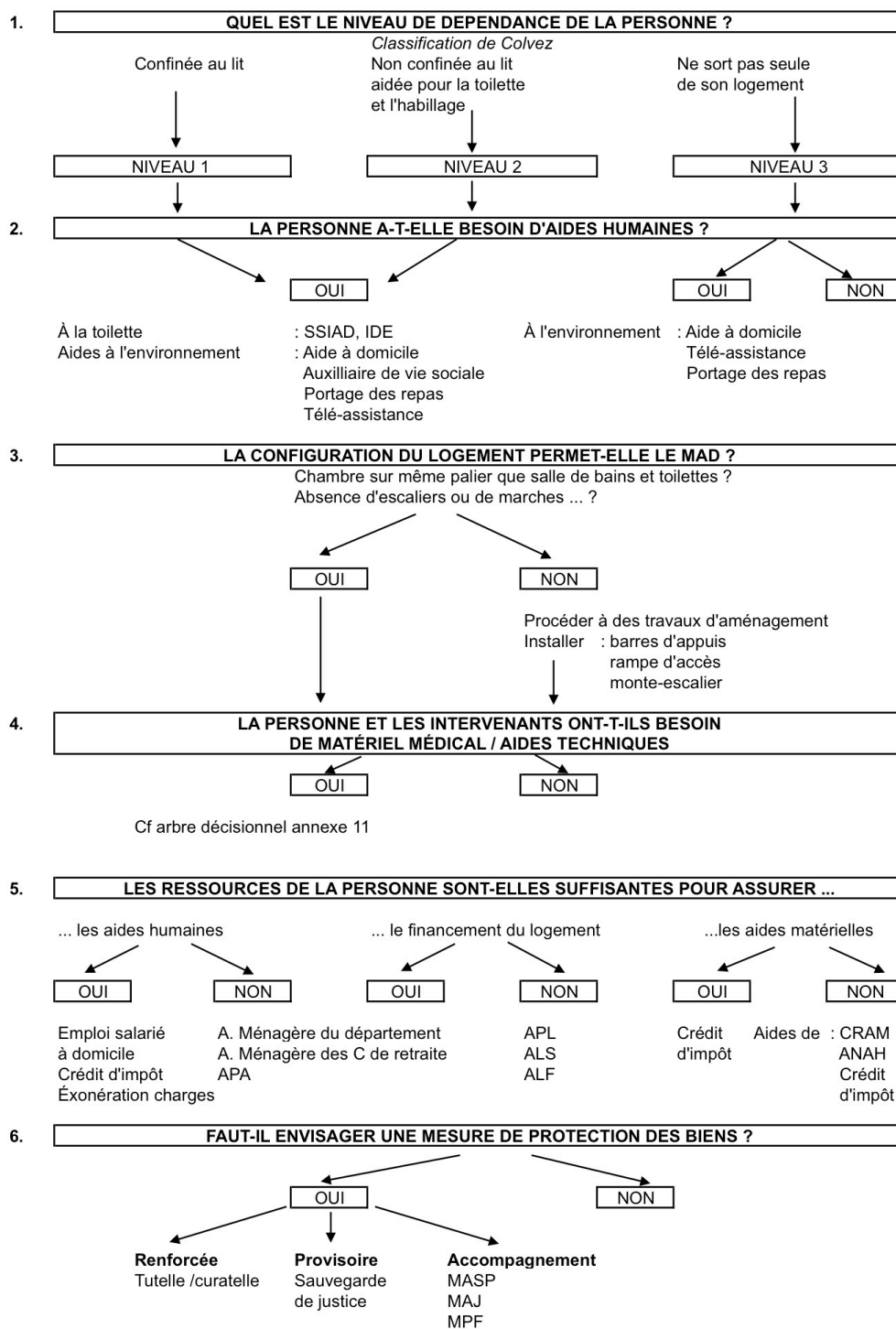


Figure 14 - Arbre décisionnel pour la prise en charge complète d'une personne âgée à domicile.

1.3.3. Apporter des réponses aux besoins

Ainsi, pour pallier les incapacités, il convient d'avoir recours à trois types d'aides :

- humaines ;
- matérielles ;
- financières.

Le rôle du pharmacien est de déterminer et d'expliquer quelles aides sont nécessaires et de préciser à monsieur B. auprès de quels organismes il peut les solliciter. Nous allons à présent énumérer ces aides et les démarches à suivre afin de les obtenir dans les délais les plus brefs. Notons ici que la patiente étant locataire de son logement, toute modification ou aménagement attaché à perpétuelle demeure est impossible sans l'autorisation du propriétaire.

1.3.3.1. Les aides humaines

Ce sont elles qui vont soutenir madame B. afin de réaliser les actes essentiels de la vie quotidienne et de réduire son isolement social. Le pharmacien doit être en mesure de présenter brièvement tous les intervenants étant susceptibles d'aider madame B. dans son désir de rester chez elle. Au delà, il doit orienter monsieur B. dans ses démarches en fournissant les adresses, les numéros de téléphone, les courriels des CLIC, PAIS, CCAS, Conseil généraux, ...

1.3.3.1.1. Le SSIAD

À la sortie d'hôpital de madame B., le besoin d'aide pour la toilette et éventuellement d'actes médicaux, préventifs et relationnels impose l'intervention d'un SSIAD. Le pharmacien doit être en mesure d'expliquer la justification de ce service et surtout de différencier son intervention de celle de l'aide à domicile. Souvent, les patients s'interrogent sur l'utilité de doubler une aide qui pourrait finalement être réalisée par une seule personne. Le pharmacien précise :

- qu'il s'agit d'une association locale à but non lucratif ;
- qu'une infirmière en charge du dossier coordonne l'intervention à domicile en définissant les besoins de la patiente ; dans ce cas précis ils concernent notamment ceux afférent à l'hygiène générale et de préparation du pilulier ;
- que les intervenants sont essentiellement des aides soignants. Leur activité vise à compenser la dépendance de manière temporaire ou sur une longue durée. Des infirmières libérales ou appartenant à l'association peuvent intervenir pour réaliser des soins spécifiques.

Pour que madame B. puisse en bénéficier, l'hôpital ou le médecin généraliste établit une ordonnance précisant :

- le type de soins ;
- le nombre de passages hebdomadaires et journaliers ;
- la durée de prise en charge.

Cette prescription donne droit à une prise en charge intégrale par la Sécurité sociale. Le pharmacien précise l'adresse du SSIAD le plus proche qu'il aura noté dans le carnet d'adresses indispensables au MAD d'une personne âgée en Lorraine (Annexe 10).

1.3.3.1.2. L'aide à domicile

La patiente n'étant plus en mesure d'assurer seule les actes essentiels de la vie quotidienne, madame B. doit avoir recours à une personne intervenant dans les tâches matérielles suivantes :

- hygiène journalière ;
- aide dans la prise de ses repas fournis par le service de portage ;
- réalisation des travaux d'entretien courant (laver la vaisselle et le linge, faire le ménage et le lit) ;
- soutien moral, lui permettant ainsi de rompre avec sa solitude, renforcée par son isolement géographique.

L'aide à domicile, pivot de la prise en charge de madame B. assure le relais avec les professionnels médicaux et paramédicaux et avec monsieur B. lui-même.

Après avoir sommairement expliqué les rôles de cette intervenante, le pharmacien oriente monsieur B. pour savoir où la trouver et les conditions légales de son emploi et de sa rémunération. La situation de madame B. doit permettre à cette dernière de bénéficier de l'APA. Il est préférable d'avoir recours à un service prestataire avec lequel le demandeur n'a qu'à acquitter le montant salarial et les frais de gestion. Le Conseil général, en charge de la gestion et du financement de l'APA, signe des conventions avec certains prestataires à qui il verse directement l'aide si le demandeur le désire. Ce choix limite largement les formalités pour une personne déjà affaiblie physiquement, mais également pour monsieur B. qui n'est pas sur place. Il peut d'ores et déjà demander des renseignements à des services prestataires dont le pharmacien lui aura fourni les adresses (Annexe 10) bien que l'assistante sociale en charge du dossier d'APA, au travers du plan d'aide, fait intervenir indirectement un service prestataire (au choix de la patiente) conventionné.

1.3.3.1.3. L'assistante sociale

C'est elle qui accompagne monsieur B. dans l'organisation concrète des aides non médicales. Elle évalue les capacités de madame B. à vivre dans son environnement qui comprend ses ressources, son logement, sa famille, ... En conséquence de quoi, l'assistance sociale généralement employée du Conseil général propose un plan d'aide pour madame B. et organise la mise en place du MAD ainsi que le suivi de la situation.

1.3.3.1.4. Le personnel médical et paramédical

Le pharmacien doit expliquer à monsieur B. que chacun de ces acteurs, agissant dans l'intérêt de madame B., permet un succès du MAD, d'autant plus leurs actions sont coordonnées. Monsieur B., aidant familial, est le point de départ de ce travail en « réseau ».

Le médecin généraliste doit être tenu informé car il est fondamental pour les équipes de service d'aide à domicile et les familles, de dialoguer et de collaborer avec lui. Il prend en charge médicalement madame B. mais il agit également comme coordinateur de son MAD. Certes le pharmacien s'entretient de la situation et des enjeux du MAD de madame B. avec le médecin généraliste en vue de renforcer la coordination et la communication « inter-intervenant », mais monsieur B. présente lui-même la situation de sa mère au médecin traitant. Monsieur B. est la personne référente dans le MAD de madame B., il doit prévenir tous les acteurs de l'intervention de chaque professionnel, de son rôle, de son identité, de son adresse et de son numéro de téléphone afin que chacun puisse communiquer.

L'implication du pharmacien dans le MAD de madame B. participe à part entière au soutien de son fils dans ses démarches. Le pharmacien prend contact avec le médecin traitant afin de discuter des modalités de prescription des différents matériels remboursables nécessaires. Il doit constituer au sein de l'officine un dossier regroupant toutes les pièces indispensables à un suivi du MAD de madame B. lui permettant à un instant donné, dans une situation donnée, et quelque soit le personnel de l'officine concerné, d'avertir ou de faire intervenir le bon acteur, au bon moment et d'assurer une action cohérente. Cette organisation est valable pour tous les intervenants. Le pharmacien se présente comme un professionnel au service de ses patients, ainsi, devant le moindre doute, la moindre question ou le moindre problème, monsieur B. ne doit pas hésiter à le contacter. Même si le pharmacien n'est pas en mesure d'honorer la demande, il délivre, en exerçant une profession à l'interface du médical et du social, un service, une orientation, une réponse aux sollicitations dont il peut faire l'objet.

1.3.3.2. Les aides matérielles

L'ensemble des matériels décrits ci-après, s'ils sont inscrits à la LPPR, fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale si une prescription existe. Les ordonnances sont séparées selon qu'il s'agit de matériel à la location ou à l'achat. Elles précisent :

- le type de matériel ;
- les options et accessoires éventuels ;
- le type de prestation, à l'achat ou à la location ;
- si le matériel est prescrit à la location, sa durée (probable).

La mise en place de ces aides matérielles sécurise madame B. dans son environnement. Il faut également prévenir tout risque de chute. Ainsi, il convient de retirer les tapis, tables basses, fils électriques ou autres qui pourraient en être responsables.

1.3.3.2.1. La chambre

Dans tous les cas, il faut s'interroger sur la situation de la chambre par rapport à la salle de bain. Dans notre cas, madame B., souffrant de difficultés pour se déplacer, la salle de bain et la chambre doivent être suffisamment proches et sur le même niveau. La chambre doit être aménagée dans la pièce de vie au rez-de-chaussée. Afin d'éviter les oublis, il faut s'efforcer d'avoir en tête tout ce que la patiente doit et peut réaliser dans sa chambre, et ce dont le personnel intervenant a besoin, en respectant une certaine logique organisationnelle ; les différents matériels étant connus par ailleurs. Nous allons suivre la démarche de raisonnement de l'arbre décisionnel cité en Annexe 11 tiré de l'ouvrage : « Le matériel de maintien à domicile »⁷⁷. Le pharmacien décrit chaque matériel, ses utilisations, son coût et son éventuelle prise en charge par la Sécurité sociale ou d'autres organismes.

Concernant le lit, compte tenu des difficultés à se mouvoir et de ses douleurs, madame B. a besoin d'un lit médicalisé. Il améliore le confort, facilite les transferts ainsi que les soins pour les intervenants extérieurs. Souvent critiqués par les patients pour leur aspect « tube chromé » d'hôpital, la tendance est d'habiller leurs têtes et pieds avec des revêtements stratifiés bois, afin de les mettre en harmonie avec le mobilier. Ce lit est à hauteur variable et équipé d'un relèvement buste, le tout actionné électriquement. Il est mobile grâce à quatre roulettes pivotantes pouvant être freinées afin de l'immobiliser (Figure 15). La prise en charge à la location par la Sécurité sociale inclut deux options :

⁷⁷ J. Callanquin, C. Camuzeaux, P. Labrude, *Le matériel de maintien à domicile*, 4^{ème} édition, Masson, 2008, 330 pages.

- les barrières pliables et amovibles ;
- la potence permettant de prendre appui pour se relever.



Figure 15 - Le lit médicalisé avec barrières pliables amovibles et potence

Le tarif de location hebdomadaire LPPR est de 16,01 € TTC LPPR. Il est ajouté un forfait de livraison de 96,04 € TTC lors de son installation. Le pharmacien (qu'il intervienne par le biais d'un prestataire ou non) s'assure de sa bonne installation et de la sécurité du patient lors de son utilisation ; celle-ci passe par :

- l'installation dans un environnement libre de tout meuble ou objet pouvant entraver son bon fonctionnement ;
- l'installation sur une surface suffisamment importante afin de permettre les transferts du patient en toute sécurité ;
- l'immobilisation lorsque la personne est seule pour éviter toute chute lors d'une prise d'appui sur celui-ci ;
- l'installation électrique correcte, ne laissant pas de fils électriques au sol et à proximité des articulations du lit.

Concernant le matelas, madame B. ne restant, dans un premier temps, alitée un grand nombre d'heures journalières, il faut avoir recours à un matelas anti-escarres en mousse, type gaufré (ex-classe I) permettant une bonne répartition de la pression (Figure 16). Attribué une fois par an, la prise en charge s'applique uniquement à la vente, incluant une alaise de protection en polyuréthane recouvrant le matelas de manière lâche et non bordée le matelas. Son tarif LPPR est de 132 € TTC.



Figure 16 - Le matelas mousse type gaufrier

L'environnement du lit peut dans notre cas, être enrichi d'accessoires souvent très pratiques, parfois indispensables mais rarement remboursés. Parmi ceux-ci, citons :

- la table de lit permettant de prendre ses repas, de lire ou d'écrire en restant au lit. Son armature en métal chromé, équipée de quatre roulettes, réglable en hauteur et surmontée d'un plateau en bois stratifié lui permet de se glisser sous le lit. Elle ne bénéficie cependant pas de prise en charge et son coût à l'achat varie de 60 à 100 € selon ses caractéristiques (Figure 17) ;



Figure 17 - La table de lit

- le fauteuil garde-robe, parfois appelé « chaise percée ». C'est une chaise classique mais dont l'assise (recouverte d'un « plateau-coussin » pour en améliorer le confort et l'esthétique) est percée afin d'y placer un sceau hygiénique. Cette chaise, étant donné la faible mobilité de madame B. lui permet d'économiser des allers et retours aux toilettes. Elle est généralement équipée de coussins sur le dossier et d'accoudoirs afin d'en améliorer le confort. Elle bénéficie d'une prise en

charge (102,62 €, tarif LPPR) pour le modèle de base auquel il est conseillé d'ajouter quatre roulettes permettant de faciliter les transferts aux personnes en charge de la toilette. Cette option implique un dépassement restant à la charge de la patiente.



Figure 18 - Le fauteuil garde-robe

La pince de préhension (commandée par une détente au bout d'un long manche), le chausse-pied à long manche, l'enfile-bas sont autant d'accessoires non pris en charge mais dont il faut parler à monsieur B. car ils facilitent certains actes de la vie quotidienne.

Il s'agit ensuite d'envisager l'endroit où madame B. va passer ses journées. Nous pouvons considérer qu'elle est au fauteuil la majorité du temps. Celui-ci doit présenter une assise permettant un soutien correct sans points de sur-appuis. Pour prévenir ceux-ci, on a recours à des coussins de prévention de l'apparition d'escarres. Le coussin gel, en fibres siliconées ou de type gaufrier, peut être conseillé (Figure 19).

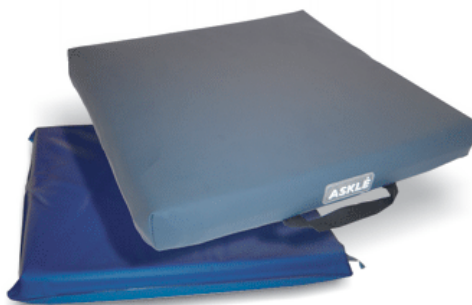


Figure 19 - Le coussin gel de prévention des escarres

Ils bénéficient tous les trois d'une prise en charge au remboursement à la condition d'une prescription (LPPR 66,63 € ou 102,50 € selon la classe de prévention). Ce type de produit est également accompagné d'une housse pouvant être lavée et désinfectée, d'un système facilitant le

transport (anse ou sac) et de produits constitutifs anallergiques. Ces coussins sont généralement munis d'une base antidérapante pour à son utilisateur de ne pas glisser sur le fauteuil.

Concernant les transferts lit-fauteuil et autres, il faut envisager l'utilisation :

- de la potence équipant le lit, qui facilite le lever de la patiente ;
- de la planche ou du disque de transfert qui facilite le travail de l'aide à domicile (environs 40 €) ;
- d'un déambulateur pour favoriser les déplacements dans la maison. Il en existe plusieurs modèles, mais pour madame B. un déambulateur, ou cadre de marche fixe, est plus adapté dans la mesure où sa capacité de préhension et de levage est mobilisable. La plupart des modèles en sont en Duralumin, très légers et maniables, leur faible largeur leur permettant de passer aisément dans les cadres de portes (Figure 20).



Figure 20 - Le déambulateur fixe ou cadre de marche

En cas d'impossibilité à le soulever, nous envisagerons la fourniture d'un rollator muni d'une paire de roulettes à l'avant et d'une paire de patins à l'arrière. Il présente cependant l'inconvénient d'entraîner la personne dans une perte d'équilibre en avant si elle ne sait pas bien le freiner, ainsi que d'être moins pratique en raison de sa plus grande largeur hors tout. Le prix de vente de 53,81 € TTC pour un cadre de marche fixe est entièrement pris en charge par la Sécurité sociale, mais est augmenté à la charge du patient pour le rollator.

1.3.3.2.2. Les pièces de vie

D'autres accessoires peuvent être installés et fixés aux murs, notamment des poignées à proximité de la cuvette des toilettes, aux passages délicats (marches, ...) (Figure 21).



Figure 21 – Les barres d'appuis

Ils peuvent être installés dans la mesure où ils n'atteignent pas l'intégrité des murs car madame B. est locataire. Le cas échéant, la pose de ceux-ci nécessiterait une autorisation du propriétaire. Leurs tarifs varient de 50 à 150 € en fonction des tailles et des fonctionnalités.

1.3.3.2.3. La salle de bain

Des solutions d'adaptation doivent être discutées avec la personne en charge de la toilette. Le pharmacien doit être en mesure de proposer des matériels visant à pallier les difficultés rencontrées à chaque étape de la toilette :

- la barre d'accès amovible, amarrée et s'adaptant sur tous les rebords de baignoire est souvent très appréciée comme point d'appui fixe, le patient étant en dedans ou en dehors de la baignoire (Figure 22) ;
- les planches de transfert permettent d'accéder à la baignoire par translation, en restant assis dessus, le patient peut prendre une douche en position assise ;



Figure 22 – La barre d'appui amovible adaptable sur le rebord de la baignoire

- les sièges et tabourets de bain permettent à la patiente de gagner quelques centimètres en hauteur par rapport au fond de la baignoire (Figure 23) et de pouvoir prendre une douche en position assise.



Figure 23 – Les sièges et tabourets de bain

Aucun de ces matériels n'est inscrit à la LPPR, mais ils peuvent cependant faire l'objet d'un dépôt de dossier à la CRAM (le pharmacien doit établir des devis et ne rien facturer tant que l'accord de la CRAM n'est pas donné) afin de bénéficier d'un financement global des aides techniques conditionnant le MAD (cf.III.1.3.3.3.4.). Le pharmacien donne les adresses des services de la CRAM (cf. Annexe 10) afin que monsieur B. y retire le dossier de demande correspondant (téléchargeable également sur internet).

1.3.3.2.4. L'incontinence

Rappelons que l'incontinence de madame D. est en partie due à ses incapacités physiques. Les aides humaines (SSIAD, aide à domicile) et matérielles (fauteuil garde-robe) lui permettent de limiter cette incontinence. La prise en charge est orientée vers une stratégie de maintien ou de gain d'indépendance vis-à-vis de la continence. Il convient d'envisager la fourniture de matériels destinés à pallier les fuites urinaires. Le pharmacien doit être en mesure de donner des échantillons afin de faire choisir à madame B., le produit le plus adapté à son incapacité. L'orientation est faite en général sur deux types de produits, l'un pour assurer l'hygiène le jour et l'autre la nuit. Chaque produit se distingue par sa capacité d'absorption, sa forme et sa taille. Ces produits, bien que pris en charge dans la plupart des pays de l'Union européenne ne le sont pas en France. En revanche, ils peuvent faire partie intégrante du plan d'aide réalisé par le Conseil général et être ainsi financés en partie par l'APA. Les factures établies par le fournisseur, peuvent faire l'objet de contrôles. Il est conseillé de les garder précieusement.

Par ailleurs, étant donné les aides, l'usage des toilettes est facilité par l'achat d'un rehausse-WC qui, placé sur la cuvette, permet d'en augmenter la hauteur de 10 à 15 centimètres (Figure 24).



Figure 24 - Le réhausse-WC

Grâce à un moulage spécifique et un matériau lisse et confortable, il permet d'allier hygiène, ergonomie et confort. Il ne bénéficie pas de prise en charge mais son tarif se situe autour de 30 € et il peut également faire partie du plan de financement par la CRAM.

1.3.3.2.5. Système de surveillance à distance : la télé-assistance

Parce que madame B. se trouve à certains moments de la journée et toutes les nuits seule chez elle, elle est exposée à un manque d'assistance en cas de chute ou d'un autre accident. Il est indispensable d'avoir recours à un service de télé-alarme permettant d'« assurer une présence à distance », et de sécuriser madame B.. Le pharmacien doit expliquer le principe de ce système à monsieur B. (cf. II.1.1.5.2.) et être en mesure de lui délivrer des adresses d'organismes assurant ces services (cf. Annexe 10). Ces services, dont le coût mensuel varie de 15 à 50 € en fonction des options choisies et des ressources du demandeur, peuvent faire l'objet d'une participation dans le plan d'aide APA du Conseil général.

1.3.3.3. Les aides financières

En fonction de chaque service apporté et de chaque intervenant, le pharmacien doit être en mesure d'indiquer comment les financer. L'affectation des aides financières est précisée sur l'arbre décisionnel de la figure 14. Elles permettent de subvenir :

- aux aides humaines ;
- aux aides matérielles ;
- au financement du logement.

Après avoir listé ces aides, le pharmacien guide le patient, en lui expliquant :

- l'objectif de chacune d'elle ;
- les critères d'éligibilité ;

- la démarche à suivre pour l'obtenir.

Il précise ensuite les coordonnées des centres d'informations, des associations et des administrations qui sont en mesure de déclencher les demandes. Les aides auxquelles madame B. pourrait prétendre sont les suivantes :

1.3.3.3.1. L'aide à l'autonomie : l'APA

Étant donné l'âge de madame B. et son état de dépendance dans la réalisation des actes de la vie quotidienne, nous pouvons supposer qu'elle est éligible à l'APA. C'est une aide du département permettant de participer au financement de la prise en charge de l'autonomie de madame B..

Monsieur B. doit s'adresser soit au Conseil général, au CCAS, au CLIC, au PAIS ou au MAIA afin de retirer le dossier de demande d'APA (cf. Annexe 10). Il doit joindre au dossier complété :

- une photocopie du livret de famille ou de la carte d'identité, le cas échéant un extrait d'acte de naissance ;
- une photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu ;
- une photocopie du dernier relevé de taxe foncière sur les propriétés bâties ou non ;
- un RIB du demandeur ou de son tuteur.

Le dossier sera adressé au service de l'autonomie et de la solidarité du Conseil général du département de résidence de sa mère. Compte tenu de l'état clinique de celle-ci et de son état de dépendance, il doit faire remplir un certificat médical par le médecin traitant afin qu'une procédure d'urgence soit entamée. Le caractère d'urgence est toutefois apprécié lors de la première visite de l'assistante sociale au domicile. Il y a urgence lorsque l'absence d'aide immédiate est de nature à compromettre le MAD de la personne âgée. Sans procédure d'urgence le délai de versement sera au minimum de deux mois.

Une assistante sociale du département étudiera ensuite la situation de madame B. dans son environnement. L'objectif de cette étude est de déterminer les besoins que la perte d'autonomie implique et d'élaborer un plan d'aide pouvant inclure :

- un nombre mensuel d'heures d'aide à domicile, via un service prestataire ;
- des aménagements, des achats et des installations d'aides matérielles, ... (participation variable selon les départements) ;
- un système de télé-assistance ;
- un service de portage des repas.

Trois conditions sont nécessaires pour bénéficier de l'APA :

- que madame B. ait plus de 60 ans ;

- que la perte d'autonomie soit avérée. Celle-ci est évaluée à l'aide de la grille AGGIR (cf. I.2.1.4.) et seuls les niveaux 1 à 4 rendent éligible à l'APA ;
- que la résidence soit établie en France.

Madame B. répond, selon toute vraisemblance, à ces trois conditions, et peut bénéficier de l'APA. Le montant mensuel de l'aide est fonction du GIR dans lequel elle a été classée. À chaque GIR correspond un plafond d'aide. En fonction des ressources du bénéficiaire, il peut être demandé une participation de celui-ci au plan d'aide. Madame B. ne bénéficiant que du minimum vieillesse (donc moins de 682,67 € au 12.08.08) elle sera dispensée de participation si elle est éligible à l'APA (cf. II.2.1.2.4.).

1.3.3.3.2. L'aide au logement : l'APL, l'ALF, l'ALS

Si elles ne sont pas déjà en place, le pharmacien doit penser aux aides concernant le logement, d'autant plus que madame B. est locataire et ne bénéficie que de faibles revenus. Cette prestation permet de compléter le financement du logement, son montant est fonction du loyer mensuel et des revenus de madame B.. Le pharmacien doit communiquer à monsieur B. les coordonnées du bureau de la CAF le plus proche (cf. Annexe 10) où il lui sera remis un dossier de demande d'aide la plus adaptée à la situation de sa mère.

1.3.3.3.3. La garde à domicile

Étant donné l'urgence de la situation de madame B., il est conseillé à monsieur B. d'en faire la demande auprès de la caisse de Sécurité sociale. En effet, sa maman répond à une situation de retour à domicile après une hospitalisation qui, sans aide, pourrait l'obliger à une entrée en établissement. Le pharmacien explique qu'il s'agit d'une aide temporaire pour faire face à une situation difficile et urgente et pallier l'absence d'entourage à proximité. Les revenus de madame B. sont bien inférieurs au plafond de ressources permettant l'éligibilité à cette aide (1790 €). La CNAV prend en charge une partie des frais de garde à domicile en remboursant 80% de la dépense engagée. Le reste, à la charge de la patiente, peut ouvrir droit à une réduction d'impôt. Cependant, cette aide impose indirectement le recours à l'emploi d'une personne à domicile avec toutes les contraintes administratives et légales que cela implique. Elle peut néanmoins avoir recours à un organisme prestataire. Le reste des dépenses à charge de la personne peut faire l'objet d'une réduction d'impôt pour l'emploi d'une aide à domicile.

1.3.3.3.4. L'aide à l'aménagement du domicile de la CRAM

Cette aide, non obligatoire, permet de financer la réalisation de travaux d'aménagements et certains équipements conditionnant le MAD dans les situations de handicap. L'aménagement doit faire l'objet d'une étude de projet par une mission relais. Celle-ci se rend au domicile afin de déterminer les obstacles au MAD ainsi que les difficultés à réaliser les activités de la vie quotidienne. À l'issue de cette visite les devis établis vont, en fonction du montant des ressources de madame B. déterminer le montant de l'aide attribuée, de laquelle seront déduites les éventuelles participations de l'ANAH, l'APA, ... Cette aide n'est qu'une participation au financement que le patient doit compléter. Celle-ci peut financer des travaux d'aménagements ou simplement un ensemble de matériels nécessaires au MAD (siège de douche, rehausse WC, table de lit, ...). Le pharmacien fournit l'adresse des associations conventionnées par la CRAM (cf. Annexe 12) ainsi que celle des services de l'aménagement de l'habitat de la CRAM où monsieur B. peut retirer un dossier de demande afin que sa requête et la situation de madame B. soient étudiées.

En raison de la situation financière de madame B. et du fait qu'elle est locataire, des travaux d'aménagements plus conséquents au domicile ne sont pas envisageables. Les aides de l'ANAH et le crédit d'impôt ne pourront être mis en place dans cette situation.

En résumé, lors d'un accompagnement au MAD d'une personne âgée, le pharmacien doit procéder par étapes. En premier lieu, il convient de connaître l'état de santé et de dépendance de la patiente. Ces deux états conjugués à l'environnement donnent lieu à des besoins que le pharmacien doit recenser précisément. Il est souvent nécessaire d'envisager rapidement une aide humaine pour soutenir la personne dans la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne, la sécuriser et réduire son isolement. L'assistance humaine requiert un certain nombre de matériels techniques. Leur utilisation par la patiente ou les intervenants extérieurs permet de faciliter la réalisation des soins et la sécurisation de celle-ci dans la réalisation des différents soins quotidiens ou lorsqu'elle est seule. Afin d'être mises en place, ces aides humaines et matérielles requièrent des besoins financiers le plus souvent proportionnels aux revenus. La mise en place et le recours aux aides humaines et financières ne sont pas du ressort du pharmacien. En revanche, le caractère paramédical et social de sa profession justifie, qu'il occupe une place privilégiée dans l'orientation du patient. Il rassemble ainsi l'ensemble des facteurs de réussite d'un MAD (Figure 25).

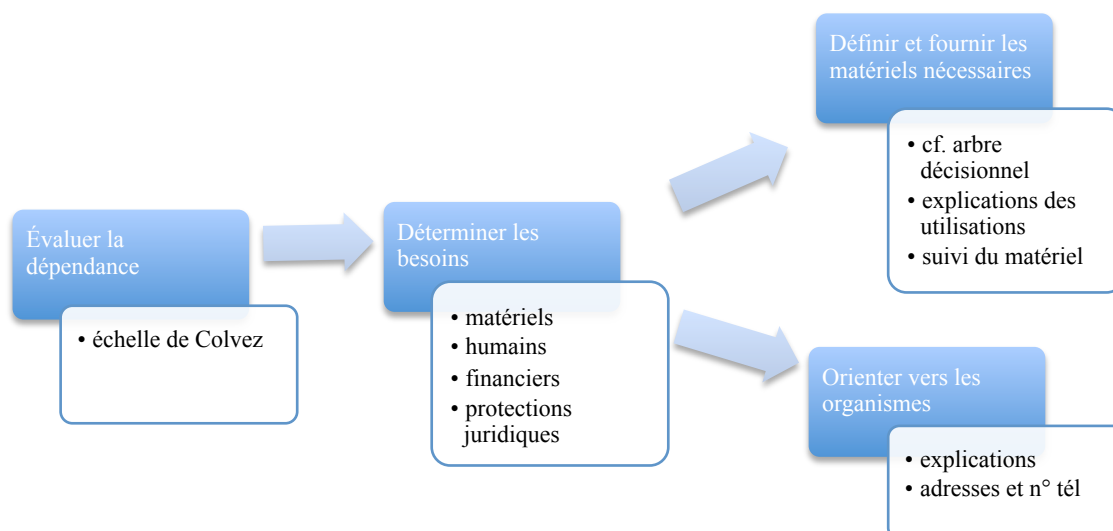


Figure 25 - Les étapes du conseil du pharmacien à une demande de MAD

2. Axes de réflexions autour des limites du maintien à domicile

Dans l'exercice de sa profession, le pharmacien se trouve régulièrement confronté à des situations complexes de patients âgés à domicile, dont l'état de santé fragile, combiné à une situation sociale précaire, entraîne inéluctablement une rupture de ce MAD. Nous entendons par « rupture du MAD », la rupture de l'équilibre interactif du patient avec son environnement.

Un second cas, cité en exemple dans l'ouvrage de B. Ennuyer, « Repenser le maintien à domicile »⁷⁸ a retenu notre attention car il n'est pas isolé. Nous en analyserons les faits marquants, et tenterons d'apporter des pistes de réflexion sur les améliorations possible dans la prise en charge globale d'un patient âgé à domicile, ceci afin d'optimiser les chances de succès, de valoriser l'activité de tous les intervenants et de respecter le désir et l'autonomie des personnes concernées.

2.1. Exposé du cas

Madame D., 85 ans, est veuve. Elle ne présente pas de maladie avérée, mais est limitée dans ses déplacements en raison de son vieillissement physiologique (cf. « 1.2.3. de Bouchon » I.1.3. Figure 3). Elle se plaint de douleurs articulaires, de perte d'équilibre et de troubles de la vue. Son médecin traitant (depuis 30 ans) la visite une fois par mois pour son suivi médical et le renouvellement de son ordonnance.

⁷⁸ B. Ennuyer, Repenser le maintien à domicile, 3^{ème} édition, Masson, 2006, 278 pages.

Elle vit seule dans une maison de 150 m² répartis sur deux niveaux. Sa chambre et la salle de bain sont à l'étage, tandis que les pièces de vie et les toilettes sont au rez-de-jardin.

Madame D. a deux filles. L'une, A., habite à 50 km et la visite tous les 15 jours, la seconde, B., habite à 750 km mais ne s'entend pas avec sa sœur ; elle visite sa mère en moyenne deux fois par an.

A. se rend compte que la maison « n'est plus tenue » et que sa mère commence à présenter des troubles cognitifs expliquant les sérieuses difficultés qu'elle semble éprouver dans la préparation de ses repas et l'entretien de sa maison. Une nuit, A. a même été contrainte de se déplacer car sa mère est tombée en trébuchant dans le tapis de la salle à manger en voulant se rendre aux toilettes ; un incident resté sans conséquence grave.

A. s'adresse au Conseil général afin que madame D. bénéficie d'une aide à domicile. Elle souhaite également que sa mère soit équipée d'un « médaillon autour du cou », système d'appel dont elle a entendu parler par des amis. L'assistante sociale du Conseil général, une fois le dossier d'APA déposé, réalise un plan d'aide. Madame D. est classée GIR 4, elle est donc éligible à l'APA et bénéficie :

- d'une aide ménagère 2 heures 3 fois par semaine, pour les travaux ménagers et laver le linge ; le coût est de 437,84 € par mois pris en charge par l'APA à hauteur de 347,34 €, le solde étant à la charge du bénéficiaire ;
- d'un service de télé-alarme pour 42 € mensuels dont 26,90 € (64%) pris en charge par l'APA.

L'amie de madame D. et A. s'organisent pour lui faire les courses.

De nombreux intervenants, dont l'assistante sociale, ont conseillé à madame D. l'installation d'un WC chimique au second étage. Pourtant, cette solution réalisable sans aucune contingence technique a été catégoriquement rejetée par madame B., non pour une question d'argent, mais parce que, selon ses propres termes, elle a « toujours vécu comme ça » et ne veut pas modifier ses habitudes de vie.

La situation s'est stabilisée pendant 5 ans pour finalement se dégrader plus encore.

La mobilité physique de madame D. s'étant fortement dégradé, son entourage estime qu'il ne lui est tout simplement plus possible d'emprunter seule et en toute sécurité ses escaliers. A. et B. la pressent de faire installer des sanitaires à l'étage mais leur mère leur oppose toujours une fin de non-recevoir.

Par manque de temps, l'aide à domicile n'arrive plus à assurer les tâches ménagères de plus en plus nombreuses. B. souhaiterait que sa mère soit placée, mais A. ne partage pas cet avis et les relations entre les deux sœurs s'enveniment à ce sujet.

Enfin après de nombreuses chutes dont une grave, madame D. est hospitalisée quinze jours. À l'issue de la rééducation, elle souhaite revenir chez elle. Le médecin et l'assistante sociale du centre de rééducation acceptent un retour à domicile, mais sous certaines conditions :

- l'utilisation d'un déambulateur (ou cadre de marche fixe) pour les déplacements ;
- l'installation de barres d'appuis ;
- l'augmentation du nombre d'heures d'aide à domicile ;
- l'installation de toilettes au premier étage ou au minimum d'un fauteuil garde-robe ;
- l'intervention d'un SSIAD les matins pour la toilette, excepté les week-ends et jours fériés.

L'assistante sociale du Conseil général est de nouveau intervenue à la demande de A., et le plan d'aide a été révisé. Madame D. est désormais classée GIR 2 et le nouveau plan d'aide prévoit :

- une aide ménagère 2 heures par jour, dimanches et jours fériés compris ; le coût est de 1 152,38 € mensuels pris en charge par l'APA à hauteur de 922,38 € le solde restant à la charge de madame D. ;
- un service de téléalarme pour 42 € mensuel, pris en charge à 64 % par l'APA.

La fourniture et l'installation des barres d'appuis sont restées à la charge de la patiente car ils ne relèvent pas de l'APA (4 barres pour 120 € et 52 € de main d'œuvre).

Par ailleurs, après s'être renseignée auprès du pharmacien de sa mère, A. obtient la fourniture d'un fauteuil garde-robe avec roulettes remboursé à hauteur de 102,62 € à la LPPR (le dépassement restant à la charge de la patiente). Ce dernier est installé dans sa chambre, qui dispose également d'un lit médicalisé avec barrières pliantes et potence à la location (16,01 € hebdomadaire inscrit à la LPPR) ainsi que d'un matelas de prévention des escarres classe IA à l'achat (137 € inscrit à la LPPR). Le tout sur prescription du médecin traitant.

La situation se stabilise ainsi pendant 10 mois, mais madame D. est de plus en plus désorientée. Elle ne descend plus que rarement au rez-de-jardin et prend ses repas dans sa chambre. Lors d'un week-end de quatre l'aide à domicile est remplacée par une nouvelle employée qui ne connaît pas la patiente. Par manque de confiance pour sa nouvelle aide, madame D. descend dans sa cuisine et chute lourdement. Elle a été ré-hospitalisée en urgence pour une fracture du col du fémur.

Dès lors, madame D. n'exprime plus vraiment le réel désir de retourner vivre chez elle, sans pour autant avoir une idée précise sur son avenir.

B. décide d'en parler avec l'assistante sociale et le médecin de l'hôpital qui proposent un placement en maison de retraite. Devant la répétition d'une situation qu'il juge sans issue, le médecin traitant « baisse les bras » et considère que ce choix sera finalement le meilleur. B.

convainc sa sœur du bienfondé de sa décision. Après un passage de deux mois dans un service de soins de suite, madame D. marche à nouveau et regagne en partie son indépendance.

Elle est finalement placée en maison de retraite médicalisée mais décède 7 mois plus tard, à l'âge de 92 ans d'un syndrome de glissement⁷⁹.

2.2. Analyse du cas

Ce cas est intéressant à deux titres. D'une part il correspond à une situation couramment vécue par des personnes âgées vivant à domicile ; d'autre part, ce dernier se veut être un cas dans lequel le MAD n'a pas correctement répondu *in fine* au choix de vie de madame D. puisqu'il s'est fatalement soldé par un placement en institution.

Résumons chronologiquement les étapes de ce cas :

Madame D. a 85 ans. Elle est seule chez elle et n'a pas d'aide hormis celle de son entourage familial se limitant à ses deux filles dont une seule est proche géographiquement. Son environnement n'est pas optimal, les pièces de vie étant réparties sur 2 étages. Elle exprime le désir de rester à son domicile.

Madame D. tombe chez elle sans conséquence grave. Une prise en charge est mise en place, elle implique :

- une aide humaine pour les actes essentiels de la vie quotidienne ;
- un service de télé-assistance.

La situation se stabilise pendant 5 ans. Madame D. tombe de nouveau. Elle est hospitalisée mais désire revenir chez elle. La prise en charge est révisée et implique :

- l'augmentation du nombre d'heures d'aide à domicile ;
- la poursuite du service de télé-assistance ;
- la mise en place d'un service à la personne, le SSIAD ;
- l'aménagement matériel de l'environnement.

La situation se stabilise pendant 10 mois. Madame D. tombe de nouveau et se fracture le col du fémur. Elle est hospitalisée 15 jours, puis placée en maison de rééducation et enfin en maison de retraite. Elle décède 7 mois plus tard.

Analysons les différents facteurs qui ont limité le MAD dans sa réalisation. Ils concernent la patiente elle-même, mais également les aides extérieures dont elle a, ou non, bénéficié.

⁷⁹ Ce syndrome se caractérise par une détérioration globale des fonctions intellectuelles, un désintérêt pour toutes choses, un refus de se mouvoir et de s'alimenter. Le plus souvent cette pathologie est consécutive à une maladie ou un accident. Son pronostic est très défavorable.

2.2.1. Le maintien à domicile limité par la patiente elle-même

La problématique concernant les aménagements n'est pas isolée.

Il est conseillé à madame D. d'installer des sanitaires à l'étage pour éviter des trajets nocturnes dans l'escalier. Son refus n'est pas lié à une raison financière ni même aux travaux d'installation, mais à une raison d'ordre strictement personnelle.

Nous sommes confrontés à une limite du MAD due à la personne elle-même. Madame D., est en mesure de comprendre, d'apprécier, de raisonner et d'exprimer un choix, mais elle n'est pas consciente du bienfondé de l'aménagement suggéré et compromet elle-même son MAD.

Plus généralement, la personnalité du patient constitue un élément à prendre en compte.

Le domicile est « une partie de soi » que le patient n'accepte pas de voir envahi par de nouveaux matériels ou aménagements. Il faut considérer l'importance du « chez soi » ; ce domicile et les objets qu'il abrite sont souvent la continuité de l'identité d'une personne.

Cependant, dans la mesure où les personnes concernées opposent une fin de non-recevoir, comment organiser un MAD dans de telles conditions ?

Peut-on forcer une personne à modifier ses habitudes, dans l'ultime but de respecter son choix de vie ?

Où s'arrête le respect de l'autonomie, où commence la non-assistance d'une personne âgée en danger ?

Dans le cas étudié, il aurait semblé opportun d'opérer en amont un travail de prise de conscience, de raisonnement et d'agrément par la patiente dans la mesure où son autonomie est préservée. En théorie, cet accompagnement se serait avéré optimal, mais dans les faits et au vu de la personnalité de madame D., obtenir son accord se serait avéré délicat.

Hors de ce contexte, d'après F. Gzil, lorsqu'une personne n'est plus capable d'autonomie, « ce n'est pas agir dans son intérêt que de suivre ses préférences du moment, car celles-ci n'expriment plus une autonomie, elles ne s'enracinent plus dans le choix d'un genre de vie ». Lorsque l'indépendance décisionnelle est altérée (maladie d'Alzheimer par exemple), il convient de prendre en compte non seulement les souhaits et les refus mais aussi ses valeurs. Lorsque les valeurs ne sont plus assez robustes pour constituer une identité, nous devons tenir compte des préférences exprimées lorsque la personne était encore lucide⁸⁰.

⁸⁰ F. Gzil, La question éthique du respect de l'autonomie, *Ann Med Psychol*, 10.1016, Paris 2009.

En tant que professionnels de santé soucieux de respecter une certaine éthique, même s'il est difficile d'apporter une réponse unique à des situations diverses, il est de notre devoir d'agir toujours dans le respect de l'autonomie de la personne.

2.2.2. D'une action en aval à une action en amont

Après la première chute, A. prend conscience de la nécessité de recourir à une aide à domicile pour sa mère. Suite à l'intervention de l'assistante sociale, la configuration des lieux est étudiée et il est envisagé certaines aides. Par la suite, la seconde chute de madame D. entraînant son hospitalisation est le facteur déclenchant d'un nouveau plan d'aide, renforçant les moyens humains et matériels. La fracture du col fémur sécurisera définitivement madame D. qui sera placée en maison de retraite. Une chute met au jour la situation précaire de madame D. et ce n'est qu'après ces accidents qu'interviennent les acteurs susceptibles de sécuriser sa situation. Ce sont des interventions *a posteriori*.

Il nous semble que le MAD est avant toute chose une action de prévention. Quelles que soient les étapes dans la prise en charge (détermination des besoins, mise en place d'une aide à domicile, fourniture d'un matériel précis, *etc ...*), chacune d'elles correspond à un objectif de prévention. L'action *a posteriori*, comme dans ce cas, est alors transformée en une action *a priori*.

Dans l'optique d'un tel MAD, par quel(s) moyen(s) les professionnels intervenant à domicile pourraient-ils optimiser leur action en amont ?

C'est à partir d'une mise en commun des expériences de chacun et d'une réflexion autour de cette question centrale, que nous apporterons les éléments permettant de détecter les situations à risques.

2.2.3. Sans communication, pas de maintien à domicile

Il nous semble que la communication est inhérente à la notion de prévention.

Les personnes intervenantes auprès de madame D. en vue de son MAD sont :

- A. et B. (sa famille) ;
- le médecin traitant ;
- le pharmacien ;
- l'assistante sociale ;
- l'aide ménagère ;
- le personnel hospitalier à deux reprises.

L'assistante sociale, l'aide ménagère et le personnel hospitalier n'interviennent qu'après la première chute.

C'est l'hospitalisation d'urgence qui va mettre au jour une situation passablement dégradée, laquelle sera en conséquence réévaluée.

Paradoxalement, le personnel hospitalier pose des conditions au retour à domicile. Nous devons saluer le travail des acteurs hospitaliers et leur volonté de rétablir un état stable et la sécurité de madame D. à son domicile.

Cette démarche de prévention demeure pourtant une démarche marginale en milieu hospitalier. Certes, l'hôpital a un rôle sanitaire de premier plan à jouer, mais il n'a pas en règle générale, de « culture du domicile », et la connaissance des multiples réponses « sociales » pour décider unilatéralement du devenir des patients hospitalisés.

Tout comme les généralistes, les équipes hospitalières (médecins, infirmières, assistantes sociales) sont au cœur des processus des MAD « fragiles », et là aussi, il nous semble que l'avenir de ces derniers passe par une concertation, une communication accrue entre les services hospitaliers, les services au domicile et la famille.

Nous notons l'absence d'intervention du pharmacien au début des difficultés de madame D. Il n'est pas précisé dans ce cas si elle avait des contacts directs et réguliers avec l'officine. Néanmoins, à 85 ans, son médecin, renouvelant son ordonnance tous les mois, il y a tout lieu de penser que madame D., fréquentait la pharmacie.

Aussi, en tant qu'intervenant à l'interface du sanitaire et du social, le pharmacien n'aurait-il pas également un rôle de communication à jouer ?

Le médecin généraliste, duquel émanent souvent les initiatives, est le pivot de la prise en charge. En effet, les liens tissés avec le patient, la connaissance de son histoire clinique et souvent personnelle, lui permettant de mieux cerner ses besoins. Le médecin traitant reste l'interlocuteur privilégié dans l'organisation du MAD (cf.II.1.1.2.).

Dans notre cas, et dans bon nombre d'autres, cette notion de communication autour du médecin nous paraît souvent limitée. Il ne s'agit pas ici de reporter la responsabilité de la rupture du MAD sur le médecin généraliste, mais plutôt de signaler que les autres intervenants pourraient informer le médecin traitant lorsqu'ils soupçonnent une situation à risque.

Autre pilier la communication, la famille demeure incontournable dans la plupart des situations d'accompagnement à domicile.

Dans le cas étudié, la famille se limite à A. et B. et, sans porter de jugement, il semble que la relation personnelle et affective avec la mère soit limitée. Elle est un frein au MAD et entraîne

un manque d'aide, mais également un manque de communication. La famille est normalement l'interlocuteur privilégié.

Étant donné la mésentente entre A. et B., il est difficile pour A. de prendre seule des décisions, sachant que B. la contredira par la suite. Nous touchons ici aux limites de l'aide apportée par la famille car son implication est largement tributaire des relations antérieures au sein de la famille. Sans être totalement absente, la famille n'exerce pas pleinement son rôle en raison de discordances dans les projets de devenir entre les deux filles, l'une privilégiant le MAD selon la volonté de sa mère, l'autre proposant l'institutionnalisation, contre son gré mais *a priori*, justifiée par le handicap de celle-ci.

Notons toutefois que, dans la majorité des cas, la famille est très présente, la solidarité familiale étant une tradition en France et contribuant souvent au succès du MAD (cf.II.1.1.1.).

Cependant, cette aide risque de se réduire dans un avenir proche du fait de l'évolution des valeurs familiales et des modes de vie plus individualistes (cf. I.4.2.2.2.). Dans cette hypothèse, elle sera plus souvent secondée par l'aide professionnelle, raison pour laquelle la communication entre ces deux types d'aides devra être renforcée. Les coûts du MAD, en faisant intervenir cette aide professionnelle, en seront augmentés.

En résumé nous pensons qu'optimiser la communication pourrait constituer l'une des pistes de réflexion pour optimiser la pratique du MAD de la personne âgée.

Celle-ci devrait s'articuler autour de trois types d'aides (Figure 26) :

- la famille ;
- les intervenants du domicile ;
- les acteurs hospitaliers.

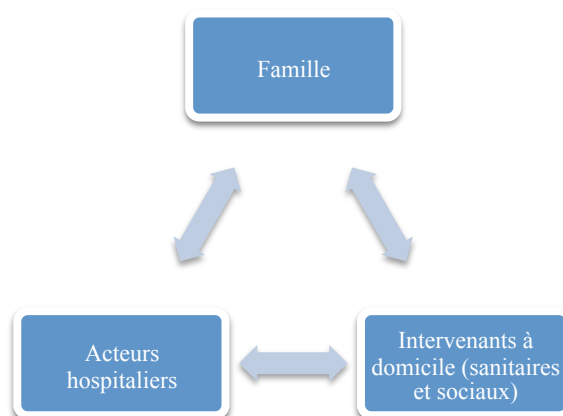


Figure 26 - La communication autour de la personne âgée à domicile.

2.2.4. L'adaptation du patient au personnel intervenant

Le personnel intervenant à domicile constitue souvent une limite au succès du MAD.

En effet, les salariés souvent employés de prestataires de service, sont astreints aux durées légales de travail et ne peuvent pas de ce fait, assurer une présence tous les jours, dimanches et jours fériés compris.

Dans le cas étudié, le remplacement de l'aide à domicile a, en partie, été la cause d'une rupture du MAD.

Plus généralement, c'est une relation de confiance qui lie la personne âgée et les intervenants extérieurs ; il est humain en effet, qu'une personne âgée ait un *a priori* méfiant sur certains intervenants extérieurs à son domicile. Lorsque ces derniers sont remplacés (congrés annuels ou maladie), la personne est déstabilisée, et la confiance mutuelle peut être altérée.

Comment pourrions-nous limiter cet impact sur la personne ?

Serait-il envisageable que l'aide à domicile ne repose non plus sur une personne, mais sur une équipe d'intervenants ?

Par ailleurs, le non remplacement d'un intervenant pendant un week-end prolongé, peut aussi laisser la personne seule et isolée plusieurs jours. Lorsque la famille n'est pas sur place, ou doit s'absenter elle aussi, la situation peut vite devenir critique.

Ce problème des intervenants nous semble essentiel dans la réflexion à opérer concernant la réussite du MAD.

La constitution de l'équipe intervenante et la régularité de ses prestations sont des axes essentiels de la réflexion sur la réussite du MAD.

2.2.5. Un investissement financier conséquent, mais insuffisant

Il n'est pas question ici de remettre en cause l'investissement de fonds publics pour madame D., mais plutôt de s'interroger sur son montant et son utilisation. Nous l'avons déjà évoqué, une autre limite du MAD est le coût qu'il représente (cf. I.4.2.5.1.).

Les moyens financiers mis en œuvre pour le MAD de madame D. sont essentiellement constitués de l'APA (464,74 € mensuels pendant 4 ans, puis 949,28 € mensuels pendant 10 mois) financée par le Conseil général, mais nous devons tenir compte également de tous les aménagements que madame D. a payé personnellement et de sa participation mensuelle au plan d'aide. Il convient d'ajouter la participation de la Sécurité sociale pour l'intervention du SSIAD pendant 10 mois ainsi que les locations et achats de matériels de MAD.

Observons la répartition des coûts du MAD de madame D. (Tableau 8 et Figure 27).

Au total, en 7 ans de prise en charge à domicile, l'investissement a été d'environ 46 700 € (soit 6 600 € par an). Ces sommes ont été conséquentes mais étaient-elles suffisantes ?

	Conseil général	Sécurité sociale	Madame D.	TOTAL
APA	31 820,00		6 668,00	38 488,00
SSIAD		6 732,00		6 732,00
Barres d'appuis			450,00	450,00
Fauteuil garde-robe		102,62	53,00	155,62
Déambulateur		53,81		53,81
Location lit		640,00		640,00
Forfait livraison lit		96,04		96,04
Matelas		137,00		137,00
Totaux	31 820,00	7 761,47	7 171,00	46 752,47
Proportion %	68,06	16,60	15,34	100,00

Tableau 8 - Répartition des coûts des 7 ans de MAD de madame D.

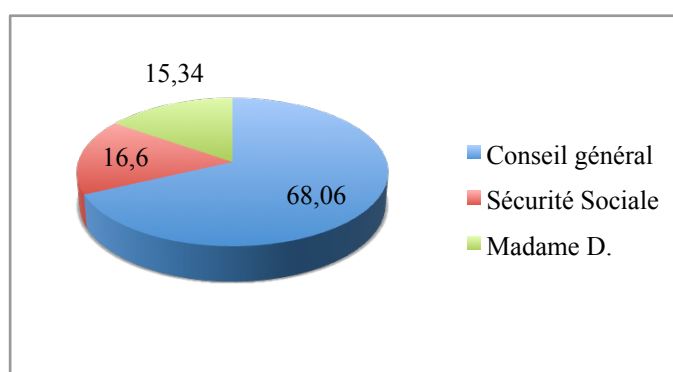


Figure 27 - Répartition des coûts en % du MAD de madame D.

2.2.5.1. Un temps d'intervention limité

Le temps d'intervention de l'aide à domicile tel qu'il est prévu dans le plan d'aide ne suffit plus à madame D. au bout de cinq ans. Plus généralement, lorsque ce temps n'est plus suffisant, il entraîne une « non-sécurisation » de la personne dans son environnement et contraint souvent la famille à s'impliquer d'avantage. Les situations engendrées pourraient être déterminantes dans la décision d'hébergement.

Selon le récent décret d'application relatif à la prestation de compensation à domicile pour les personnes handicapées, il est prévu d'attribuer un temps d'aide quotidien de 5 heures pour l'entretien personnel, la toilette, l'habillage, l'alimentation, l'hygiène de l'élimination, le déplacement à l'intérieur du logement. Un rapport de la Cour des comptes de novembre 2005⁸¹ estime qu'en moyenne la moitié seulement de l'aide nécessaire est indemnisée par l'APA, ceci en évaluant le besoin d'aide maximal à 3,5 heures par jour ; ce chiffre est par ailleurs avancé par

⁸¹ Décret n°2005-1591 du 19/12/2005 relatif à la prestation de compensation à domicile pour les personnes handicapées, paru au J.O. du 20/12/2005.

les gériatres d'hébergement concernant les soins personnels qui ne constituent qu'une partie de ce dont a réellement besoin la personne qui est seule à son domicile.

Une augmentation du nombre d'heures d'intervention permettrait-elle d'optimiser la finalité du MAD à savoir la sécurisation de la personne à son domicile ?

Le seul cas traité ici ne suffit pas à apporter une réponse, tant celle-ci serait dépendante d'enquêtes statistiques qu'il serait intéressant de réaliser, dans le but de faire évoluer les pratiques.

2.2.5.2. Des coûts mal répartis dans le temps

Il est certes difficile d'émettre des hypothèses à l'égard de la situation de madame D., tant sa fragilité physique et sa dépendance influencent la survenue d'évènements entraînant la rupture de son MAD.

Si nous évaluons le coût total de prise en charge de madame D. (tous types d'hébergements confondus) nous intégrons les coûts moyens des deux hospitalisations et des soins de rééducation. Au total, sur 7 ans de prise en charge, nous estimons ces coûts à environ 85 000€ (Tableau 8) (coût moyen estimé des journées d'hospitalisation. Source : CHU de Lyon⁸²)

	APA	Hospitalisation	Matériels	SSIAD	Maison de retraite, financée en partie par l'APA en établissement	Proportion du coût de la période (%)	Coûts cumulés
De M0 à M59	27435					34 %	27435
de M59 à M60		7940				9 %	35375
De M60 à M70	13824		1093	6732		28 %	57024
De M70 à M71		15000				16 %	72024
De M71 à M78					10500	13 %	82524
TOTAL	41259	22940	1093	6732	10500	100%	82524

Tableau 9 - Répartitions des coûts en € de la prise en charge de la dépendance de madame D. pendant les 78 mois de sa prise en charge

En observant leur répartition dans le temps, nous constatons que les postes de dépenses sont plus importants sur la fin de vie de madame D. car alourdis par ses deux hospitalisations. Ainsi de M0 à M60 (soit 5 ans) il a été dépensé 35 375 € (soit 44 % du coût total) alors que de M60 à M78, (soit 1 an et demi), il a été dépensé 47 150 €.

⁸² www.chu-lyon.fr/internet/accueil_usagers/accueil_patient_hosp/frais_hospitalisation.html, consulté le 17 février 2009.

Supposons que les investissements d'aménagements, acceptés par madame D. et éventuellement financés par une participation de l'APA, de la CRAM, de l'ANAH et de la patiente soient réalisés dès le début de son MAD ; elle s'en trouverait alors, selon toute vraisemblance, plus sécurisée ce qui diminuerait sa probabilité de chute. Nous les évaluons à environ 6 000 €, incluant l'installation de barres d'appuis, de sanitaires adaptés à l'étage ou d'un monte-escalier. Rassemblons l'ensemble de ces données au sein d'un même graphique afin d'effectuer une comparaison de coûts (Figure 28).

Nous ne pouvons exclure le fait que madame D. ne chute dans ces circonstances plus sécuritaires, il est cependant réaliste de penser que dans notre cas, sécuriser d'avantage l'environnement permet de diminuer la probabilité de chute.

Certes, pendant les 60 premiers mois, les coûts cumulés seraient plus importants que dans le cas clinique, mais les deux hospitalisations successives, conséquence des chutes, entraînent des coûts cumulés importants, dépassant ceux de notre hypothèse, qui auraient pu, selon toute vraisemblance, être évités.

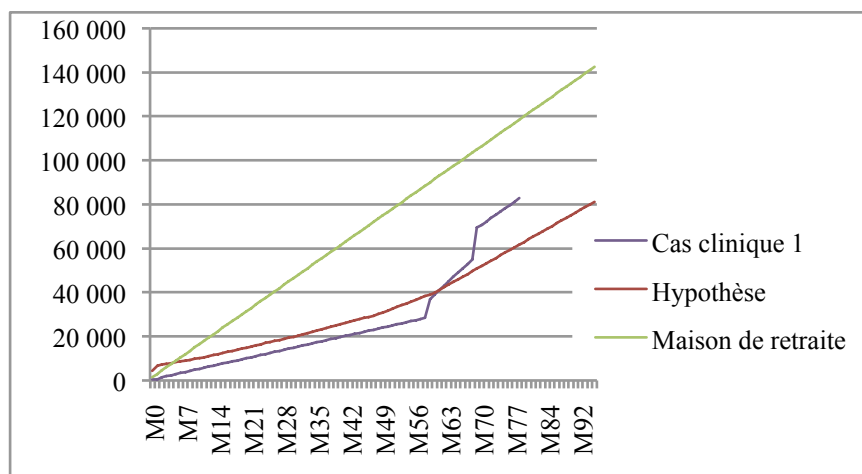


Figure 28 - Coûts cumulés de la prise en charge de la dépendance au cours du temps

Nous ne pouvons nous permettre de généraliser ce cas à toutes les situations de MAD. Cependant la question suivante mérite d'être posée :

Y-a-t-il un lien entre un investissement plus conséquent *a priori* et la durée du MAD ?

Quelqu'en soit la réponse, étayée par des enquêtes et des statistiques, il faudra considérer que des années de vie gagnées, un confort et une sécurité de vie à domicile en cohérence avec une volonté exprimée, n'ont pas de prix.

Au travers de ce cas, reflet d'une situation à domicile fréquente, nous avons pu nous rendre compte que le MAD pouvait être limité en pratique. Ces limites concernent soit le patient, soit les intervenants, soit les moyens d'aide. Autour de ces trois limites, nous nous sommes interrogés sur ce qui nous semble être des axes de réflexions sur l'évolution qui permettrait d'optimiser la pratique du MAD :

- où s'arrête le respect de l'autonomie, où commence la non-assistance d'une personne âgée en danger ?
- la communication pourrait-elle constituer la base de la réussite du MAD ?
- une augmentation du nombre d'heures d'intervention permettrait-elle d'optimiser la finalité du MAD : la sécurisation de la personne à son domicile ?
- y a-t-il un lien entre un investissement plus conséquent *a priori* et la survenue d'une rupture de MAD ?

Toutes ces questions nous semblent mériter d'autres études et réflexions à étayer par des enquêtes statistiques basées sur le retour d'expériences de chaque professionnel.

Ce dernier cas exposé ne peut, à lui seul, apporter des réponses, mais nous a permis de cibler une liste non exhaustive d'axes de réflexions.

Nombreux sont les intervenants qui pourraient témoigner de la situation désastreuse de certaines personnes âgées vivant à leur domicile.

Quoiqu'il en soit, nous devons tous œuvrer pour respecter et offrir au travers de nos divers métiers, ce que certaines personnes considèrent comme un choix de vie : « vieillir chez soi, en toute dignité ».

Arrivés au terme de ce travail, nous mesurons l'ampleur des enjeux qu'impose le vieillissement de la population. Notre société va se trouver confrontée dans un avenir proche à des changements démographiques dominés par une espérance de vie accrue, une proportion croissante de personnes âgées exposées aux risques de la dépendance. Dans la continuité de notre vie, la vieillesse est faite de hauts et de bas, de réussites et d'échecs. Pour bon nombre d'entre nous, la réussite de ce vieillissement passe par une vie à domicile aussi longtemps que cela est possible, car notre domicile autant que les objets qu'il peut abriter sont le plus souvent considérés comme la continuité de notre propre identité.

Les objectifs de notre travail étaient de faire le point sur les aspects du MAD, de recenser et de décrire les moyens d'aides nécessaires à connaître et d'aboutir à un raisonnement type pour un accompagnement global de qualité d'une personne âgée dépendante à domicile.

Les notions essentielles à connaître dans la pratique du MAD sont nombreuses et leurs sémantiques méritent d'être maîtrisées afin d'apprécier avec exactitude la situation d'une personne.

La pluralité des moyens d'aide pour répondre à la dépendance et à la perte d'autonomie d'une personne fait que, dans les années à venir, le pharmacien d'officine aura, au delà de son rôle de fournisseur de matériel médical, une mission de conseil primordiale à assurer. Pour cela, il est indispensable qu'il connaisse les aides existantes, leur attribution et les conditions d'éligibilité. C'est au travers de chacune de ces missions (fournisseur et conseiller) que le pharmacien agira préventivement et minimisera les risques encourus. L'accompagnement de la personne dépendante à domicile par le pharmacien doit se faire par étapes :

- l'évaluation du niveau de dépendance de la personne ;
- la détermination des besoins en rapport avec les handicaps de la personne et ceux en rapport avec son environnement ;
- la fourniture des matériels nécessaires ;
- l'information et l'orientation de la personne vers les aides humaines nécessaires ;
- l'information et l'orientation de la personne vers les organismes traitant des aides financières dont elle pourra bénéficier ;
- l'information et l'orientation de la personne sur les protections juridiques dont elle peut bénéficier.

Au delà du pharmacien, tous les intervenants professionnels doivent agir de manière préventive. La culture du domicile est avant tout une culture de « l'accompagnement quotidien », c'est-à-dire d'un cheminement avec une personne pour l'aider à accomplir sa vie et à garder le plus longtemps possible, voire jusqu'au bout, son identité psychique et sa dimension de personne à

part entière. Cela ne passe pas que par la prestation d'actes techniques ou psychosociaux, plus ou moins codifiés et certifiés, dans un habitat. C'est une culture du lien social et de l'accompagnement caractérisé par une proximité physique (au domicile), allant de pair avec une prise de distance psychique des professionnels ou de la famille, qui permette, autant que faire se peut, que l'autonomie de la personne soit respectée (dans la mesure où ses capacités cognitives sont conservées).

La pratique du MAD présente cependant certaines limites que nous avons pu présenter au travers du dernier cas. Ce seul cas ne peut, par son analyse, répondre à des questions qui nous semblent constituer des axes de réflexion concernant les possibles améliorations à apporter à un MAD. Elles concernent principalement :

- l'acceptation par le patient de son état ;
- l'adaptation au patient et la communication des personnels intervenants ;
- les moyens de financements du MAD.

Le MAD est une activité de plus en plus pratiquée, par ailleurs source d'emplois et favorisant le développement d'activités de services à la personne. Il a pour but principal de réunir les compétences de chacun au service du choix de vie d'une personne. Néanmoins, les évolutions technologiques récentes et à venir, susceptibles d'offrir des perspectives de sécurisation du patient et d'assistance interactive accrue, nous amèneront à rester vigilants quant au strict respect des normes éthiques qui doivent continuellement fonder notre réflexion et nos prises de décisions.

Au travers de ce travail destiné au pharmacien d'officine et par extension à tous les intervenants à domicile, nous espérons avoir fait prendre conscience que le MAD tel qu'il est pratiqué aujourd'hui doit évoluer, et faire l'objet de campagnes de communication pour demander à la fois plus de moyens pour les personnes âgées dans le besoin, mais aussi plus de soutien pour leurs aidants. C'est en raisonnant ainsi que nous arriverons à considérer ce temps de la vieillesse pour ce qu'il est : la vie qui continue.

Bibliographie sélective

- A. Bruat, La Dépendance des personnes âgées et l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, Bibliothèque Médecine, Nancy, 01.2004, 38 pages, p.5.
- ANAES, Méthode d'élaboration d'une démarche de soin type à domicile pour une population définie de personnes en situation de dépendance, mai 2004, 138 pages, p. 10-11.
- J. Belmin, C. Berbezier et al, Le vieillissement, Med-line éditions, Paris 2003, p. 11, 14.
- P. Breuil-Genier, Aides aux personnes âgées dépendantes : la famille intervient plus que les professionnels, Économie et statistiques, n°316-317, 1998, p.24.
- A.M. Brocas, L'allocation personnalisée à l'autonomie et la prestation compensation handicap au 30 juin 2008, Études et Résultats, DREES, n°666, 10/2008, 6 pages.
- J. Callanquin, C. Camuzeaux, P. Labrude, Le matériel de maintien à domicile, 4^{ème} édition, Masson, 2008, 330 pages.
- Le collège national des enseignants de gériatrie, Corpus de gériatrie, Tome 1, 2000, 185 pages.
- CREDOC, Approche du coût de la dépendance des personnes âgées à domicile, 12/2005.
- Conseil Général de la Dordogne, Guide du soutien à domicile, référentiel des intervenants auprès des personnes âgées et / ou handicapées, 02/2006, 35 pages.
- DREES, Les SSIAD et l'offre de soins infirmiers à domicile en 2002, études et résultats n°350, novembre 2004
- M. Duée, C. Rebillard, La dépendance des personnes âgées, une projection en 2040, données sociales, INSEE, 2006.
- N. Duteheil, L'action sociale des communes de 5000 à moins de 200 000 habitants, Études et résultats, DREES, n°307, 04/2004
- B. Ennuyer, L'aide aux aidants, au delà du « mot d'ordre », l'ambivalence de toute une société vis-à-vis de la vieillesse, in Alzheimer, l'aide aux aidants, 2004, p.27-31.
- B. Ennuyer, Les malentendus de la dépendance, Dunod 10/2002, 330 pages, p.114.
- Fondation nationale de gérontologie, Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, 1999.
- B. Ennuyer, Repenser le maintien à domicile, Dunod, 06/2007, 278 pages.
- H. Gisserot, Rapport à Monsieur Philippe Bas, Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025. Prévisions et marges de choix. Rendu le 20/03/07.
- J.Gordin, Un grand problème gériatrique, l'évaluation de la perte d'autonomie, Revue de Gériatrie, 1980, tome 5, n°8, p.361.
- F. Gzil, La question éthique du respect de l'autonomie, Ann Med Psychol, Paris 2009.
- INSEE, Les chiffres clés de la population française, 2005.
- V. Larmignat, Quel accompagnement pour les personnes dépendantes ? Actualités Sociales Hebdomadaires, , 2001, n°2216, p.24.

- P. Marini, A. Vasselle, Mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, 07/2008, note de synthèse du Sénat.
- P. Meire, I. Neiryneck, Le paradoxe de la vieillesse, De Boeck Université, 1997, 169 pages.
- Pr. Menard, Rapport Alzheimer, 11/2007, 118 pages.
- D.Noblot-Peltier, Rôle du médecin généraliste dans le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes en milieu rural, thèse de doctorat en médecine, Nancy, 1996, 303 pages.
- Ordre national des pharmaciens, La pharmacie d'officine en France, Livre blanc Janvier 2008, 79 pages, p. 36.
- D. Piveteau, CNSA, de nouveaux droits pour un nouveau risque, Retraite et société, 2006, n°47, p.160.
- I. Robert-Bobée, Projection de population 2005-2050 pour la France métropolitaine, INSEE résultats, 09/2006.
- I. Simeone, F. Tanzi, Le maintien à domicile des personnes âgées : limites, dangers et responsabilités, La revue de gériatrie, tome 8, n° 4 et 5.
- J.C. Sourniat, Dictionnaire des Personnes âgées, de la retraite et du vieillissement, 1984, Ed. Franterm, 118 pages.
- URCAM, Le Besoin de soins en France, évaluation des besoins de soins en France, étude nationale, 01/2007.
- S. Weber, Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, Guide à l'usage du médecin généraliste, Thèse de doctorat en médecine, Nancy, 1997, 371 pages, p.176.
- Whood PHN, Classification of imperments, disabilities and handicaps, Genève, WHO, 1980, 207 pages.
- www.carladom.com consulté le 24 novembre 2008.

Annexes

- Annexe 1 - Dossier de demande d'APA à domicile
(*Conseil général de la Moselle*)
- Annexe 2 - Exemple de plan d'aide (*Conseil général de la Meurthe-et-Moselle*)
- Annexe 3 - Dossier de demande de subvention de l'ANAH (propriétaire occupant)
- Annexe 4 - Formulaire *cerfa* n°11375-01 de demande d'aide à l'amélioration de l'habitat.
- Annexe 5 - Liste des équipements d'une maison facilitant la vie d'une personne âgée et éligible au crédit d'impôt.
- Annexe 6 - Barème de ressource national pour la prestation d'aide ménagère de la CNAV.
- Annexe 7 - Formulaire *cerfa* n° 11469-01 de déclaration d'embauche d'un salarié.
- Annexe 8 - Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante.
- Annexe 9 - Formulaire *cerfa* n°13592-01 de demande de mandat de protection future sous seing privé.
- Annexe 10 - Carnets d'adresses pour la prise en charge d'une personne âgée dépendante à domicile en Meurthe-et-Moselle, Meuse, Moselle, Vosges.
- Annexe 11 - Arbre décisionnel nécessaire à la prise en charge matérielle d'un patient en maintien à domicile

DEMANDE D'AIDE A DOMICILE D'UNE PERSONNE DE SOIXANTE ANS OU PLUS

- Auprès du Conseil Général au titre de l'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE
- Auprès du Conseil Général au titre de l'Aide Sociale
- Auprès d'une Caisse de Retraite au titre de l'Action Sociale

NOM ET PRENOM DU DEMANDEUR :

Ce dossier comprend :

- une fiche de présentation de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)
- une notice explicative sur l'Action Sociale des Caisses de Retraite et les services ménagers à domicile pris en charge par l'Aide Sociale
- une demande d'aide à domicile
- un certificat médical

L'ensemble du dossier est à retourner, dûment rempli et signé, à l'adresse suivante :

DIRECTION DE LA POLITIQUE DE L'AUTONOMIE

Allocation Personnalisée d'Autonomie
28-30 avenue André Malraux
57046 METZ CEDEX 1

Tél. : 03.87.56.31.31

ATTENTION : VEILLER A BIEN AGRAFER L'ENSEMBLE DU DOSSIER
(AVEC LES PIÈCES A JOINDRE)



A CONSERVER

L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA) A DOMICILE

LOI N° 2001-647 DU 20 JUILLET 2001 RELATIVE À LA PRISE EN CHARGE DE LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET À L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE MODIFIÉE PAR LA LOI N° 2003-289 DU 31 MARS 2003.

Décrets n°2001-1084, 2001-1085 du 20 novembre 2001 modifiés par le Décret n°2003-278 du 28 mars 2003 relatif aux conditions d'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

Décrets n°2001- 1086, 2001-1087 du 20 novembre 2001.

POUR QUI ?

- Toute personne âgée de 60 ans ou plus, résidant en France, qui se trouve dans l'incapacité d'assurer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liées à son état physique ou mental, a droit à une Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) permettant une prise en charge adaptée à ses besoins.
- La perte d'autonomie est définie comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière.
- L'APA concerne les personnes classées dans les groupes 1 à 4 de la Grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources) qui en compte 6.

POUR QUOI ?

Une prestation en nature accordée dans les limites de tarifs fixés par voie réglementaire et destinée :

Selon le plan d'aide recommandé par l'équipe médico-sociale :

- Avoir recours aux prestations d'associations ou d'organismes d'aide à domicile agréés.
 - Rémunérer le(s) salarié(s) que la personne âgée emploie, qui ne peut être ni son conjoint, ni son concubin, ni la personne avec laquelle elle a conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS).
 - Financer d'autres aides (téléalarme, articles d'hygiène...) directement liées à la perte d'autonomie.
- Une prestation non cumulable avec :
- L'Aide Ménagère (de l'Aide Sociale du Département).
 - L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP).
 - La Majoration pour Tierce Personne (MTP).
 - La Prestation Expérimentale Dépendance (PED).

A CONSERVER

COMMENT EN BÉNÉFICIER ?

- En déposant un dossier de demande au :

Conseil Général de la MOSELLE
Direction de la Politique de l'Autonomie
Division de l'Autonomie
Service de l'Instruction des Prestations
28/30 avenue André Malraux - 57046 METZ cedex 01

- Après instruction administrative et évaluation médico-sociale du besoin d'aide.
- Sur décision du Président du Conseil Général.

QUEL MONTANT AU 1^{ER} JANVIER 2008 ?

- Le montant de l'APA est égal au montant du plan d'aide utilisé par le bénéficiaire diminué d'une participation financière à sa charge.
- La participation financière du bénéficiaire varie en fonction de ses ressources.

MONTANT DES RESSOURCES	PARTICIPATION
inférieures à 677,25 €	Pas de participation
de 677,25 € à 2 698,89 €	Participation financière proportionnelle aux revenus
supérieures à 2 698,89 €	Participation égale à 90% du montant du plan d'aide

- Les montants maximums de l'APA varient en fonction du Groupe Iso-Ressources (GIR) défini pour la personne âgée :

GIR 1	→ 1 208,94 €
GIR 2	→ 1 036,19 €
GIR 3	→ 777,32 €
GIR 4	→ 518,55 €

- ☞ Pour tout renseignement ou envoi de dossier de demande d'APA

☎ Numéro d'appel :
03.87.56.31.31.
du lundi au vendredi
de 8 h 30 à 12 h et 13 h à 16 h 30

Conseil Général de la Moselle
Direction de la Politique de l'Autonomie
Division de l'Autonomie
Service de l'Instruction des Prestations
28/30 avenue André Malraux
57046 METZ Cedex 01

A CONSERVER

L'ACTION SOCIALE DES CAISSES DE RETRAITE
pour les personnes âgées à domicile

Outre la gestion des retraites, les organismes de protection sociale sont chargés de développer sur leur territoire de compétence respectif [département pour la *Mutualité Sociale Agricole (MSA)* et le *Régime Social des Indépendants (RSI)*], région Alsace-Moselle pour la *Caisse Régionale d'Assurance Vieillesse (CRAVAM)*, grand-est pour la *Caisse de Sécurité Sociale dans les Mines de l'Est (CARM EST)*], une politique d'action sociale en faveur de leurs retraités.

Celle-ci est destinée en particulier à leurs ressortissants qui ont besoin d'une aide à domicile mais ne peuvent bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie en raison de leur niveau de perte d'autonomie.

☞ **Toutes ces caisses de retraite attribuent des prestations individuelles de maintien à domicile, en fonction de règles propres à chaque institution**

☞ Pour connaître les prestations servies par chaque organisme (aide ménagère, garde à domicile, aide à l'amélioration de l'habitat...), **adresses-vous à votre caisse de retraite principale :**

- ☒ CAISSE REGIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE D'ALSACE-MOSELLE (CRAVAM)
36 rue du Doubs 67011 STRASBOURG Cedex 1 ☎ 03.88.65.20.21
- ☒ CAISSE REGIONALE DE SECURITE SOCIALE DANS LES MINES DE L'EST (CARM EST)
21 avenue Foch BP 60570 57018 METZ Cedex 1 ☎ 03.87.39.73.73
- ☒ MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE (MSA)
17 avenue André Malraux 57778 METZ Cedex 9 ☎ 03.87.55.76.90
(Service Social)
- ☒ RÉGIME SOCIAL DES INDEPENDANTS INDÉPENDANTS (RSI)
Antenne de METZ 48 rue Mazelle 57045 METZ ☎ 03.87.74.24.63

A CONSERVER

**LES SERVICES MENAGERS A DOMICILE PRIS EN CHARGE
PAR L'AIDE SOCIALE DU CONSEIL GENERAL**

Pour les personnes âgées de plus de 60 ans qui ont besoin d'une aide ménagère à domicile mais qui :

- ne peuvent pas bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en raison du niveau de leur perte d'autonomie,
- ne peuvent pas bénéficier de l'action sociale de leur caisse de retraite,
- disposent de ressources d'un montant inférieur au plafond d'attribution du minimum vieillesse.

Si vous remplissez ces trois conditions, l'équipe médico-sociale chargée de votre dossier d'APA pourra être amenée à vous proposer cette prestation afin d'assurer la prise en charge de votre aide ménagère à domicile.

Cette prestation est soumise à une instruction administrative complémentaire et aux règles traditionnelles de l'Aide Sociale.



DEMANDE D'AIDE A DOMICILE

A COMPLETER PAR LE DEMANDEUR

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION	
ARRIVEE A LA DIRECTION DE L'AUTONOMIE	DOSSIER INCOMPLET LE :
N° de dossier	DOSSIER COMPLET LE :

AIDE DEMANDEE

Selon l'aide sollicitée ou la situation de la personne qui en fait la demande, ce dossier peut être transmis au Conseil Général ou à la Caisse de Retraite du demandeur

- Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile
 Aide Ménagère à Domicile Aide sociale
 Caisse de retraite

	LA PERSONNE POUR LAQUELLE L'ALLOCATION EST DEMANDEE	LE CONJOINT OU LA PERSONNE VIVANT MARIITALEMENT ⁽¹⁾
NOM (MARTIAL POUR LES FEMMES)		
NOM DE JEUNE FILLE		
PRENOM		
DATE ET LIEU DE NAISSANCE	__/__/__ à	__/__/__ à
NATIONALITE (FRANCAISE, UNION EUROPEENNE, AUTRE A PRECISER)	Date d'arrivée en France : __/__/__	Date d'arrivée en France : __/__/__
N° DE SECURITE SOCIALE		
RÉGIME DE RETRAITE PRINCIPALE (CRAV, CRAM, CAN, MSA, ORGANIC, SNCF, Autres...)		
N° DE RETRAITE		
		Profession le cas échéant :

⁽¹⁾ Il peut s'agir du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle le demandeur a conclu un pacte civil de solidarité (PACS)

DEMANDEUR : NOM PRENOM
Suite du formulaire de demande d'APA à **envoyer** (page 2 sur 3)

SITUATION FAMILIALE

- CELIBATAIRE MARIE(E) VIVANT MARITALEMENT TITULAIRE D'UN PACS
 DIVORCE(E) VEUF(VE) depuis le | | | |
LIEU DE RESIDENCE DU CONJOINT OU DE LA PERSONNE VIVANT MARITALEMENT :
 DOMICILE ETABLISSEMENT

ADRESSE ACTUELLE

- DOMICILE PERSONNEL** Depuis quelle date y demeurez-vous ? | | | |

N° - RUE :
COMMUNE :
CODE POSTAL : Tél. :

- PROPRIETAIRE
 LOCATAIRE
 LOGE A TITRE GRACIEUX
 USUFRUITIER
 A quelle date avez-vous quitté votre domicile personnel ? | | | |

AUTRE DOMICILE

- FAMILLE D'ACCUEIL AGREEE Date d'arrivée : | | | |
 FOYER LOGEMENTS Date d'arrivée : | | | |
 AUTRE DOMICILE (enfants...) Date d'arrivée : | | | |

LIEN DE PARENTE :
NOM :
N° - RUE :
COMMUNE : CODE POSTAL :

ADRESSE PRECEDENTE (A ne remplir que si l'intéressé(e) est soit en foyer logement, soit en famille d'accueil agréée, soit réside en Moselle depuis moins de 3 mois)

NOM :
N° - RUE :
COMMUNE : CODE POSTAL :

Date de départ de ce domicile : | | | |

Précisez s'il s'agissait :

- Famille d'accueil agréée Foyer logement Domicile personnel Autres (à préciser) :

DEMANDEUR : NOM PRENOM
Suite du formulaire de demande d'APA à **envoyer** (page 3 sur 3)

COORDONNEES DE VOTRE MEDECIN TRAITANT

NOM - ADRESSE - Tél. :
Souhaitez-vous sa présence lors de la visite de l'équipe médico-sociale ? oui non

AUTRES RENSEIGNEMENTS

BENEFICIEZ-VOUS DEJA (vous-même ou votre conjoint) ? :

- de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) oui non Montant mensuel :
- de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) oui non Montant mensuel :
- de la Prestation Expérimentale Dépendance (PED) oui non Montant mensuel :
- de l'Aide Ménagère à Domicile oui non
si oui : Nombre d'heures mensuelles :
Organisme intervenant :

Bénéficiez-vous actuellement d'une majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) ? (joindre copie de la notification) OUI NON

Par quel organisme :

Le cas échéant, précisez si vous faites l'objet d'une mesure de : sauvegarde de justice curatelle tutelle (joindre la copie du jugement)

En cas de refus de ma demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie, j'autorise le Président du Conseil Général à transmettre mon dossier à l'organisme compétent pour accorder une prise en charge de services ménagers :

OUI NON

PERSONNE A CONTACTER

Pour tout renseignement complémentaire nécessaire à l'instruction du dossier (visite d'évaluation à domicile ou en cas d'urgence) :

NOM - Prénom : QUALITE ou PARENTE :

N° RUE.....

CODE POSTAL COMMUNE.....

Tél. domicile : Tél. professionnel : Tél. portable :

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur que les renseignements contenus dans cette demande sont exacts et m'engage à signaler tout changement concernant ma situation.

DISPOSITIONS RELATIVES A LA LOI DU 6 JANVIER 1978

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 qui protège les droits et libertés individuels. Conformément à l'article 27 de cette loi, les personnes auprès desquelles sont recueillies les informations nominatives sont informées que toutes les réponses aux différents questionnaires sont obligatoires. Un défaut de réponse entraînera des retards ou une impossibilité dans l'instruction du dossier. Cette loi garantit également un droit d'accès et de rectification des données aux personnes concernées auprès du Conseil Général de la Moselle.

A
le

Nom et signature du demandeur
ou de son représentant (précisez la qualité)



DECLARATION DES RESSOURCES

perçues l'année civile précédant la demande

NOM et Prénom du demandeur :

RESSOURCES ANNUELLES	MONTANT ANNUEL perçu par le DEMANDEUR	MONTANT ANNUEL perçu par le CONJOINT, CONCUBIN ou la PERSONNE avec qui le demandeur a conclu un PACS
Pensions et retraites (y compris retraites complémentaires) Indiquer le nom de l'organisme payeur ↳ ↳ ↳ ↳		
Pensions étrangères ; (joindre les justificatifs) ↳ ↳		
Salaires ↳ ↳		
Pension invalidité (préciser le nom de l'organisme payeur) ↳ ↳		
Indemnités journalières ↳ ↳		
Avantages en nature (chauffage, loyer...) ↳ ↳		
Rente viagère (préciser le nom de l'organisme payeur) ↳ A-t-elle été souscrite dans le but de vous prémunir contre la perte d'autonomie ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Pensions alimentaires versées par les enfants ↳ ↳		

ETES VOUS PROPRIETAIRE ?

OUI

NON (vous n'avez pas à remplir le tableau ci-dessous)

SI VOUS ETES PROPRIETAIRE : REMPLIR OBLIGATOIREMENT LE TABLEAU CI-DESSOUS

Joindre la photocopie du (des) dernier(s) relevé(s) de la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties

BIENS IMMOBILIERS (propriétés bâties et non bâties)				
Situation au 31 décembre de l'année civile précédant la demande				
Désignation (immeubles, terrains...)	ADRESSE	USAGE	MONTANT ANNUEL des loyers ou fermages	valeur locative (1)
Résidence Principale		<input type="checkbox"/> Occupé - par (2) <input type="checkbox"/> Non occupée <input type="checkbox"/> Louée		
A U T R E S		<input type="checkbox"/> Non loué - non exploité <input type="checkbox"/> Loué		
		<input type="checkbox"/> Non loué - non exploité <input type="checkbox"/> Loué		
B I E N S		<input type="checkbox"/> Non loué - non exploité <input type="checkbox"/> Loué		
		<input type="checkbox"/> Non loué - non exploité <input type="checkbox"/> Loué		

(1) La valeur locative est indiquée sur l'avis des taxes foncières ligne (base) ou sur le relevé cadastral
 (2) Indiquez le cas échéant le lien de parenté

Je soussigné(e), agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant *, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus et déclare avoir pris connaissance des dispositions de l'article L 133-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles qui stipule que "le fait de percevoir frauduleusement ou de tenter de percevoir frauduleusement des prestations au titre de l'Aide Sociale" est puni des mesures prévues aux articles 313-1, 313-7 et 313-8 du Code Pénal.

* Rayer la mention inutile

Fait à le SIGNATURE :



CERTIFICAT MEDICAL

ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

Cher Confrère,

Dans l'intérêt de votre patient, je vous remercie de bien vouloir lui remettre, sous pli confidentiel, ce certificat médical circonstancié pour qu'il le joigne à son dossier de demande d'**Allocation Personnalisée d'Autonomie**.

Je me permets de vous rappeler que l'équipe médicale et l'ensemble des services sont astreints au secret professionnel (article 226-13 du nouveau Code Pénal).

Comptant sur votre collaboration, je vous prie d'agréer, Cher Confrère, l'expression de mes salutations distinguées.

Ce certificat médical est à retourner sous **pli confidentiel** à l'adresse suivante :

DIRECTION DE LA POLITIQUE DE L'AUTONOMIE

Division de l'Autonomie
28-30 avenue André Malraux
57046 METZ CEDEX 1

Tél. : 03.87.56.31.31

Le Médecin Contrôleur
des Lois d'Aide Sociale

ETAT-CIVIL

NOM : Prénom :

NOM de Jeune Fille :

Date de Naissance :

Adresse :

A transmettre sous pli cacheté - **SECRET MEDICAL** -

Taille : Poids :

PATHOLOGIES PRINCIPALES motivant la demande

Diagnostic médical :

Date de début des troubles :

Autres pathologies ayant un retentissement sur la vie quotidienne et contribuant à la demande :

DEFICIENCES INTELLECTUELLES et/ou TROUBLES DU PSYCHISME ou du COMPORTEMENT

Trouble(s) de la mémoire, de l'orientation :

Dernier score MMS réalisé :

Trouble (s) du comportement :

- inversion rythme nyctéméral
- fugues
- agressivité
- autres :

Trouble(s) de l'humeur (dépression...) :

DEFICIENCES AUDITIVES

- non oui

Appareillage non oui

DEFICIENCES VISUELLES

- non oui (à préciser) :

Correction non oui

DEFICIENCES DU LANGAGE

- non oui type :

DEFICIENCES CARDIAQUE et/ou RESPIRATOIRE ayant un retentissement sur la vie quotidienne

- dyspnée (stade) :
- autres :
- oxygénothérapie à domicile

DEFICIENCES MOTRICES et de l'APPAREIL LOCOMOTEUR
 Paralytie MSD MSG MID MIG Côté dominant G D
 Trouble de l'équilibre non oui (à préciser) :
 Autre (s) trouble (s) fonctionnel (s) :
 Appareillage éventuel :

DEFICIENCES ENDOCRINIENNES
 Diabète : non oui complications : mal perforant non oui
 neuropathie non oui
 artériopathie non oui
 rétinopathie non oui
 hypoglycémie sévère avec malaises non oui
 Autres :

DEFICIENCES DIGESTIVES
 Trouble(s) de la déglutition, trouble(s) du transit, stomie :
 Incontinence anale : permanente occasionnelle

DEFICIENCES URINAIRES
 Type de trouble(s) :
 Incontinence urinaire : permanente occasionnelle
 Sonde urinaire
 Dialyse
 Couches Nombre par jour :

TRAITEMENT

Capacité à gérer son traitement : non oui

<p>INTERVENTION IDE EN COURS <input type="checkbox"/> 1 fois / jour <input type="checkbox"/> 2 fois / jour <input type="checkbox"/> soins particuliers (pansements, sondages, soins stomies, escarres...) <input type="checkbox"/> injections</p> <p>AUTRES PARAMEDICAUX EN COURS Auxiliaire de vie (toilette-habillage) <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Orthophoniste <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>	<p>ATTITUDE PSYCHOLOGIQUE <input type="checkbox"/> coopérante <input type="checkbox"/> opposant <input type="checkbox"/> indifférent <input type="checkbox"/> démissionnaire</p> <p>Sur la journée nécessite une surveillance : <input type="checkbox"/> constante <input type="checkbox"/> ponctuelle</p> <p>Peut faire avec stimulation : Toilette <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Habillage <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Alimentation <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Autres <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (à préciser)</p>
---	---

OBSERVATIONS EVENTUELLES

**CONSEQUENCES DES DEFICIENCES
 DETERMINATION DU GROUPE AGGR**

A : Fait seul totalement, habituellement, correctement
 B : Fait partiellement, non habituellement, non correctement
 C : Ne fait pas

	A, B ou C
COHERENCE : converser et/ou se comporter de façon logique et sensée	
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée, les lieux	
TOILETTE : hygiène corporelle : haut : A - B - C bas : A - B - C	
HABILLAGES : s'habiller, se déshabiller, se présenter + appareillage : haut : A - B - C moyen : A - B - C bas : A - B - C	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés : se servir : A - B - C manger : A - B - C	
ELIMINATION : assurer l'hygiène de l'élimination urinaire : A - B - C fécale : A - B - C	
TRANSFERTS : se lever, se coucher, s'asseoir	
DEPLACEMENTS INTERIEURS : avec <input type="checkbox"/> canne, <input type="checkbox"/> déambulateur, <input type="checkbox"/> fauteuil roulant	
DEPLACEMENTS EXTERIEURS : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
COMMUNICATION à distance : téléphone, sonnette, alarme	

A le
 Signature et Cachet

Horaires auxquels vous pouvez être joint à votre cabinet médical :

☎ :

A CONSERVER

**PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT A LA PRESENTE DEMANDE DANS
LE CADRE DE SON INSTRUCTION**

- CERTIFICAT MEDICAL rempli par le médecin traitant datant de MOINS DE 2 MOIS permettant d'évaluer le degré de perte d'autonomie
- Photocopie :
 - du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la Communauté Européenne ou de l'extrait de naissance
 - de la carte de résidence ou du titre de séjour pour les personnes de nationalité étrangère
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu
- Formulaire de déclaration des ressources joint à la demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie
- Photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et non bâties
- Justificatifs des revenus de placements soumis au prélèvement libératoire en application de l'Article 125A du Code Général des Impôts
- Si majoration pour tierce personne, copie de la notification
- Si vous percevez une rente viagère constituée par vous-même ou vos enfants pour vous prémunir contre le risque de perte d'autonomie, joindre les justificatifs
- Si jugement de mise sous tutelle, nom, adresse du tuteur, copie du jugement et relevé d'identité bancaire ou postal du tuteur
- Un relevé d'identité bancaire ou postal établi au nom du demandeur.

🔔 **RAPPEL** : VEILLER A BIEN AGRAFER L'ENSEMBLE DU DOSSIER
(AVEC LES PIECES A JOINDRE)



ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE – PROPOSITION PLAN D'AIDE en date du 30/07/2008

Dossier N°

Plan d'aide réalisé par :

Nature & détail de l'aide	Nombre d'heures & tarifs	APA				Montant non pris en compte par l'APA (5)	Plan d'aide souhaitable (6)	Destinataire du paiement, si différent du bénéficiaire ou de son représentant légal (7)
		Périodicité de paiement (1)	Payée par Conseil Général (2)	Participation du bénéficiaire (3)	Total APA (4)			
Aide à l'environnement Intervenant : ESPRIT TRANQUILLE . Présence d'une aide à domicile trois fois deux heures par semaine pour la réalisation des travaux ménagers, l'entretien du linge, les courses et éventuellement le soutien à la toilette.	26.00H à 16.84E	M	347.34	90.50	437.84		437.84	ESPRIT TRANQUILLE . 54520 LAXOU
Aides techniques Participation aux frais d'achat de protections (conserver les justificatifs).	60.00E	M	47.60	12.40	60.00		60.00	
S/total : paiement mensuel et direct au bénéficiaire			47.60	12.40	60.00	0.00	60.00	
S/total : paiement mensuel aux prestataires			347.34	90.50	437.84	0.00	437.84	
Total mensuel des prestations			394.94	102.90	497.84	0.00	497.84	
Total annuel des prestations versées mensuellement			4739.28	1234.80	5974.08	0.00	5974.08	
S/total : paiements ponctuels au bénéficiaire			0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
S/total : paiements ponctuels aux prestataires			0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
Total annuel des prestations ponctuelles			0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
Total annuel du plan d'aide			4739.28	1234.80	5974.08	0.00	5974.08	

- (1) M = paiement mensuel ; P = paiement ponctuel.
- (2) Partie de l'allocation personnalisée d'autonomie, financée par le conseil général.
- (3) Participation du bénéficiaire : Partie de l'allocation personnalisée d'autonomie, financée par le bénéficiaire en fonction de ses ressources et du plan d'aide.
- (4) Total de l'allocation personnalisée d'autonomie représentant la part financée par le conseil général (2) et la contribution du bénéficiaire (3).
- (5) Montant ne pouvant pas être financé par l'allocation personnalisée d'autonomie (dépassement de plafond de l'APA).
- (6) Aide qui devrait être apportée à la personne : y compris aides non financées par l'allocation personnalisée d'autonomie.
- (7) Zone renseignée, si le destinataire du paiement du détail de prestation est différent du bénéficiaire ou de son représentant légal



Propriétaire occupant

DELEGATION
N° de dossier
Date du dépôt
Réservé à l'Anah

DEMANDE DE SUBVENTION

Madame, Monsieur,

Vous demandez à l'Agence nationale de l'habitat (Anah), organisme financé par l'Etat, une subvention pour améliorer votre logement. Nous vous remercions de lire attentivement les informations suivantes avant de remplir votre dossier.

Seuls les travaux commencés après le dépôt de la demande de subvention à la délégation locale de l'Anah peuvent bénéficier d'une aide.

Les subventions de l'Anah sont attribuées par une Commission d'Amélioration de l'Habitat (CAH) du département où se situe le logement. Elle est composée de représentants de propriétaires et de locataires, de personnes qualifiées dans le domaine social et du logement et de représentants de l'administration.

Une subvention n'est pas automatique, elle est attribuée en fonction de l'intérêt économique, social et environnemental des travaux projetés et des crédits disponibles.

Pour être certain d'obtenir une subvention et en connaître le montant, vous devez attendre la décision de la commission d'amélioration de l'habitat.

Pour vous aider à remplir cet imprimé, reportez-vous à la notice explicative.

N'oubliez rien, et surtout pas de dater, de signer votre demande et de joindre l'ensemble des pièces justificatives demandées. Sinon, nous serions obligés de vous retourner votre dossier. Ce délai retarderait notre réponse.

Nous vous suggérons d'effectuer une copie de votre demande afin de conserver une trace des engagements que vous souscrivez.

Nous sommes à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Votre délégation locale

Vu les articles L.321-1 et suivants et R.321-1 et suivants du Code de la construction et de l'habitation. Vu le règlement général de l'Agence nationale de l'habitat. Vu la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés : les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'instruction de votre demande de subvention ainsi qu'à des exploitations statistiques. Les destinataires des données sont : les services de l'Agence, les organismes partenaires et, le cas échéant, la collectivité locale du lieu du bien concerné. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à la délégation locale de votre département. Vous pouvez également pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

1

IDENTITÉ DU DEMANDEUR DE LA SUBVENTION (voir notice explicative)

M. [] Mme [] M. et Mme []
Votre nom : Votre prénom :
Votre adresse :
Bâtiment : Escalier : Etage : Porte :
Code Postal : [][][][][] Commune :
Tél : [][][][][][][] Mèl :

PRÉCISIONS SUR L'OCCUPATION DU LOGEMENT (voir notice explicative)

Vous êtes [] propriétaire [] locataire
[] vous n'êtes pas propriétaire mais vous assurez la charge des travaux.
Dans tous les cas, indiquez le nombre de personnes occupant le logement : [][]
Revenu fiscal de référence cumulé de l'ensemble des occupants du logement
année N-2 [][][][][] ; année N-1 [][][][][] (si disponible)

DESCRIPTION DU LOGEMENT QUE VOUS VOULEZ AMÉLIORER

Adresse de ce logement (si elle est différente de l'adresse ci-dessus) :
Bâtiment : Escalier : Etage : Porte :
Code Postal : [][][][][] Commune :

Précisez l'année de l'achèvement du logement : [][][]
Le logement a-t-il fait l'objet d'une subvention de l'Anah dans les cinq dernières années : Oui [] Non []
Avez-vous bénéficié d'un Prêt à Taux Zéro (PTZ) du ministère du Logement au cours des dix dernières années pour ce logement : Oui [] Non []
Surface habitable du logement, après travaux, en m² : [][][][]
Précisez le nombre de pièces principales du logement après travaux : [][]
Décrivez le confort du logement : avant travaux après travaux
WC intérieur [] []
Salle de bains [] []
Chauffage central (ou appareils fixes électriques ou autres dans toutes les pièces) [] []
Le logement fait-il l'objet d'une procédure d'insalubrité ou d'un arrêté de péril : Oui [] Non []

TRAVAUX ENVISAGÉS

Décrivez les travaux que vous voulez réaliser :
Les travaux vont-ils être réalisés partiellement ou totalement dans le cadre du dispositif d'autoréhabilitation encadré
Oui [] Non []

2

VOS ENGAGEMENTS VIS-À-VIS DE L'ANAH

Je soussigné(e), nom et prénom :

● certifiée sur l'honneur⁽¹⁾ que :

- les renseignements portés sur la présente demande et sur les documents qui l'accompagnent sont exacts ;
- les travaux faisant l'objet de la demande ne sont pas commencés à la date de dépôt du dossier.

● m'engage à :

- occuper le logement admis au bénéfice de l'aide à titre de résidence principale pendant une durée minimale de 6 (six) ans au plus tard dans le délai d'un an après la date de réception par la délégation de l'Anah des pièces justifiant l'exécution des travaux ;
- aviser l'Anah par écrit, après le dépôt du dossier et jusqu'au terme des engagements d'occupation indiqués ci-dessus de toutes modifications qui pourraient être apportées au droit de propriété et aux conditions d'occupation du logement subventionné ;
- commencer les travaux dans le délai d'un an, à compter de la notification de la subvention ;
- faire réaliser les travaux, conformément au projet présenté, par des professionnels du bâtiment inscrits soit au registre du commerce, soit au répertoire des métiers ou dans le cadre d'une convention d'autoréhabilitation signée avec l'Anah ; sauf dans le dernier cas, l'intervention des entreprises doit comprendre la fourniture et la mise en œuvre des matériaux et équipements ;
- ne pas recourir à du travail clandestin ou dissimulé pour la réalisation des travaux ;
- en justifier l'exécution dans le délai de trois ans suivant la date de la décision de subvention ; à défaut, la subvention accordée serait annulée ;
- permettre à l'Anah de visiter les lieux et à lui communiquer les justificatifs et documents nécessaires à l'exercice du contrôle ;
- reverser à l'Anah, en cas de non respect des engagements ci-dessus, le montant des subventions reçues. Les sommes à reverser sont établies en tenant compte de la durée des engagements restant à courir à compter de la date de leur rupture ; celles-ci seront majorées de la variation de l'indice INSEE du coût de la construction entre la date du dernier versement et celle de la décision de reversement (les indices pris en compte seront les derniers indices publiés à ces dates) ; ainsi que des intérêts légaux en cas de non paiement dans les délais prescrits.

● reconnais être informé que :

- l'Anah se réserve la possibilité de faire des contrôles à tout moment et que le non respect des engagements ci-dessus entraîne l'annulation de l'aide et le reversement, dans les conditions mentionnées ci-dessus, de la subvention versée par l'Anah pour ce logement à laquelle est appliquée une majoration ;
- toute fraude m'expose, sans préjudice des poursuites judiciaires éventuelles, à l'interdiction de présenter des demandes pendant un délai pouvant atteindre cinq années et à des sanctions pécuniaires.

donne pouvoir à : Nom, prénom :

Adresse :

Code Postal : [] [] [] [] [] [] Commune :

pour déposer à la délégation locale la présente demande de subvention, et en conséquence, pour recevoir toute correspondance relative à cette demande.

Fait à, le [] [] [] [] [] []

Signature du demandeur ou de son représentant

⁽¹⁾Déclaration sur l'honneur : Toute fausse déclaration à l'occasion du dépôt de la demande ou de toute autre démarche vis-à-vis de l'Anah entraînera le retrait de l'aide allouée, le remboursement des sommes indûment perçues éventuellement majorées par décision du Conseil d'administration, et l'interdiction de déposer en tant que propriétaire ou en tant que mandataire, des dossiers de demande de subvention auprès de l'Anah et ce, sans préjudice de poursuites judiciaires. La loi rend possible d'amende ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fausses déclarations (art. L.441-1 du Code pénal).

COMPOSITION DE TOUT DOSSIER

● Avant le dépôt de votre demande de subvention, vérifiez que votre dossier est complet. Pour cela, il doit comporter :

- la présente demande de subvention remplie et signée ;
- les devis détaillés (précisant les quantités et les prix unitaires), descriptifs et estimatifs des travaux, présentés par une ou plusieurs entreprises inscrites au registre du commerce ou au répertoire des métiers ou par un maître d'œuvre ;
- le (ou les) plan(s) et croquis nécessaires à la compréhension du dossier ;
- le cas échéant, les études techniques et les diagnostics préalables aux travaux, et les devis correspondants ainsi que les prestations intellectuelles (Assistance à Maîtrise d'Ouvrage, maîtrise d'œuvre) ;
- en secteur sauvegardé, les accords administratifs requis par la réglementation.

Et selon le cas :

● Vous êtes propriétaire du logement :

- la copie de votre dernier avis d'imposition ou de non-imposition reçu de l'administration fiscale⁽¹⁾;

N. B. : si l'adresse figurant sur l'avis d'imposition ou de non-imposition est différente de l'adresse à laquelle sont réalisés les travaux, vous devez justifier, par tout moyen, de votre droit de propriété ou de votre droit réel conférant l'usage des locaux (photocopie de la taxe foncière, fiche d'immeuble, attestation de propriété ou fiche individuelle du propriétaire).

● Vous n'êtes pas propriétaire du logement et vous assurez la charge des travaux :

- vous êtes ascendant ou descendant du propriétaire :

- la copie de votre dernier avis d'imposition ou de non-imposition reçu de l'administration fiscale⁽¹⁾;
- la copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition de toutes les personnes occupant le logement⁽¹⁾;

- vous êtes titulaire d'un droit d'usage et d'habitation :

- une photocopie de l'acte notarié (ou une attestation notariée de même nature) instituant un droit d'usage et d'habitation sur le logement subventionné et indiquant le titulaire de ce droit ;
- la copie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition de toutes les personnes occupant le logement⁽¹⁾.

N. B. : dans les deux cas précédents, si l'adresse figurant sur l'avis d'imposition ou de non-imposition des personnes occupant le logement est différente de l'adresse à laquelle sont réalisés les travaux, ces personnes doivent justifier, par tout moyen, de leur droit de propriété ou de leur droit réel conférant l'usage des locaux.

● Vous êtes locataire du logement :

- le contrat de location ;
- la déclaration sur l'honneur selon laquelle votre propriétaire ne s'est pas opposé aux travaux et n'a pas déclaré les entreprendre lui-même.

Si vous effectuez les travaux dans le cadre du dispositif d'autoréhabilitation encadrée, vous devez fournir également :

- une copie de la convention conclue entre le propriétaire et l'opérateur et signée des deux parties, accompagnée du formulaire spécifique "charte Anah" pour l'encadrement des travaux réalisés en autoréhabilitation dûment rempli et signé par l'opérateur.

⁽¹⁾Il s'agit du dernier avis d'imposition (ou de non-imposition) reçu, c'est-à-dire l'avis reçu en N-1 concernant les revenus de l'année N-2 ou l'avis reçu en N-1 en N s'il atteste d'une baisse de revenus.

Cette demande de subvention ne vous dispense pas de toutes les autorisations administratives nécessaires à la réalisation des travaux tels que : déclaration de travaux, permis de construire, avis des services d'hygiène (se renseigner auprès de la mairie).



4.2 - Retraites complémentaires

TITULAIRES	Nom des organismes <i>Pour l'IRCANTEC, veuillez préciser également votre numéro d'allocation</i>	Versement M (mensuel) T (trimestriel) A (annuel)	DERNIER MONTANT PERÇU	
			en FRANCS	OU en EUROS
Demandeur			F	Euros
			F	Euros
			F	Euros
Conjoint			F	Euros
			F	Euros
			F	Euros
Autres personnes			F	Euros
			F	Euros
			F	Euros

4.3 - Autres ressources

NATURE	Versement M (mensuel) T (trimestriel) A (annuel)	DERNIER MONTANT PERÇU					
		Demandeur		Conjoint		Autres personnes	
		en FRANCS	OU en EUROS	en FRANCS	OU en EUROS	en FRANCS	OU en EUROS
Salaires							
Revenus professionnels non salariaux		F	Euros	F	Euros	F	Euros
Allocations de chômage - de préretraite		F	Euros	F	Euros	F	Euros
Indemnités journalières maladie, maternité, AT		F	Euros	F	Euros	F	Euros
Prestations familiales		F	Euros	F	Euros	F	Euros
Rentes accident du travail		F	Euros	F	Euros	F	Euros
Rentes ou pensions d'invalidité		F	Euros	F	Euros	F	Euros
Pensions veuve de guerre		F	Euros	F	Euros	F	Euros
Pensions militaires, y compris ascendants		F	Euros	F	Euros	F	Euros
Rentes viagères		F	Euros	F	Euros	F	Euros
Revenus locatifs, fermages		F	Euros	F	Euros	F	Euros
Revenus mobiliers		F	Euros	F	Euros	F	Euros
Allocations pour handicapés		F	Euros	F	Euros	F	Euros
Allocations spéciale ou d'aide sociale		F	Euros	F	Euros	F	Euros
Indemnités viagères de départ		F	Euros	F	Euros	F	Euros
Pensions alimentaires		F	Euros	F	Euros	F	Euros
Indemnités de repas, logement, chauffage, etc.		F	Euros	F	Euros	F	Euros
Autres : précisez lesquelles		F	Euros	F	Euros	F	Euros

5 - HABITATION NÉCESSITANT DES TRAVAUX

5.1 - Son adresse (à compléter si différente de l'adresse page 1)

Précisez, s'il y a lieu : villa - lieu-dit - lotissement - cité - résidence - escalier - étage - etc.

N° DANS LA VOIE NOM DE LA VOIE
 CODE POSTAL [] [] [] [] [] [] COMMUNE

5.2 - Type de résidence nécessitant des travaux

DOMICILE PRIVÉ FOYER LOGEMENT AUTRES Précisez

5.3 - À quel titre l'occupez-vous ?

PROPRIÉTAIRE LOCATAIRE HÉBERGÉ PAR UNE FAMILLE D'ACCUEIL
 USUFRUITIER SOUS-LOCATAIRE HÉBERGÉ PAR VOS ENFANTS
 HÉBERGÉ PAR UNE AUTRE PERSONNE

AUTRES SITUATIONS Précisez

5.4 - Travaux demandés

5.4.1 - Nature

.....

5.4.2 - Les travaux concernent-ils votre résidence principale ? OUI NON

Si NON, votre résidence secondaire est-elle destinée à devenir votre résidence principale dans les 12 mois suivant la fin des travaux ? OUI NON

5.4.3 - Avez-vous l'autorisation du propriétaire pour effectuer les travaux ? OUI NON

5.4.4 - Les travaux ont-ils déjà débuté ? OUI NON

5.5 - Participations financières éventuelles

de votre propriétaireF de vos enfantsF

5.6 - Avez-vous déjà obtenu une aide au cours des 5 dernières années ? OUI NON

Si OUI, auprès de quel organisme ?

5.7 - Pour ce logement, un des occupants a-t-il déjà obtenu une aide au cours des 5 dernières années ? OUI NON

Si OUI, précisez son identité

Pour quels types de travaux ?

.....

6 - DOCUMENTS À JOINDRE À VOTRE DEMANDE

- une photocopie de votre dernier avis d'impôt sur le revenu,
- le justificatif du dernier paiement de tous les revenus déclarés sur cette demande.

<ul style="list-style-type: none"> J'atteste sur l'honneur que les renseignements portés sur cette demande sont exacts. Je m'engage : <ul style="list-style-type: none"> à vous faire connaître toute modification de ma situation et de celles des personnes vivant au foyer et tout changement de domicile, à faciliter toute enquête. <p>Fait à Le</p> <p>Signature du demandeur,</p>	<ul style="list-style-type: none"> La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement, quoiqu'elle ne rende coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. 441-1 du code pénal). La loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses. Si vous ne savez ou ne pouvez pas signer, deux témoins doivent : <ul style="list-style-type: none"> le préciser, à l'endroit réservé à la signature, signer et écrire lisiblement leurs noms et adresses.
---	--

Annexe 5 – Listes des équipements d'une maison facilitant la vie des personnes âgées et éligibles au crédit d'impôt.

Entrée

Rampes fixes :

Ces plans inclinés fixes sont fabriqués sur mesure et posés par un artisan menuisier.

Système de signalisation ou d'alerte devant une porte d'entrée :

Il double le signal imperceptible par une personne malentendante par exemple, une lampe signalant la sonnerie d'une porte.

Cuisine

Évier à hauteur réglable :

Installé sur une crémaillère et muni de tuyau d'arrivée d'eau et d'évacuations souples, il est pratique d'utilisation, aussi bien pour les personnes valides que par d'autres en fauteuil roulant.

Siphon dévié :

Libéré l'espace sous l'évier permet à une personne en fauteuil roulant d'y accéder. L'installation est réalisée sur mesure par un plombier.

Appui ischiatique :

Cet aménagement assurant aux personnes à la mobilité réduite, un appui intermédiaire entre la position assise et la position debout n'est éligible au crédit d'impôt que lorsqu'il est scellé au mur.

Salon

Poignées ou barres de tirage de portes adaptées :

Ces accessoires ont une ergonomie particulière pour être facilement actionnés par des personnes en fauteuil roulant.

Mobilier à hauteur réglable :

Ces meubles (étagères, bureau, table, ...), installés sur une crémaillère fixée au mur permettent aux personnes valides et aux personnes en fauteuil roulant de cohabiter confortablement.

Protection d'angle :

Elle permet d'éviter aux personnes à mobilité réduite de se faire mal contre le coin d'un mur et de protéger celui-ci des chocs de fauteuil roulant.

Système de commande :

Il est adapté à l'usage des personnes à mobilité réduite et il est fixé sur le mur ou sur le sol. Il télécommande les

appareils électroménagers, les alarmes, les volets roulants...

Escaliers

Barres métalliques de protection :

Elles sont fixées le long des murs et facilitent la circulation d'un fauteuil roulant

Main courante :

Cette barre de maintien ou d'appui équipe les escaliers intérieurs et les couloirs pour aider les personnes à mobilité réduite.

Nez de marche :

Cet équipement visuel et antidérapant permet aux personnes malvoyantes de mieux voir les marches d'un escalier et aux personnes à mobilité réduite de ne pas glisser.

Monte personne :

Cet élévateur circule le long d'un escalier ou d'un plan incliné. Il peut comporter un siège ou un plateau accessible à un fauteuil roulant. Son inclinaison par rapport à l'horizontale ne doit pas excéder 45° et sa vitesse ne pas dépasser 0,15 m/s. Il doit comporter un dispositif de maintien des personnes. Enfin sa charge nominale ne doit pas excéder 200kg.

Les appareils élévateurs

Ces plates-formes doivent pouvoir transporter une personne âgée à mobilité réduite ou une personne en situation de handicap debout ou en fauteuil accompagnée ou non (200 kg au moins) à une vitesse inférieure à 0,15 m/s ; elles doivent comporter un frein de sécurité (ou un autre dispositif d'arrêt d'urgence) et un dispositif protégeant de la gaine à chaque palier.

Palier

Revêtement podotactile :

Ce sont des plaques en relief disposées au sol et destinées à prévenir les personnes malvoyantes ou non voyantes d'une zone à risques de choc ou de chute.

Chambre

Transfert à demeure ou potence au plafond :

Dispositif servant à déplacer une personne alitée grâce à un système de poulies et de harnais.

Boucle magnétique :

Il s'agit d'un système de câblage permettant d'éliminer les bruits ambiants pour les personnes munies de prothèses auditives.

Dispositif de commande de certaines installations :

Il s'agit de systèmes d'ouverture, de fermeture d'eau, de gaz, ou de chauffage, spécialement adaptés à l'usage des personnes à mobilité réduite et fixés au mur ou au sol.

Salle de bain

Baignoire à porte :

Elle dispose d'un porte latérale ce qui évite d'en enjamber les rebords. C'est un matériel coûteux (5 000 à 7 000 €), nécessitant plus d'espace qu'une baignoire classique.

Surélévateur de baignoire :

Siège conçu pour diminuer la profondeur de la baignoire et ainsi permettre à l'utilisateur de s'asseoir et de se lever plus aisément. Attention, si cet accessoire est amovible, il n'est pas éligible au crédit d'impôt.

Revêtement de sol antidérapant :

Dalles de plastique collées sur les sols de salle de bains (ou même de cuisines) pour éviter de glisser.

Lavabo à hauteur réglable :

Il s'adapte aussi bien à des personnes valides qu'à celles en fauteuil roulant.

Bac, cabine et porte de douche :

Ces équipements, adaptés aux personnes à mobilité réduite, présentent des fonds plats et des dimensions non standard.

Siège de douche mural :

Il permet aux personnes âgées de prendre une douche en restant assises. Il n'ouvre droit au crédit d'impôt que lorsqu'il est scellé.

Annexe 6 – Barème de ressource national pour la prestation d'aide ménagère de la CNAV.

Prestation d'aide ménagère à domicile La participation horaire a été rétrospectivement augmenté au 1er juillet 2008 pour tenir compte de la revalorisation de la valeur du point au 1er avril et du relèvement au 1er juillet des premiers salaires immergés sous le SMIC. Elle est fixée à : 18,20 € les jours ouvrables (18.43 € en Alsace-Moselle) 20,87 € les dimanches et jours fériés (21,10 en Alsace-Moselle).

Barème de ressources, applicable en 2009 aux retraités résidant en métropole et dans les départements d'outre- mer est revalorisé de 1,9%

Ressources mensuelles (*)		Participation en métropole et DOM (**)
Personne seule	Ménage	
Du plafond départemental de l'aide sociale (***) à 825 €	Du plafond départemental de l'aide sociale (***) à 1 435 €	1.77 €/heure
De 826 € à 884 €	De 1 436 € à 1 532 €	2.49 €/heure
De 885 € à 998 €	De 1 533 € à 1 677 €	3.73 €/heure
De 999 € à 1 171 €	De 1 678 € à 1 883 €	4.89 €/heure
De 1 172 € à 1 225 €	De 1 884 € à 1 953 €	6.41 €/heure
De 1 226 € à 1 366 €	De 1 954 € à 2 087 €	9,07 €/heure
De 1 367 € à 1 563 €	De 2 088 € à 2 345 €	11.57 €/heure
Au-delà de 1 563 €	Au-delà de 2 345 €	12.99 €/heure

(*) Toutes les ressources du retraité ainsi que son conjoint éventuel sont prises en compte, sauf minimum d'insertion, allocations logement, retraite du combattant (hors retraite mutualiste), pensions attachées aux distinctions honorifiques, allocation spéciale ou aide sociale du conjoint, majoration pour tierce personne du conjoint, allocation compensatrice du conjoint, APA du conjoint, intérêts des livrets A, Epargne populaire ou similaires.

(**) Participation de la CNAV : elle est réduite de 50% de la 31ème à la 40ème heure et de 75% au delà

(***) Les personnes ayant des ressources inférieures relèvent de l'aide sociale du département.

Fondation Nationale de Gérontologie 1999
Ministère de l'emploi et de la solidarité

La vieillesse est une étape pendant laquelle chacun doit pouvoir poursuivre son épanouissement. La plupart des personnes âgées resteront autonomes et lucides jusqu'au dernier moment de leur vie. L'apparition de la dépendance, quand elle survient, se fait à un âge de plus en plus tardif. Cette dépendance peut être due à l'altération de fonctions physiques et/ou l'altération de fonctions mentales. Même dépendantes, les personnes âgées doivent continuer à exercer leurs droits, leurs devoirs et leurs libertés de citoyens. Elles doivent aussi garder leur place dans la cité, au contact des autres générations, dans le respect de leurs différences. Cette charte a pour objectif de reconnaître la dignité de la personne âgée devenue dépendante et de préserver ses droits.

• Article I - Choix de vie

Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie. Elle doit pouvoir profiter de l'autonomie permise par ses capacités physiques et mentales, même au prix d'un certain risque. Il faut l'informer de ce risque et en prévenir l'entourage. La famille et les intervenants doivent respecter le plus possible son désir profond.

• Article II - Domicile et environnement

Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins. La personne âgée dépendante ou à autonomie réduite réside le plus souvent dans son domicile personnel. Des aménagements doivent être proposés pour lui permettre de rester chez elle. Lorsque le soutien au domicile atteint ses limites, la personne âgée dépendante peut choisir de vivre dans une institution ou une famille d'accueil qui deviendra son nouveau domicile. Un handicap mental rend souvent impossible la poursuite de la vie au domicile. Dans ce cas l'indication et le choix du lieu d'accueil doivent être évalués avec la personne et ses proches. Ce choix doit rechercher la solution la mieux adaptée au cas individuel de la personne malade. Son confort moral et physique, sa qualité de vie, doivent être l'objectif de constant, quelle que soit la structure d'accueil. L'architecture des établissements doit être conçue pour répondre aux besoins de la vie privée. L'espace doit être organisé pour garantir l'accessibilité, l'orientation, les déplacements et garantir les meilleures conditions de sécurité.

• Article III - Une vie sociale malgré les handicaps

Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société. Les urbanistes doivent prendre en compte le vieillissement de la population pour l'aménagement de la cité. Les lieux publics et les transports en commun doivent être aménagés pour être accessibles aux personnes âgées, ainsi qu'à tout handicapé et faciliter leur participation à la vie sociale et culturelle. La vie quotidienne doit prendre en compte le rythme et les difficultés des personnes âgées dépendantes, que ce soit en institution ou au domicile. Toute personne âgée doit être informée de façon claire et précise sur ses droits sociaux et sur l'évolution de la législation qui la concerne.

• Article IV - Présence et Rôle des proches

Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes. Le rôle des familles, qui entourent de leurs soins leurs parents âgés dépendants à domicile, doit être reconnu. Ces familles doivent être soutenues dans leurs tâches, notamment sur le plan psychologique. Dans les institutions, la coopération des proches à la qualité de la vie doit être encouragée et facilitée. En cas d'absence ou de défaillance des proches, c'est au personnel et aux bénévoles de les suppléer. Une personne âgée doit être protégée des actions visant à la séparer d'un tiers avec qui, de façon mutuellement consentie, elle entretient ou souhaite avoir une relation intime. La vie affective existe toujours, la vie sexuelle se maintient souvent au grand âge, il faut les respecter.

• Article V - Patrimoine et revenus

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles. Elle doit pouvoir en disposer conformément à ses désirs, sous réserve d'une protection légale, en cas de dépendance psychique. Il est indispensable que les ressources de la personne âgée soient complétées lorsqu'elles ne lui permettent pas d'assumer le coût des handicaps.

• Article VI - Valorisation de l'activité

Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités. Des besoins d'expression et des capacités d'accomplissement persistent, même chez les personnes âgées qui ont un affaiblissement intellectuel sévère. Développer des centres d'intérêt évite la sensation de dévalorisation et d'inutilité. La participation volontaire à des

réalisations diversifiées et valorisantes (familiales mais aussi sociales, économiques, artistiques, culturelles, associatives, ludiques, etc.) doit être favorisée. L'activité ne doit pas être une animation stéréotypée, mais doit permettre l'expression des aspirations de chaque personne âgée. Une personne âgée mentalement déficitaire doit pouvoir participer à des activités adaptées. Les activités infantilisantes ou dévalorisantes sont à rejeter.

• Article VII - Liberté de conscience et pratique religieuse

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix. Chaque établissement doit disposer d'un local d'accès aisé, pouvant servir de lieu de culte, et permettre la visite des représentants des diverses religions. Les rites et usages religieux s'accomplissent dans le respect mutuel.

• Article VIII - Préserver l'autonomie et prévenir

La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit. La vieillesse est un état physiologique qui n'appelle pas en soi de médicalisation. La dépendance physique ou psychique résulte d'états pathologiques, dont certains peuvent être prévenus ou traités. Une démarche médicale préventive se justifie donc, chaque fois que son efficacité est démontrée. Les moyens de prévention doivent faire l'objet d'une information claire et objective du public, en particulier des personnes âgées, et être accessibles à tous.

• Article IX - Droits aux soins

Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme tout autre, accès aux soins qui lui sont utiles. Aucune personne âgée ne doit être considérée comme un objet passif de soins, que ce soit au domicile, en institution ou à l'hôpital. L'accès aux soins doit se faire en temps utile, en fonction du cas personnel de chaque malade et non d'une discrimination par âge.

Les soins comprennent tous les actes médicaux et paramédicaux qui permettent la guérison chaque fois que cet objectif peut être atteint. Ces soins visent aussi à réduire les fonctions et à compenser les handicaps. Ils s'appliquent à améliorer la qualité de vie en soulageant la douleur, à maintenir la lucidité et le confort du malade, en réaménageant espoirs et projets. L'hôpital doit donc disposer des compétences et des moyens d'assurer sa mission de service public auprès des personnes âgées malades. Les institutions d'accueil doivent disposer des locaux et des compétences nécessaires à la prise en charge des personnes âgées dépendantes, en particulier dépendantes psychiques. Les délais administratifs abusifs qui retardent l'entrée dans l'institution choisie doivent être abolis. La tarification des soins doit être déterminée en fonction des besoins de la personne âgée dépendante et non de la nature du service ou de l'établissement qui la prend en charge.

• Article X - Qualification des intervenants

Les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant. Une formation spécifique en gérontologie doit être dispensée à tous ceux qui ont une activité professionnelle qui concerne les personnes âgées. Cette formation doit être initiale et continue en cours d'emploi, elle concerne en particulier, mais non exclusivement, tous les corps de métier de la santé. Ces intervenants doivent bénéficier d'une analyse des attitudes, des pratiques et d'un soutien psychologique.

• Article XI - Respect de la fin de vie

Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille. Certes, les affections sévères et les affections mortelles ne doivent pas être confondues: le renoncement thérapeutique chez une personne curable constitue un risque aussi inacceptable que celui d'un acharnement thérapeutique injustifié. Mais, lorsque la mort approche, la personne âgée doit être entourée de soins et d'attentions adaptés à son état. Le refus de l'acharnement ne signifie pas un abandon des soins mais doit, au contraire, se traduire par un accompagnement qui veille à combattre efficacement toute douleur physique et à prendre en charge la douleur morale. La personne âgée doit pouvoir terminer sa vie naturellement et confortablement entourée de ses proches, dans le respect de ses convictions et en tenant compte de ses avis.

Que la mort ait lieu au domicile, à l'hôpital ou en institution, le personnel doit être formé aux aspects techniques et relationnels de l'accompagnement des personnes âgées et de leur famille avant et après le décès.

• Article XII - La recherche : une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité. Seule la recherche peut permettre une meilleure connaissance des déficiences et maladies liées à l'âge et faciliter leur prévention. Une telle recherche implique aussi bien les disciplines biomédicales et de santé publique que les sciences humaines et les sciences économiques. Le développement d'une recherche gérontologique peut à la fois améliorer la qualité de vie des personnes âgées dépendantes, diminuer leurs souffrances et les coûts de leur prise en charge. Il y a un devoir de recherche sur le fléau que représentent les

dépendances associées au grand âge. Il y a u droit pour tous ceux qui en sont ou seront frappés à bénéficier des progrès de la recherche.

• **Article XIII - Exercices des droits et protection juridique de la personne**

Toute personne en situation de dépendance devrait voir protégés ses biens mais aussi sa personne.

Ceux qui initient ou qui appliquent une mesure de protection ont le devoir d'évaluer ses conséquences affectives et sociales. L'exercice effectif de la totalité de leurs droits civiques doit être assuré aux personnes âgées, y compris le droit de vote, en l'absence de tutelle.

La sécurité physique et morale contre toutes agressions et maltraitances doit être sauvegardée.

Lors de l'entrée en institution privée ou publique ou d'un placement dans une famille d'accueil, les conditions de résidence doivent être garanties par un contrat explicite. la personne âgée dépendante peut avoir recours au conseil de son choix.

Tout changement de lieu de résidence ou même de chambre doit faire l'objet d'une concertation avec l'intéressé(e).

Lors de la mise en œuvre des protections prévues par le Code civil (sauvegarde de justice, curatelle ou tutelle), il faut considérer avec attention que :

- le besoin de protection n'est pas forcément total ni définitif ;
- la personne âgée dépendante protégée doit pouvoir donner son avis chaque fois que cela est nécessaire et possible ;
- la dépendance psychique n'exclut pas que la personne âgée puisse exprimer des orientations de vie et doive toujours être informée des actes effectués en son nom.

• **Article XIV - L'information, meilleur moyen de lutte contre l'exclusion**

L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.

Cette information doit être la plus large possible. L'ignorance aboutit souvent à une exclusion qui ne prend pas en compte les capacités restantes ni les désirs de la personne.

L'exclusion peut résulter aussi bien d'une surprotection infantilissante que d'un rejet ou d'un refus de la réponse aux besoins. L'information concerne aussi les actions immédiates possibles. L'éventail des services et institutions capables de répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes est trop souvent méconnu, même des professionnels.

Faire toucher du doigt la réalité du problème et sa complexité peut être une puissante action de prévention vis à vis de

l'exclusions des personnes âgées dépendantes et peut éviter un réflexe démissionnaire de leur part.

Lorsqu'il sera admis par tous que les personnes âgées dépendantes ont droit au respect absolu de leurs libertés d'adulte et de leur dignité d'être humain, cette charte sera appliquée dans son esprit.



LE MANDAT DE PROTECTION FUTURE NE PEUT PRENDRE EFFET QUE LORSQU'IL EST ETABLI QUE
LE MANDANT NE PEUT PLUS POURVOIR SEUL A SES INTERETS
ET A COMPTER, AU PLUS TOT, DU 1^{er} JANVIER 2009

Mandat de protection future

(Articles 477 à 488 et 492 à 494 du code civil)

IDENTITE DU MANDANT :

Madame Mademoiselle Monsieur

Mon nom de famille (de naissance): _____

Mon nom d'usage (ex : nom marital) : _____

Mes prénoms (dans l'ordre de l'état civil): _____

Ma date de naissance: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Mon lieu de naissance : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

Pays : _____

La date du jugement de mon émancipation(le cas échéant) : _____

Mon adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

Pays : _____

JE DECLARE NE PAS BENEFICIER A CE JOUR D'UNE MESURE DE TUTELLE (Veuillez recopier cette phrase de votre main) _____

VOUS DEVEZ SIGNER TOUTES LES PAGES

1

Je sais que je peux choisir de protéger ma personne, mon patrimoine ou les deux à la fois.

1 - JE FAIS LE CHOIX D'UNE PROTECTION DE MA PERSONNE

Je désigne comme mandataire chargé de la protection de ma personne :

A- *Identité du mandataire chargé de la protection de ma personne*

Madame Mademoiselle Monsieur

Son nom de famille : _____

Son nom d'usage (ex : nom marital) : _____

Ses prénoms (dans l'ordre de l'état civil) : _____

Lien de parenté (le cas échéant) : _____

Sa date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_| Son lieu de naissance : _____

Code postal : |_|_|_|_| Commune : _____

Pays : _____

Son adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_| Commune : _____

Pays : _____

VOUS DEVEZ SIGNER TOUTES LES PAGES

2

B- Définition des pouvoirs du ou des mandataire(s) chargé(s) de la protection de ma personne

Mon mandataire veillera sur ma personne selon les modalités fixées aux articles 457-1 à 459-2 du code civil, dont j'ai pris connaissance et qui recevront obligatoirement application, sans dérogation possible :

Art. 457-1. - La personne protégée reçoit de la personne chargée de sa protection, selon des modalités adaptées à son état et sans préjudice des informations que les tiers sont tenus de lui dispenser en vertu de la loi, toutes informations sur sa situation personnelle, les actes concernés, leur utilité, leur degré d'urgence, leurs effets et les conséquences d'un refus de sa part.

Art. 458. - Sous réserve des dispositions particulières prévues par la loi, l'accomplissement des actes dont la nature implique un consentement strictement personnel ne peut jamais donner lieu à assistance ou représentation de la personne protégée. Sont réputés strictement personnels la déclaration de naissance d'un enfant, sa reconnaissance, les actes de l'autorité parentale relatifs à la personne d'un enfant, la déclaration du choix ou du changement du nom d'un enfant et le consentement donné à sa propre adoption ou à celle de son enfant.

Art. 459. - Hors les cas prévus à l'article 458, la personne protégée prend seule les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet. Lorsque l'état de la personne protégée ne lui permet pas de prendre seule une décision personnelle éclairée, le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué peut prévoir qu'elle bénéficiera, pour l'ensemble des actes relatifs à sa personne ou ceux d'entre eux qu'il énumère, de l'assistance de la personne chargée de sa protection. Au cas où cette assistance ne suffirait pas, il peut, le cas échéant après l'ouverture d'une mesure de tutelle, autoriser le tuteur à représenter l'intéressé.

La personne chargée de la protection du majeur peut prendre à l'égard de celui-ci les mesures de protection strictement nécessaires pour mettre fin au danger que, du fait de son comportement, l'intéressé ferait courir à lui-même. Elle en informe sans délai le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué.

Toutefois, sauf urgence, la personne chargée de la protection du majeur ne peut, sans l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué, prendre une décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intégrité corporelle de la personne protégée ou à l'intimité de sa vie privée.

Art. 459-1. - L'application de la présente sous-section ne peut avoir pour effet de déroger aux dispositions particulières prévues par le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles prévoyant l'intervention d'un représentant légal. Toutefois, lorsque la mesure de protection a été confiée à une personne ou un service préposé d'un établissement de santé ou d'un établissement social ou médico-social dans les conditions prévues à l'article 451, l'accomplissement des diligences et actes graves prévus par le code de la santé publique qui touchent à la personne et dont la liste est fixée par décret en Conseil d'Etat est subordonné à une autorisation spéciale du juge. Celui-ci peut décider, notamment s'il estime qu'il existe un conflit d'intérêts, d'en confier la charge au subrogé curateur ou au subrogé tuteur, s'il a été nommé, et, à défaut, à un curateur ou à un tuteur ad hoc.

Art 459-2 : La personne protégée choisit le lieu de sa résidence. Elle entretient librement des relations personnelles avec tout tiers, parent ou non. Elle a le droit d'être visitée et, le cas échéant, hébergée par ceux-ci.

En cas de difficulté, le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué statue.

C- Définition des pouvoirs de mon mandataire pour ce qui concerne ma santé et ma prise en charge sociale ou médico-sociale

(Veuillez cocher la ou les options choisies et les recopier de votre main)

option 1 : Mon mandataire exercera les missions que le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles confient au « **représentant de la personne en tutelle** ». (voir notice jointe)

option 2 : Mon mandataire exercera les missions que le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles confient à la « **personne de confiance** ». (voir notice jointe)

option 3 : Mon mandataire n'exercera aucune des missions prévues par le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles.

D- J'ajoute les précisions complémentaires suivantes, que je juge utiles, sur les conditions de protection de ma personne (voir exemples en notice jointe)

2 - JE FAIS LE CHOIX D'UNE PROTECTION DE MON PATRIMOINE

Je désigne comme **mandataire chargé de la protection de mon patrimoine** :

A- Identité du mandataire chargé de la protection de mon patrimoine :

SI VOUS AVEZ DESIGNÉ UN MANDATAIRE POUR LA PROTECTION DE VOTRE PERSONNE, VOUS POUVEZ CHOISIR LE MEME MANDATAIRE POUR LA PROTECTION DE VOTRE PATRIMOINE.

Madame Mademoiselle Monsieur

Son nom de famille : _____

Son nom d'usage (ex : nom marital) : _____

Ses prénoms (dans l'ordre de l'état civil) : _____

Lien de parenté (le cas échéant) : _____

Sa date de naissance : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Son lieu de naissance : _____

Code postal : [] [] [] [] [] [] Commune : _____

Pays : _____

Son adresse : _____

Code postal : [] [] [] [] [] [] Commune : _____

Pays : _____

B- Définition des pouvoirs de mon mandataire chargé de la protection de mon patrimoine

(Veuillez cocher l'option choisie et la recopier de votre main):

option 1 : Mon mandataire veillera à mes intérêts patrimoniaux et me représentera pour l'administration de **l'ensemble de mon patrimoine** :

option 2 : Mon mandataire veillera à mes intérêts patrimoniaux et me représentera exclusivement pour l'administration **des biens suivants (à compléter)** :

Je souhaite ajouter les précisions suivantes

Mon mandataire veillera sur mes animaux domestiques (précisez) :

Précisions complémentaires que vous souhaitez apporter (voir exemples en notice jointe) :

3 - MODALITES D'EXECUTION DU MANDAT :

A- INVENTAIRE DE MES BIENS

A son entrée en fonction, **le mandataire chargé de la protection de mon patrimoine en dressera un inventaire**. Il en assurera l'actualisation au cours du mandat.

N.B. : Le mandataire conservera l'inventaire et ses actualisations ainsi que les pièces justificatives, il sera tenu de les présenter au juge des tutelles ou au procureur de la République qui lui en ferait la demande.

S'il quitte ses fonctions, il devra remettre ces documents à la personne qui lui succédera dans la mission de protection de mon patrimoine.

B-REMUNERATION DE MON OU DE MES MANDATAIRES

1- Rémunération du mandataire chargé de la protection de ma personne (veuillez cocher l'option choisie)

option 1 : Le mandataire chargé de la protection de ma personne accepte de remplir sa mission **gratuitement**.

option 2 : Le mandataire chargé de la protection de ma personne ne sera pas rémunéré mais, s'il supporte des frais et des charges nécessaires à l'accomplissement de sa mission, le **remboursement de ses frais se fera sur mon patrimoine sur justificatifs**.

option 3 : Le mandataire chargé de la protection de ma personne sera rémunéré ainsi qu'il suit : (cochez l'option définissant le mode de rémunération et fixez la rémunération de votre main)

Une somme **annuelle** forfaitaire de..... € TTC

Une somme **mensuelle** de..... € TTC

Une rémunération fixée de la façon suivante :

2- Rémunération du mandataire chargé de la protection de mon patrimoine (Veuillez cocher l'option choisie) :

option 1 : Le mandataire chargé de la protection de mon patrimoine accepte de remplir sa mission **gratuitement**.

option 2 : Le mandataire chargé de la protection de mon patrimoine ne sera pas rémunéré mais, s'il supporte des frais et des charges nécessaires à l'accomplissement de sa mission, le **remboursement de ses frais se fera sur mon patrimoine sur justificatifs**.

option 3 : Le mandataire chargé de la protection de mon patrimoine sera rémunéré ainsi qu'il suit : (cochez l'option définissant le mode de rémunération et fixez la rémunération de votre main)

Une somme **annuelle** forfaitaire de..... € TTC

Une somme **mensuelle** de..... € TTC

Une rémunération fixée de la façon suivante :

4 - MODALITES DE CONTROLE DU MANDAT :

A- CONTROLE DE L'ACTIVITE DU MANDATAIRE CHARGE DE LA PROTECTION DE MA PERSONNE

Le mandataire chargé de la protection de ma personne rendra compte par écrit, au moins chaque année, de l'accomplissement de sa mission, à la personne chargée du contrôle de l'exécution du mandat, que je désigne ci-dessous :

- je choisis et désigne une personne physique (1)
 je désigne une personne morale (en ce cas aller directement au (2))

- 1) JE CHOISIS UNE PERSONNE PHYSIQUE
Je peux désigner toute personne de mon choix.

Madame Mademoiselle Monsieur

Son nom de famille : _____

Son nom d'usage (ex : nom marital) : _____

Ses prénoms (dans l'ordre de l'état civil) : _____

Sa date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Son lieu de naissance : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

Pays : _____

Son adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

Pays : _____

- 2) JE CHOISIS UNE PERSONNE MORALE
Je peux désigner toute personne de mon choix.

Dénomination : _____

Forme juridique : _____

Nom et prénom usuel de son représentant légal : _____

Adresse du siège social : _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

Pays : _____

VOUS DEVEZ SIGNER TOUTES LES PAGES

9

B- CONTROLE DE L'ACTIVITE DU MANDATAIRE CHARGE DE LA PROTECTION DE MON PATRIMOINE

Le mandataire que j'ai chargé de la protection de mon patrimoine établira, chaque année, un compte de gestion qu'il remettra pour vérification à la personne que je choisis et désigne ci-dessous.

1. Je désigne la même personne physique ou la même personne morale pour contrôler l'exécution des missions de protection de ma personne et de protection de mon patrimoine confiées à mon mandataire.

2. Je désigne une personne physique pour contrôler l'exécution de la mission de protection de mon patrimoine.
Je peux désigner toute personne de mon choix.

Madame Mademoiselle Monsieur

Son nom de famille : _____

Son nom d'usage (ex : nom marital) : _____

Ses prénoms (dans l'ordre de l'état civil) : _____

Sa date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Son lieu de naissance : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

Pays : _____

Son adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

Pays : _____

3. Je désigne une personne morale pour contrôler l'exécution de la mission de protection de mon patrimoine.
Je peux désigner toute personne de mon choix.

Dénomination : _____

Forme juridique : _____

Nom et prénom usuel de son représentant légal : _____

Adresse du siège social : _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune _____

Pays : _____

VOUS DEVEZ SIGNER TOUTES LES PAGES

10

C- REMUNERATION DE LA OU DES PERSONNE(S) DESIGNEE(S) POUR CONTRÔLER L'ACTIVITE DU MANDATAIRE

Si vous avez désigné un contrôleur pour la protection de votre personne et un contrôleur pour la protection de votre patrimoine, vous pouvez opter de manière différente pour la rémunération de chacun d'eux

1. Contrôle du mandat de protection de ma personne (cochez l'option choisie) :

option 1 : le contrôleur de mon ou mes mandataire(s) accepte de remplir sa mission **gratuitement**.

option 2 : le contrôleur de mon ou mes mandataire(s) ne sera pas rémunéré mais, s'il supporte des frais et des charges nécessaires à l'accomplissement de sa mission, **le remboursement de ses frais se fera sur mon patrimoine sur justificatifs**.

option 3 : le contrôleur de mon ou mes mandataires sera rémunéré ainsi qu'il suit : (cochez l'option définissant le mode de rémunération et fixez la rémunération de votre main)

Une somme **annuelle** forfaitaire de..... € TTC

Une somme **mensuelle** de..... € TTC

Une rémunération fixée de la façon suivante :

2. Contrôle du mandat de protection de mon patrimoine (veuillez cocher l'option choisie) :

option 1 : le contrôleur de mon ou mes mandataire(s) accepte de remplir sa mission **gratuitement**.

option 2 : le contrôleur de mon ou mes mandataire(s) ne sera pas rémunéré mais, s'il supporte des frais et des charges nécessaires à l'accomplissement de sa mission, **le remboursement de ses frais se fera sur mon patrimoine sur justificatifs**.

option 3 : le contrôleur de mon ou mes mandataire(s) sera rémunéré ainsi qu'il suit : (cochez l'option définissant le mode de rémunération et fixez la rémunération de votre main)

Une somme **annuelle** forfaitaire de..... € TTC

Une somme **mensuelle** de..... € TTC

Une rémunération fixée de la façon suivante :

5- SIGNATURES ET ACCEPTATIONS DU MANDAT

A- SIGNATURE DU MANDANT

J'appose ma signature sur le mandat, après avoir pris connaissance des informations contenues dans la notice jointe, ainsi que des paragraphes suivants :

1° Je suis informé(e) que ce mandat prendra effet s'il est présenté au greffe du tribunal d'instance de mon domicile par mon ou mes mandataires, accompagné d'un certificat médical émanant d'un médecin inscrit sur la liste dressée par le procureur de la République, et attestant de l'altération soit de mes facultés mentales, soit de mes facultés corporelles, de nature à empêcher l'expression de ma volonté.

2° Je suis informé(e) que tant que le mandat n'a pas été mis en œuvre, je peux le modifier, en remplissant un nouvel exemplaire du formulaire, ou le révoquer en notifiant cette révocation à mon mandataire. Dans les deux cas, l'ancien formulaire doit être barré à chaque page.

3° Je reconnais avoir pris connaissance du fait que lorsque les formalités prévues au paragraphe 1° ci-dessus auront été accomplies, je ne pourrai plus modifier ou révoquer moi-même le mandat, mais je pourrai alors m'adresser au juge des tutelles de mon domicile pour qu'il se prononce si je conteste sa mise en œuvre ou son exécution.

4° Je suis informé(e) que je dois **conserver l'un des exemplaires originaux** du présent mandat et en remettre un exemplaire original à chacune des personnes désignées comme mandataires chargés de la protection de ma personne et/ou de mon patrimoine et une copie à chacune des personnes désignées pour le contrôle de l'exécution des mandats de protection de ma personne et/ou de mon patrimoine.

5° Je suis informé(e) que pour donner date certaine à ce mandat, je dois le faire enregistrer à la Recette des impôts de mon domicile.

Mandat établi le _____

à : Code postal : [] [] [] [] [] Commune : _____

Pays : _____

par : Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) : _____

Nom de famille : _____

Nom d'usage (ex. nom marital) : _____

VOTRE SIGNATURE :

Si je bénéficie d'une curatelle, mon curateur doit co-signer le mandat :

Remplissez le paragraphe 1 si votre curateur est une personne physique ou le paragraphe 2 si votre curateur est une personne morale.

Assisté (e) de mon curateur :

1) Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) : _____
Nom de famille : _____
Nom d'usage : _____
Domicilié : _____
Code postal : |_|_|_|_| Commune : _____
Pays : _____

ou

2) Si mon curateur est **une personne morale** :

Sa dénomination : _____
L'adresse de son siège social : _____
Code postal : |_|_|_|_| Commune : _____
Pays : _____

Son représentant légal qui signera le présent acte :

Madame Mademoiselle Monsieur

Prénom usuel : _____

Nom de famille : _____

Nom d'usage : _____

SIGNATURE DU CURATEUR :

Fait leà

**B- ACCEPTATION DU MANDAT DE PROTECTION FUTURE
PAR LE MANDATAIRE CHARGE DE LA PROTECTION DE LA PERSONNE DU
MANDANT**

Je soussigné (e)

Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) : _____
Nom de famille : _____
Nom d'usage : _____
Adresse : _____
Code postal : |_|_|_|_| Commune : _____
Pays : _____

Désigné (e) en qualité de mandataire de protection future de la personne du mandant,

Déclare ce qui suit :

1° Je reconnais avoir pris connaissance du présent mandat de protection future et de toutes les informations concernant l'étendue de mes obligations et de mes devoirs, tels que fixés par les textes et rappelés dans la notice annexée au présent formulaire.

2° Je suis informé(e) de ce que je dois, pendant toute l'exécution du mandat, disposer de tous mes droits civils et remplir les conditions prévues pour les charges tutélaires fixées par le code civil et que je ne peux être déchargé(e) de mes fonctions de mandataire qu'avec l'autorisation du juge des tutelles.

3° Je suis informé(e) des conditions fixées par l'article 483 du code civil, dans lesquelles le présent mandat prend fin.

Même après sa mise à exécution, il cessera, notamment, du fait du rétablissement des facultés personnelles du mandant, constaté à la demande de ce dernier ou du mandataire dans les formes prévues à l'article 481 du même code.

4° Je suis informé(e) que je dois conserver un exemplaire original du présent mandat, qui m'aura été remis.

J'accepte le mandat qui m'est confié (recopiez de votre main)

Fait leà

SIGNATURE DU MANDATAIRE CHARGE DE LA PROTECTION DE LA PERSONNE DU MANDANT

**C- ACCEPTATION DU MANDAT DE PROTECTION FUTURE
PAR LE MANDATAIRE CHARGE DE LA PROTECTION DU PATRIMOINE DU
MANDANT :**

Je soussigné (e)

Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) : _____
Nom de famille : _____
Nom d'usage : _____
Adresse : _____
Code postal : |_|_|_|_| Commune : _____
Pays : _____

Désigné (e) en qualité de mandataire de protection future du patrimoine du mandant

Déclare ce qui suit :

1° Je reconnais avoir pris connaissance du présent mandat de protection future, et de toutes les informations concernant l'étendue de mes obligations et de mes devoirs, tels que fixés par les textes et rappelés dans la notice jointe au présent formulaire.

2° Je suis informé(e) de ce que je dois, pendant toute l'exécution du mandat, disposer de tous mes droits civils et remplir les conditions prévues pour les charges tutélaires fixées par le code civil et que je ne peux être déchargé(e) de mes fonctions de mandataire qu'avec l'autorisation du juge des tutelles.

3° Je suis informé(e) des conditions fixées par l'article 483 du code civil, dans lesquelles le présent mandat prend fin.

Même après sa mise à exécution, il cessera, notamment, du fait du rétablissement des facultés personnelles du mandant, constaté à la demande de ce dernier ou du mandataire dans les formes prévues à l'article 481 du même code.

4° Je suis informé(e) que je dois conserver un exemplaire original du présent mandat, qui m'aura été remis.

J'accepte le mandat qui m'est confié (recopiez de votre main)

Fait leà

SIGNATURE DU MANDATAIRE CHARGE DE LA PROTECTION DU PATRIMOINE DU MANDANT

**D- ACCEPTATION DE SA MISSION
PAR LA PERSONNE DESIGNEE POUR LE CONTROLE
DE L'ACTIVITE DU MANDATAIRE
CHARGE DE LA PROTECTION DE LA PERSONNE DU MANDANT**

Je soussigné (e)

Prénoms(dans l'ordre de l'état civil) : _____
Nom de famille : _____
Nom d'usage : _____
Adresse : _____
Code postal: |_|_|_|_| Commune : _____
Pays : _____

Cochez l'option correspondant à votre situation :

- Désigné (e) pour le contrôle de l'activité du mandataire de protection future de la personne du mandant
- Représentant la personne morale désignée pour le contrôle de l'activité du mandataire de protection future de la personne du mandant

Déclare ce qui suit :

1° Je reconnais avoir pris connaissance du présent mandat de protection future, et de toutes les informations concernant l'étendue de mon contrôle rappelé dans la notice jointe.

2° Je suis informé(e) des conditions fixées par l'article 483 du code civil, dans lesquelles le présent mandat prend fin.

Même après sa mise à exécution, il cessera notamment du fait du rétablissement des facultés personnelles du mandant, constaté à la demande de ce dernier ou du mandataire dans les formes prévues à l'article 481 du même code.

3° Je suis informé(e) que je dois recevoir une copie du présent mandat.

J'accepte la mission de contrôle qui m'est confiée. (recopiez de votre main)

Fait leà

SIGNATURE DE LA PERSONNE CHARGEE DU CONTROLE DU MANDATAIRE CHARGE DE PROTECTION FUTURE DE LA PERSONNE DU MANDANT

**E- ACCEPTATION DE SA MISSION PAR LA PERSONNE DESIGNEE POUR LE
CONTROLE DE L'ACTIVITE DU MANDATAIRE CHARGE DE LA PROTECTION DU
PATRIMOINE DU MANDANT**

Je soussigné (e)

Prénoms(dans l'ordre de l'état civil) : _____
Nom de famille : _____
Nom d'usage : _____
Adresse : _____
Code postal: |_|_|_|_| Commune : _____
Pays : _____

Cochez l'option correspondant à votre situation :

- Désigné(e) pour le contrôle de l'activité du mandataire de protection future du patrimoine du mandant
 Représentant la personne morale désignée pour le contrôle de l'activité du mandataire de protection future du patrimoine du mandant

Déclare ce qui suit :

1° Je reconnais avoir pris connaissance du présent mandat de protection future, et de toutes les informations concernant l'étendue de mon contrôle rappelé dans la notice jointe.

2° Je suis informé(e) des conditions fixées par l'article 483 du code civil, dans lesquelles le présent mandat prend fin.

Même après sa mise à exécution, il cessera, notamment, du fait du rétablissement des facultés personnelles du mandant, constaté à la demande de ce dernier ou du mandataire dans les formes prévues à l'article 481 du même code.

3° Je suis informé(e) que je dois recevoir une copie du présent mandat.

J'accepte la mission de contrôle qui m'est confiée. (recopiez de votre main)

Fait le à

**SIGNATURE DE LA PERSONNE CHARGEE DU CONTROLE DU MANDATAIRE CHARGE DE
PROTECTION FUTURE DU PATRIMOINE DU MANDANT**

NOMBRE D'EXEMPLAIRES ORIGINAUX DU PRESENT MANDAT (l'inscrire en toutes lettres) :

.....

***Le présent mandat annule tout mandat de protection future fait antérieurement.
Une fois mis en œuvre, il mettra fin à toute procuration consentie à autrui, portant
sur les éléments du patrimoine du mandant visés dans le présent mandat.***

DATE CERTAINE DU PRESENT MANDAT

ATTENTION: CETTE PARTIE EST A REMPLIR PAR LA RECETTE DES IMPOTS

Mention d'enregistrement :

Annexe 10 - Carnets d'adresses pour la prise en charge d'une personne âgée dépendante à domicile en Meurthe-et-Moselle, Meuse, Moselle, Vosges.

MEURTHE-ET-MOSELLE

Association Alzheimer 54	Centre Germaine Marchal	38, rue de Dieuze 54000 NANCY	03.83.36.65.60	www.chu-nancy.fr mot clé: alzheimer
Centre de gériatrie	Consultations	CHRU Nancy Brabois	03.83.85.32.20	
Centre de la mémoire	Centre gériatrie	CHRU Nancy-Brabois	03.83.15.49.39	
Centre de la mémoire	Service de neurologie	CHRU Nancy Hôpital Central	03.83.85.16.14	
Conseil général de la Meurthe & Moselle	Pôle personnes âgées / personnes handicapées	48, rue du Sergent Blandan 54000 NANCY	03.83.94.54.54	www.cg54.fr
Office nancéen des personnes âgées		105, rue St Georges 54000 NANCY	03.83.32.05.40	www.onpa.fr
Programme Orchidée	Conseil Général 54	48, rue du Sergent Blandan 54000 NANCY	03.83.94.54.54	
Tribunal d'instance		Avenue du Maréchal Juin 54000 NANCY	03.83.90.85.49	www.tgi-nancy.justice.fr
PAIS / CLIC	CLIC Briey	avenue Albert de Briey 54150 BRIEY	03.82.46.14.44	
	CLIC Longwy	16, av. de L. de Tassigny 54400 LONGWY	03.82.39.59.66	
	CLIC Lunéville	6, rue Marquise du Chatelet 54300 LUNÉVILLE	03.83.74.45.08	
	CLIC Nancy et couronne	13, blvd Joffre 54000 NANCY	03.83.30.12.26	
	CLIC Val de Lorraine	9200 route de Blénod 54700 PONT-À-MOUSSON	03.83.80.02.38	
	CLIC du sud-ouest	1, rue Monseigneur Maillet 54200TOUL	03.83.43.81.22	
CCAS	CCAS Jarny	5, rue Clément Humbert 54802 JARNY CEDEX	03.82.33.14.54	www.jarny.54.regioland.com
	CCAS Longwy	16, avenue André Malraux 54400 LONGWY	03.82.44.54.30	www.mairie-longwy.fr
	CCAS Nancy	5, rue Léopold Lallement 54005 NANCY CEDEX	03.83.39.03.30	www.nancy.fr/famille/ccas/html/ccas.php
	CCAS Pont-à-Mousson	6, rue Philippe de Gueldre 54700 PONT-À-MOUSSON	03.83.82.92.14	www.ville-pont-a-mousson.fr
	CCAS Toul	13, rue de Rigny 54201 TOUL	03.83.63.76.27	www.ecrouves.fr/ccas/ www.mairie-vandoeuvre.fr/fr/Cohesion_Social/CCAS/
	CCAS Vandoeuvre-lès-Nancy	7, rue de Parme 54500 VANDOEUVRE	03.83.51.80.05	
Service de Soins à Domicile (SSIAD)		38, rue de Dieuze 54000 NANCY	03.83.36.54.54	
	INES	4, rue F. Schmitt 54300 LUNÉVILLE	03.83.73.41.17	
	SIAD des étangs	rue du puits Gros Yeux 54370 EINVILLE-AU-JARD	03.83.72.05.31	
	Centre Brancion	11, rue Carnot 54200 ROYAUMEIX	03.83.62.87.23	centre.brancion@wanadoo.fr
Services prestataires	Aider Soulager Surveiller À domicile ASSAD	16, rue Beaupré 54270 ESSEY LES NANCY	03.83.38.28.32	
	Assistance vie à domicile	126, rue Carnot 54130 SAINT-MAX	03.83.45.14.14	
	Association Départementale d'Aide aux Personne Âgées	13, Boulevard Joffre 54000 NANCY	03.83.37.16.21	www.adapa54.fr
	Association Garde Aide et Réconfort à domicile (GARDE)	13, Boulevard Joffre 54000 NANCY	03.83.35.68.02	www.garde.asso.fr
	GIHP Lorraine	15, allée des grands Paquis 54180 HEILLEOURT	03.83.50.88.50	www.gihplor.org
	Domicia	8, boulevard du XXI RA 5400 NANCY	03.83.39.37.68	www.domicia.fr
	L'Esprit tranquille	131bis, rue du Petit Arbois 54520 LAXOU	03.83.41.56.43	esprittranquille@wanadoo.fr
	Sénior services	10, rue Bourbonnais 54500 VANDOEUVRE	03.83.44.03.52	
	U2AF-54	25-29 rue de Saurupt 54000 NANCY	03.83.40.33.53	u2af54@orange.fr
		9, rue Anatole France 54400 LONGWY	03.82.23.19.22	u2af54@orange.fr
Centre d'accueil de jour	Centre Germaine Marchal	NANCY	03.83.36.65.60	
	Maison d'Orlan	POMPEY	03.83.49.66.11	
CRAM Nord-est	Service aménagement de l'habitat	85, rue de Metz 54073 NANCY Cedex	03.83.34.49.73	www.cram-nordest.fr
	Centre d'Amélioration du Logement		03.83.30.80.60	
ANAH		CO 25 Place des ducs de Bar 54035 NANCY	03.83.91.40.25	www.caf.fr
Télé-assistances	Présence verte	15, avenue Paul Doumer 54500 VANDOEUVRE	03.83.50.35.18	pv54-57-88@presenceverte.fr
	Télé assistance Médicalisée 54	43, rue des Jardins Fleuris 54340 POMPEY	03.83.51.72.65	teleassistancemedicalisee54@wanadoo.fr
CAF		21, rue St Lambert 54046 NANCY	08.20.25.54.10	www.caf.fr

MEUSE

Association Alzheimer 55		9, place Charles De Gaulle 55200 COMMERCY	03.29.92.14.28	france.alzheimer55@orange.fr
Consultation mémoire	CH Bar-le-duc	1, quai d'Argonne 55012 BAR-LE-DUC	03.29.45.88.06	
	CH Commercy	1, rue Henry Garnier 550205 COMMERCY cedex	03.29.91.63.00	
	CH Verdun	54b, rue St Sauveur 55100 VERDUN	03.29.83.64.01	
Conseil général de la Meuse	Direction de la solidarité	3, rue François de Guise 55012 BAR-LE-DUC	03.29.45 76.55	www.cg55.fr
Maison départementale des personnes handicapées de la Meuse		3, rue François de Guise 55012 BAR-LE-DUC	03.29.45 76.09	mdph55@cg55.fr
Association tutélaire de Meuse		2B rue du Moulin 55000 BAR-LE-DUC	03.29.76.13.73	
Tribunal d'instance		place St Paul 55100 VERDUN	03.29.86.88.00	
CCAS	CCAS Bar-le-duc	4, boulevard des Ardennes 55003 BAR-LE-DUC	03.29.79.17.41	ccas.personnes.agees@barleduc.fr
	CCAS Commercy	1, rue Henri Garnier 55200 COMMERCY	03.29.91.02.33	www.commercy.fr
	CCAS Ligny-en-Barrois	3, rue de Strasbourg 55500 LIGNY-EN-BARROIS	03.29.78.29.60	www.lignyenbarrois.com
	CCAS Revigny-sur-Ornain	place Pierre Glaxotte 55800 REVIGNY/ORNAIN	03.29.70.50.55	
	CCAS Sommedieue	1, place de la Mairie 55320 SOMMEDIUE	03.29.87.77.90	
	CCAS St-Mihiel	Place des moines 55300 SAINT-MIHIEL	03.29.89.48.46	www.saintmihiel.fr
	CCAS Verdun	11, rue Poincaré 55107 VERDUN	03.29.83.44.22	www.verdun.fr/-Le-CCAS-.html
Service de Soins à Domicile (SSIAD)	SSIAS du pays de Spincourt	12, rue de l'Hôtel de ville 55230 SPINCOURT	03.29.85.93.03	
Services prestataires	AADAPAM	2B rue du moulin 55000 BAR-LE-DUC	03.29.79.05.84	
	ADMR	55, rue de la rsdce du parc 55101 VERDUN Cedex	03.29.84.58.32	www.admr.org
	AMF 55	10, rue de la 7 DB USA 55100 VERDUN	03.29.84.06.00	
	Association gestion service	2B rue du Moulin 55000 BAR-LE-DUC	03.29.45.18.51	
	Association Polyval Japiot	40, avenue de la 42ème DB 55100 VERDUN	03.29.84.66.41	
	Association travail solidarité	120, blvd de la Rochelle 55000 BAR-LE-DUC	03.29.45.19.28	
	ILCG du canton de Commercy	7, rue de la Paroisse 55200 COMMERCY	03.29.92.04.10	
CRAM Nord-est	Centre d'Amélioration du Logement		03.83.30.80.60	
	Service aménagement de l'habitat	24, rue d'Anthouard 55113 VERDUN	08.20.90.41.65	www.cram-nordest.fr
ANAH		14, parc Bradfer 55000 BAR-LE-DUC	03.29.79.93.60	www.anah.fr
Télé-assistances	Présence verte	15, avenue Paul Doumer 54500 VANDOEUVRE	03.83.50.35.18	pv54-57-88@presenceverte.fr
	AADAPAM	2B rue du moulin 55000 BAR-LE-DUC	03.29.79.05.84	
CAF		11, rue de Polval 55012 BAR-LE-DUC	03.29.45.10.65	www.caf.fr

MOSELLE

Association Alzheimer Moselle Sud		223B rue de la Charmille 57560 SAINT-QUIRIN	03.87.03.04.00	mr.lacharmille@wanadoo.fr
Conseil général de la Moselle	Direction de la politique de l'autonomie	Hôtel du département 57036 METZ Cedex 1	03.87.56.31.31	www.cg57.fr
Consultations mémoire	Service de gériatrie	Hôpitaux de Thionville Pavillon Dim-Saillet 57100 THIONVILLE	03.82.55.89.41	
		Centre Hospitalier Le Secq de Crépy 57220 BOULAY MOSELLE	03.87.79.40.03	
DDASS		27, rue St Thiébault 57045 METZ	03.87.37.56.00	
Tribunal d'instance		8, rue Haute Pierre 57000 METZ	03.87.56.75.00	
CLIC	CLIC de Metz Campagne	8, rue de la Visitation 57056 METZ	03.87.36.37.38	
	CLIC de Metz- Gournay	9, rue du Grand Cerf 57000 METZ	03.87.75.34.87	
	CLIC de Bitche	5, rue de la Poste 57230 BITCHE	03.87.96.27.42	
	CLIC de la Nied	5, allée des Écoles 57530 COURCELLES CHSY	03.87.57.04.62	
	CLIC de la vallée de l'Orne	4, place de la Résistance 57290 FAMECK	03.82.57.11.64	
	CLIC de la Roselle	Avenue St Rémi 57600 FORBACH	03.87.85.43.78	
	CLIC de Moselle-Centre-Est	8, rue Mangin 57500 SAINT-AVOLD	03.87.92.14.02	
	CLIC Sarrebourg	Avenue Clémenceau 57400 SARREBOURG	03.87.03.58.09	
	CLIC de la faïence et du cristal	5, rue de la Paix 57200 SARREGUEMINES	03.87.98.69.23	
	CLIC Thionville	94, route de Guentrange 57100 THIONVILLE	03.82.82.72.57	
	CLIC du Saulnois	rue Haute 57630 VIC-SUR-SELLE	03.87.05.91.37	
	CLIC de Yutz	12, espnde de la brasserie 57970 YUTZ	03.82.83.64.39	
CCAS	CCAS Forbach	aveue St Rémi BP 10335 57600 FORBACH	03.87.84.30.00	forbach.com6-interactive.fr
	CCAS Hagondange	Hôtel de ville 57300 HAGONDANGE	03.87.71.50.10	www.ville-hagondange.fr
	CCAS Metz	22, rue Wad Billy 57000 METZ	03.87.75.33.12	www.ccas-metz.fr
	CCAS Morhange	Place Bérot 57341 MORHANGE	03.87.71.40.86	www.ville-morhange.fr
	CCAS Sarralbe	Hôtel de Ville 57430 SARRALBE	03.87.97.80.17	
	CCAS Sarreguemines	5, rue de la Paix 57200 SARREGUEMINES	03.87.98.93.18	www.sarreguemines.fr
	CCAS Thionville	29, blvd Jeannde d'Arc 57100 THIONVILLE	03.82.34.00.77	www.mairie-thionville.fr
SSIAD	AMAPA (antennes dans tout le département)	32, avenue de la liberté 57056 Le Ban St Martin	03.87.31.72.72	www.amapa.asso.fr siege@amapa.fr
	AFAD	2c, rue de Gascogne 57290 FAMECK	03.82.57.25.71	
	Soins à Domicile des Personnes âgées	5, rue des Étangs 57420 SOLGNE	03.87.65.47.54	
	SSIAD Résidence les Marronniers	BP 40118 57350 STIRING-WENDEL	03.87.88.46.50	
	SSIAD Château-Salins	1, avenue Napoléon Ier 57170 CHÂTEAU-SALINS	03.87.05.21.29	
	SIAD Courcelles Chaussy	55, rue du Maréchal Leclerc 57530 COURCELLES-CHSY	03.87.64.10.14	

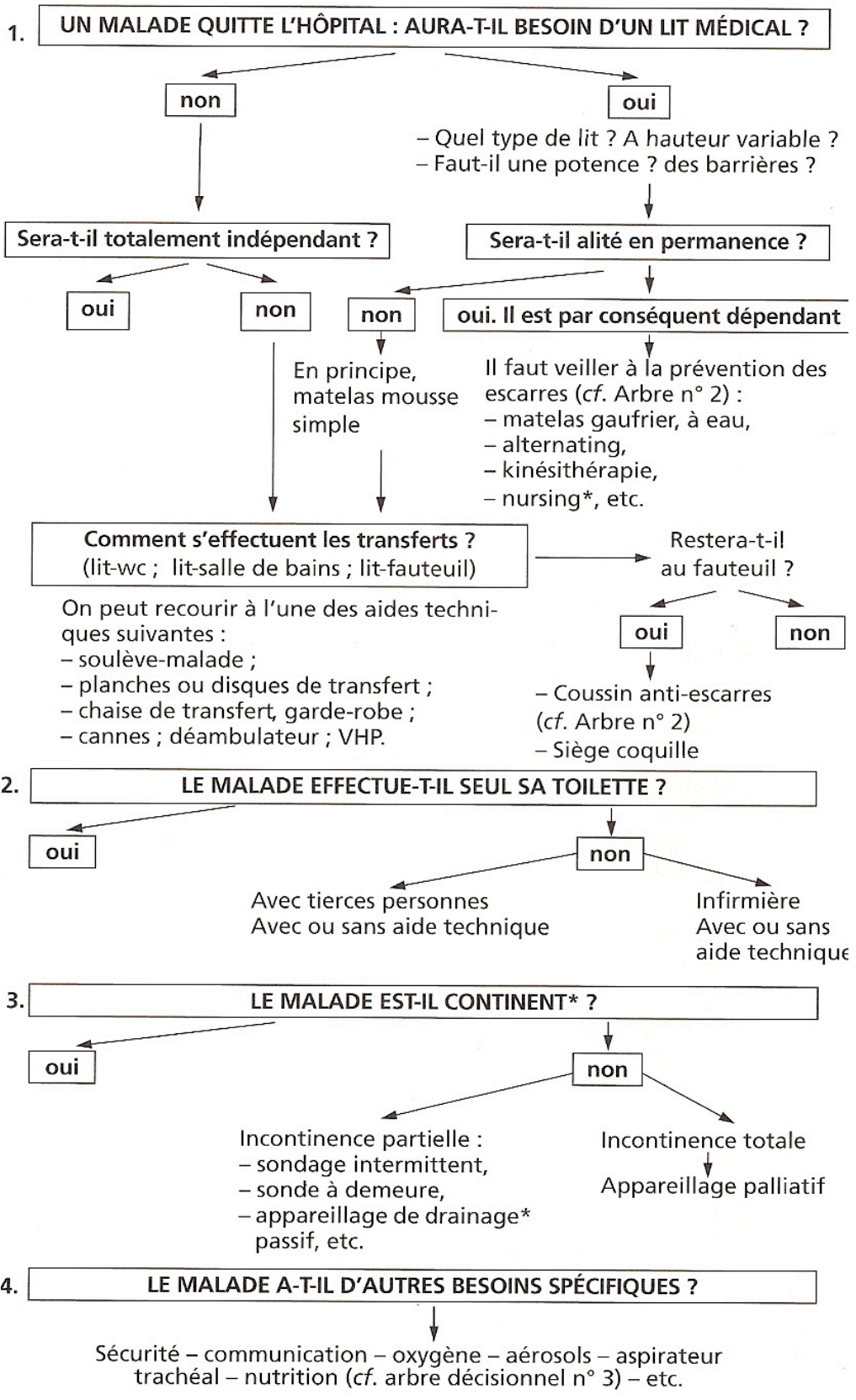
MOSELLE

Services prestataires	AAPA BHL	14, rue Maurice Barrès 57803 FREYMING-MRLBCH	03.82.91.10.52	www.vitame.fr metz@vitame.fr	
	Alliance autonomie	54, rue Kellermann 57000 METZ	03.87.18.06.59		
	AMAPA (antennes dans tout le département)	32, avenue de la liberté 57056 Le Ban St Martin	03.87.31.72.72		
	ADMR	4, rue de Stoxey 57050 METZ	03.87.76.21.89		www.admr.org
		19, rue Jean Jaurès 57185 VITRY-SUR-ORNE	03.87.67.98.55		www.admr.org
	Association d'aide et d'intervention à domicile	16, rue de Méric 57140 WOIPPY	03.87.34.02.02		aidm57@aidm57.fr
	Aux P'tits soins	84 Grand rue 57970 YUTZ	03.31.61.60.19		
	CARMI-EST	21, avenue Foch 57018 METZ Cedex 1	03.87.39.73.73		stephanie.henault@secumin.es.org
	Emplois familiaux Moselle	1, av. Leclerc de Hauteclouque 57000 METZ	03.87.52.30.55		
	Mésanges Bleues	787, rue des frères Friant 57260 DIEUZE	03.87.86.01.41		mesangesbleues@voila.fr
SMHD	77, rue Foch 57680 NOVÉANT/MOSELLE	03.87.52.80.10			
Télé-assistances	Présence verte	15, avenue Paul Doumer 54500 VANDOEUVRE	03.83.50.35.18	pv54-57-88@presenceverte.fr	
	AMAPA (antennes dans tous le département)	32, avenue de la liberté 57056 Le Ban St Martin	03.87.31.72.72	www.amapa.asso.fr siege@amapa.fr	
CAF		4, blvd du Pontiffroy 57774 METZ Cedex9	08.20.25.57.10	www.caf.fr	
ANAH		17, quai Paul Wiltzer 57036 METZ Cedex 1	03.87.34.34.57	www.anah.fr	
CRAM	Unité de Metz	37, rue Mazelle 57751 METZ cedex 9	36.46	service-social.metz@cramam.cnamts.fr	
	Unité de Sarreguemines	19, rue Alexandre de Geiger 57217 SARREGUEMINES	36.46	service-social.sarreguemines@cramam.cnamts.fr	
	Unité de Thionville	2, allée Bel-Air 57128 THIONVILLE Cedex	36.46	service-social.thionville@cramam.cnamts.fr	

VOSGES

Association Alzheimer 88		18, rue F. de Neufchâteau 88000 ÉPINAL	03.29.35.36.19	alzheimer88@orange.fr
Consultation mémoire	CH de Saint-Dié	26, rue du Nouvel Hôpital 88100 SAINT-DIÉ	03.29.52.83.67	
Centre de la mémoire	CH Jean Monnet	3, avenue Robert Schumann 88000 ÉPINAL	03.29.68.76.64	
Centre de la mémoire	Service de neurologie	CHRU Nancy Hôpital Central	03.83.85.16.14	
Conseil général des Vosges	Pôle personnes âgées / personnes handicapées	8, rue de la Préfecture 88088 ÉPINAL	03.29.29.88.48	www.cg88.fr
Maison départementale des personnes handicapées 88		1, allée des Chênes 88057 ÉPINAL cedex 9	03.29.29.09.91	mdph88@cg88.fr
DDASS		1, quartier de la Magdeleine 88026 ÉPINAL	03.29.64.66.92	
Tribunal d'instance		place Edmond Henry 88026 ÉPINAL CEDEX	03.29.34.92.83	www.justice.gouv.fr
PAIS / CLIC	CLIC entre Montagne et Mortagne	16, rue de l'hôpital 88600 BRUYÈRES	03.29.52.70.15	
	CLIC Centre Vosges	131, rue de la gare 88270 DOMPAIRE	03.29.29.19.45	
	CLIC d'Épinal et couronne	5, place l'Âtre 88000 ÉPINAL	03.29.35.07.59	
	CLIC de la plaine des Vosges	39, rue Jules Ferry 88300 NEUFCHÂTEAU	03.29.94.32.56	
	CLIC de Remiremont et Vallées	8, place Henry Utard 88200 REMIREMONT	03.29.62.10.75	
	CLIC de la Déodatie	26, rue de l'Amérique 88100 SAINT-DIÉ	03.29.56.42.88	
CCAS	CCAS Épinal	9, rue Aristide Briand 88000 ÉPINAL	03.29.82.54.17	www.ville-epinal.fr
	CCAS Gérardmer	146, rue Charles De Gaulle 88400 GÉRARDMER	03.29.60.60.60	www.ville-gerardmer.fr
	CCAS La Bresse	12, place du Champstel 88250 LA BRESSE	03.29.25.40.21	www.labresse.fr
	CCAS Saint-Dié-des-Vosges	26, rue d'Amérique 88100 SAINT-DIÉ	03.29.23.39.08	www.ville-saintdie.fr
	CCAS Remiremont	5, place du Batardeau 88200 REMIREMONT	03.29.23.39.08	www.remiremont.net
Service de Soins à Domicile (SSIAD)	EHPAD Les Saules	170, avenue Jules Ferry 88290 SAULXURES/MSLTTE	03.29.26.60.85	direction.ehpad.les.saules@orange.fr
	SSIAD Raon-l'étape	27, rue Jacques Mellez 88110 RAON-L'ÉTAPE	03.29.52.29.52	
	SSIAD Épinal	1, place d'Avrinsart 88000 ÉPINAL	03.29.31.45.27	
Services prestataires	ADMR (antennes dans tout le département)	57, chemin de Failloux 88051 ÉPINAL Cedex 9	03.29.81.22.33	www.fede88@admr.org
	AMF 88	15, rue du Chauffour 88050 ÉPINAL cedex	03.29.68.55.50	www.amf88.fr
	ARES'AU	72, boulevard Thiers 88211 REMIREMONT	03.29.62.18.97	
	SAAD	rue des Etats-Unis 88026 ÉPINAL	03.29.35.23.06	
Centre d'accueil de jour	EHPAD Les Saules	170, avenue Jules Ferry 88290 SAULXURES/MSLTTE	03.29.26.60.85	direction.ehpad.les.saules@orange.fr
CRAM Nord-est	Centre d'Amélioration du Logement		03.83.30.80.60	
	Service aménagement de l'habitat	10, rue de la Clé d'or 88000 ÉPINAL	08.21.10.54.10	www.cram-nordest.fr
ANAH		22-26 avenue Dutac 88026 ÉPINAL Cedex	03.29.69.13.74	www.anah.fr
Télé-assistances	Présence verte	15, avenue Paul Doumer 54500 VANDOEUVRE	03.83.50.35.18	pv54-57-88@presenceverte.fr
	ADMR (antennes dans tout le département)	57, chemin de Failloux 88051 ÉPINAL Cedex 9	03.29.81.22.33	www.fede88@admr.org
CAF		30, ch de la B au B Dormant 88016 ÉPINAL	08.20.25.88.10	www.caf.fr

Annexe 11 – Arbre décisionnel nécessaire à la prise en charge matérielle d'un patient en maintien à domicile.



N° d'identification :

TITRE

**Du maintien à domicile de la personne âgée en perte d'autonomie :
Enjeux, aides, facteurs de réussite et limites.
Ce que le pharmacien d'officine doit savoir.**

Thèse soutenue le 23 juin 2009

Par François-Henri NICOLAS

RÉSUMÉ

Notre société se trouve confrontée à un enjeu démographique conséquent : le vieillissement de sa population. Huit français sur dix considèrent le maintien à domicile comme une solution privilégiée de prise en charge des personnes âgées. Ces deux facteurs conjugués impliquent que nous nous interrogeons sur la place à donner aux personnes âgées dans notre société et notamment les plus fragiles, celles qui ont des difficultés de vie quotidienne et cumulent parfois santé dégradée, isolement social et faiblesse des ressources.

La pratique du maintien à domicile est appelée à se développer dans les années à venir. En tant que futur pharmacien d'officine, nous avons cherché à définir les notions inhérentes à cette activité et à déterminer l'ensemble des aides permettant d'optimiser sa réussite. Il nous a paru intéressant de mettre en pratique ces notions au travers d'un cas pratique permettant d'élaborer une démarche type d'accompagnement de la personne âgée à domicile. En dernier lieu, nous avons souhaité nous interroger sur la pratique actuelle et réfléchir sur les améliorations qui pourraient en être faites.

Ce travail s'adresse en premier lieu au pharmacien d'officine et, par extension, aux professionnels de toute obédience et aux familles confrontées à ces situations.

MOTS CLÉS

MAINTIEN À DOMICILE, DÉPENDANCE, AUTONOMIE, PHARMACIEN, AIDE, MOYENS, LIMITES

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
<u>Monsieur Jacques Callanquin</u> <u>Monsieur Pierre Labrude</u>	Orthopédie – Maintien à domicile	Expérimentale <input type="checkbox"/> Bibliographique <input checked="" type="checkbox"/> Thème <input type="checkbox"/>