

ALLONS-NOUS LICENCIER EN 2010 ?

Impensable dans un secteur unanimement reconnu comme sous doté ?

Oui mais la question se pose. Dans l'aide à domicile où une grosse association au Nord a mis fin à son activité en juin et où nombre de structures sont en très grande difficulté. Pour les établissements où plus de 15 % des structures sont concernées par les baisses de moyens dans le cadre de la "convergence".

Pendant l'été et depuis la rentrée nous ne cessons d'attirer l'attention de tous nos interlocuteurs au Ministère et à L'Elysée. Nora Berra et ses équipes font montre d'une volonté de dialogue multipliant rencontres et réunions. L'AD-PA explorera toutes les possibilités afin d'éviter ce qui serait une crise majeure dont on mesure bien les enjeux sociaux et les risques en terme de responsabilité y compris pénale pour ceux qui prendraient pareille décision.

Plus que jamais s'avère indispensable le grand débat que réclame l'AD-PA sur l'aide aux personnes âgées et la nouvelle prestation de solidarité nationale à mettre en place. Dans ce cadre nous sommes prêts à la plus grande transparence sur les budgets des établissements et services et dès lors que nos partenaires s'engageront à la même transparence sur leurs budgets sociaux.

À un moment où les Pouvoirs Publics en appellent à la solidarité face à la possibilité d'une pandémie grippale, on peut se demander s'il est raisonnable de fragiliser encore plus un secteur qui connaît déjà de graves difficultés.

Espérons que les prochains débats parlementaires sur les budgets 2010 seront l'occasion d'un vrai ressaisissement.

Pascal Champvert
Président de l'AD-PA
Directeur Saint-Maur, Sucy, Bonneuil (94)

SOMMAIRE

ÉDITORIAL	1
INVITÉ : L. PLOTON	2 - 4
DOMICILE : croisée des chemins	5 - 6
ESPACE JURIDIQUE	7
POSITIONNEMENTS	9
LIVRES	10
ANIMATION	11

**ENCART
SPÉCIAL "ADHÉRENTS"**

Les assises Alzheimer	I
Nouveaux correspondants	I
Réforme de la tarification	I-II-III-IV

*L'encart spécial est adressé
uniquement aux adhérents AD-PA*

www.ad-pa.fr

*L'AD-PA (Association des Directeurs au service des Personnes Agées)
regroupe les Directeurs d'établissements de services à domicile et de coordinations.*

CONSIDÉRATIONS SUR LE SOIN RELATIONNEL EN UNITÉS POUR PERSONNES DÉSORIENTÉES

Concernant l'hébergement des personnes âgées dépendantes il y a lieu de rappeler que c'est environ 75% des résidents des établissements gérontologiques qui souffrent de déficits cognitifs (quelle qu'en soit la cause). Cela implique d'avoir une politique "Alzheimer" qui concerne l'ensemble de l'établissement. Il est en effet illusoire et négatif de se contenter d'une enclave "Alzheimer" sous forme d'une petite unité dédiée. En effet le risque est grand d'en faire un lieu d'exclusion où sont orientés les malades les plus graves. J'ajouterai que les places étant comptées il faudra en permanence se poser la question d'en faire sortir un patient pour donner sa place à quelqu'un allant plus mal. Or il n'est rien de plus délétère que les changements pour des sujets aussi fragiles.

Une telle politique passe nécessairement par la prise en compte des particularités du fonctionnement psychique des malades ; parmi celles qui sont à prendre particulièrement en compte, il y a :

- les perturbations de la mémoire ;
- la perte de la fonction cathartique de la parole, fonction d'extériorisation des émotions permettant d'en limiter l'impact traumatique ;
- la perte d'un certain nombre d'opérations mentales : reconnaissance des visages et des lieux, orientation, conceptualisation, anticipation, représentation de l'absence, permanence de l'objet¹ ;
- la perte de l'accès au sens figuré et des capacités d'association d'idées, qui représentent non seulement des capacités de mémorisation, mais aussi de métabolisation des émotions qui peuvent ainsi s'intégrer à la vie psychique en entrant dans des chaînes associatives.

À un moment donné le malade évolue vers un mode de pensée préverbal (ne

¹ Il s'agit de la capacité de se représenter comme toujours existant des objets ou des personnes que l'on ne voit plus, par exemple parce qu'ils sont sortis de la pièce.

peut plus penser avec des mots) puis vers un sentiment de vide psychique potentiellement angoissant. Dans le même temps ses capacités relationnelles, du point de vue affectif, restent importantes, mêmes si elles ne sont pas régulées par une cognition et des capacités subjectives efficaces, ce qui risque de se révéler problématique.

La conséquence en sera, après une période plus ou moins longue de tentative de maîtriser son environnement sur le mode du contrôle obsessionnel, le besoin de s'en remettre à d'autres. La demande d'appui par l'entourage pourra prendre une tournure abandonnique avec une dépendance affective avide. C'est ainsi que le malade induit inconsciemment des situations de maternage, voire même peut être en quête de sa mère dans le cadre d'un processus hallucinatoire anxieux. Il entre alors dans une phase le prédisposant aux troubles du comportement, comme moyens d'expression "de secours". Il peut également se déprimer, devenir confus ou sombrer dans la démotivation et l'apathie.

De fait, doté d'un appareil psychique vide de contenus en termes de pen-



sées construites, le malade vit un équivalent de psychotisation. Et, comme le psychotique il aura recours inconsciemment à des mécanismes inconscients d'attaque à la pensée² d'autrui comme mode de mise à distance d'autrui : "faute de mieux".

Le soin relationnel devra tenir compte de telles particularités, sinon on court à l'échec. Il repose sur quatre axes essentiels qui visent à pallier les difficultés venant d'être rappelées.

Ces axes sont :

- le maintien d'une afférentation cognitive suffisante ;
- une sécurisation affective représentée par la présence constante d'un professionnel auprès des malades ;
- promouvoir des stratégies de motivation ;
- la mise en place par les intervenants de moyens de préservation de leur capacité de s'organiser et même, tout simplement, de leur capacité de penser.

² Il s'agit de l'induction de perturbations émotionnelles ayant pour effet de troubler les intervenants dont l'esprit critique et la capacité de donner du sens à leur action peut s'en trouver gravement ému.

Le maintien d'une afférentation cognitive suffisante

Un sujet qui est en perte de maîtrise de son environnement, faute de mémoire et de capacité d'opérer les opérations mentales dont nous avons évoqué la défaillance, doit pouvoir s'appuyer sur une organisation stable (et donc rassurante) de sa vie quotidienne.

Cela passe par une forme de ritualisation de la vie, d'où sont proscrits,

autant que possible, les changements intempestifs.

Il est par exemple souhaitable d'éviter les changements d'interlocuteurs et de lieux de séjours. Un petit nombre d'intervenants, toujours les mêmes est à encourager. A ce propos les rotations d'équipes constituent une "fausse bonne idée". La charge émotionnelle à laquelle sont soumis les soignants

n'en est pas moindre. La fuite n'a jamais été une façon efficace de résoudre les problèmes. Et plutôt que de changer de têtes, peut-être vaudrait-il mieux se donner les moyens de métaboliser les émotions et toutes formes de stress auxquels les soignants sont soumis.



Une présentation de la maladie. Des hypothèses psychologiques, des explications. Des démarches pour vivre jusqu'au bout avec ces personnes.

L'auteur nous invite à porter un regard attentif sur les conduites des Malades d'Alzheimer et sur celles que nous adoptons avec eux. C'est toute la question de l'expression comportementale qui vient à se poser à leur propos, au même titre que chez tout un chacun. Nous sommes entraînés à pénétrer dans les mystères de la communication inconsciente. Il devient alors nécessaire de s'interroger sérieusement sur les aspects idéologiques du rôle attribué, sans preuves formelles, aux lésions cérébrales. Un tel fil

directeur permet de progresser dans la connaissance de la maladie du point de vue du malade. Mieux se représenter son mode de pensée, sa problématique et ses besoins psychologiques, permet de mieux organiser sa prise en charge et d'apprendre à négocier avec lui. La pratique sociothérapeutique, dont les principes sont exposés, en fournit une illustration concrète.

Chronique sociale - 176 p. - 16,50 €

Dans le même ordre d'idées, le fait d'avoir une chambre individuelle et de ne pas avoir à en changer quelle que soit l'évolution de la maladie est également très important. En effet dès

que l'institution recourt aux chambres collectives elle expose ses résidents à risquer faire les frais de permutations, pour des considérations relationnelles ou pratiques.

Il reste ensuite à être rassurant en introduisant des constantes dans la journée.

■ Une sécurisation affective représentée par la présence constante d'un professionnel

Cela repose notamment sur l'existence d'un espace central (lieu de passage obligé) où, en journée, les malades trouveront nécessairement un ou deux membres du personnel disponible. Il s'agit de pouvoir rassurer le groupe et éviter les dérives intempestives des patients pendant que le reste du personnel effectue des soins individuels et des tâches diverses, nécessitant de se concentrer.

Si des patients ont lieu d'être isolés ce sont essentiellement ceux qui présentent des troubles du comportement nocturnes et qui peuvent relever d'une zone de couchage séparée. Encore faut-il que ce soit précisément dans cette zone (ou à l'interface de cette zone et du reste de l'établissement) que soit implanté le point de veille.

Le malade d'Alzheimer est à sa façon un abandonnique. Il a peur d'être oublié et il a besoin de vérifier qu'il compte pour autrui, ce qui le conduit

à être dans la demande pour pouvoir s'appuyer, pratiquement en permanence, sur un tiers rassurant. Cela étant, il ne supporte pas la solitude et, privé de cette présence, il s'angoisse très facilement ce qui le conduit très vite à présenter des troubles du comportement. Un établissement ou une unité de soins spécialisés se doivent d'avoir en leur sein un point de rencontre où le malade sera assuré de trouver un soignant disponible. L'idéal est que ce centre de gravité relationnel soit un point où une activité est proposée.

Entendons nous bien, parler d'activité ne signifie en rien qu'il sera demandé au patient d'exercer un talent ou de faire montre de performances de quelque ordre que ce soit. Il s'agit plutôt d'offrir un "attracteur" à son attention, destiné à venir momentanément pallier son vide psychique, de manière chaleureuse et sans jamais mettre ses compétences à l'épreuve.

Classiquement cela repose sur l'exer-

cice d'activités ménagères simples, mais il peut s'agir d'une animation basée sur l'organisation de jeux de hasard ou, tout simplement, d'écouter une lecture à voix haute faite par un soignant. Et là le choix est large : livre, conte, revue ou quotidien etc.

Ce professionnel pour rester efficace devra être relevé périodiquement et il devra être épaulé par d'autres soignants pour des services de boissons, l'aide à une mise en place confortable sur les sièges, surtout, pour les accompagnements aux toilettes. Sinon il sera rapidement aspiré par des soins individuels et sa fonction de contention groupale ne pourra plus s'exercer. Or le fait qu'il prenne en charge le groupe est primordial, puisque de nature à permettre que dans le même temps d'autres tâches dont les soins individuels peuvent se dérouler normalement, parce que protégés.

■ Promouvoir des stratégies de remotivation

Il s'agit de deux ordres de façons de faire.

Tout d'abord d'accepter et d'investir le malade tel qu'il est sans lui demander de changer en remerciement de nos bons soins. C'est un peu comme en amour, pouvoir dire à l'autre : « je t'aime tel que tu es, sans te demander de changer, tu n'as rien à prouver et je ne te demande rien en échange des sentiments que je te porte ». Là il ne s'agit pas d'aimer mais d'investir et de savoir positiver, valider, renarcissiser. On peut à ce propos soutenir que mettre de la vie passe autant sinon plus par mettre de l'investissement

que par mettre du mouvement.

Il s'agit aussi de rendre à un patient, qui peut avoir une peur panique de s'impliquer, une capacité relative d'exercer des choix, d'avoir une part de maîtrise de ce qui le concerne. Entendons-nous bien il ne s'agit en aucun cas de concourir à l'angoisser en lui demandant de faire des choix essentiels qui le dépassent. Tout en sachant que de tels patients tout incapables de s'impliquer qu'ils soient, restent capables d'exprimer des refus sur le mode comportemental, si on veut bien prêter attention au sens

ou à la fonction (quoi sert à quoi) de leurs conduites. Il s'agit en fait de les consulter sur ce qu'ils peuvent préférer dans l'immédiat : porte ouverte ou fermée, viande ou poisson³, rester en chambre ou en sortir etc.

Cela peut aussi concerner la toilette matinale, en ce sens qu'il peut être judicieux d'accepter le refus d'un patient quitte à revenir le solliciter plus tard.

³ L'expérience montre à ce propos qu'il est possible de mettre les deux sur une table sans gaspillage pour autant et de proposer l'un, l'autre ou un peu des deux, avec, au pire le risque qu'en bout de table il n'y ait plus de choix possible. L'induction de mouvements d'humeur qui risquent de s'en suivre, étant aussi une façon de mettre de la vie.

Depuis 1975, Louis Ploton défend l'idée que :

- d'une part, il n'y a pas de raisons de soigner les personnes âgées dans un circuit spécial, sauf si c'est pour tenir compte d'une vulnérabilité psychique accrue du fait de leur âge ou de leur statut social ;
- d'autre part, même les patients dont l'invalidité sociale est majeure, comme ceux atteints de maladie d'Alzheimer, possèdent une forme de vie psychique et de perception de ce qui les entoure. De là, découlent une analyse et une réflexion en équipe qui débouchent sur une série de réalisations à propos de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et de leur maintien à domicile

dans le cadre concret d'un dispositif pluridisciplinaire.

Ce livre permet de comprendre comment, ce qui est patiemment décrypté au plan psychologique individuel et collectif peut remplir une fonction essentielle qui est d'étayer et de donner un sens aux pratiques médicales et sociales. Après avoir situé les acteurs en présence (soignants, personnes âgées, famille) et le cadre dans lequel ils se situent, l'auteur aborde le problème de la prise en charge relationnelle des personnes âgées dépendantes, pour déboucher sur une critique du concept de «démence sénile» qui relie de façon non polémique les approches biologiques et psychologiques de la maladie d'Alzheimer.

Incontestablement, les données et les connaissances toutes récentes qui sont exposées peuvent offrir une cohérence nouvelle aux pratiques gérontologiques.

Chronique sociale - 256 p. - 24,50 €

La prise en charge relationnelle des personnes âgées dépendantes. La place des différents acteurs concernés (soignants, personnes âgées, familles).



La mise en place par les intervenants de moyens de préservation de leur capacité de s'organiser et même, tout simplement, de leur capacité de penser

Un des risques majeurs des unités spécialisées est de tomber dans le "n'importe quoi" avec des dérives aboutissant à une perte du sens de nos actes⁴. Pour s'en préserver on peut s'appuyer sur plusieurs ordres de moyens.

Il s'agit essentiellement pour les soignants de parvenir à protéger leur capacité de penser en situation de soins. On rappellera, à ce propos, l'existence des puissants phénomènes d'attaque à la pensée auxquels ils sont soumis de manière inconsciente de la part des malades. Cela passe essentiellement par la mise en place de temps incontournable consacrés à l'analyse clinique et à la prise de décision. Ces temps pour doivent relever d'un cadre de réflexion rigoureux. Si une procédure et une seule devait être instituée dans un établissement de soins, ce devrait être celle définissant les raisons et la manière de s'interroger, offrant des garanties de rigueur suffisantes pour éviter l'arbitraire, la cote d'amour et l'aléatoire (persécuteurs pour tous).

Dans ce cadre la capacité de s'interro-

⁴ Quel sens ils ont pour nous, quel sens ils peuvent avoir pour eux.

ger sur la validité de nos choix cliniques quotidiens et de nos principes d'action repose sur la mise en perspective des préoccupations prioritaires des uns et des autres. C'est-à-dire que l'analyse clinique y est nécessairement pluridisciplinaire, les naïvetés des uns venant interroger les trop grandes certitudes des autres. Certes, en urgence c'est celui qui est présent qui fait comme il sent, mais avant de pérenniser une solution il y a nécessairement matière à réfléchir sur les enjeux médicaux, sociaux, familiaux et psychologiques, du point de vue individuel, des façons de faire. Celles-ci (qui sont surdéterminées par nos représentations) sont déterminantes en termes de plus-value (ou de moins-value) psychomotrice⁵.

Ce travail clinique suppose de pouvoir s'appuyer sur la référence partagée à une théorie du psychisme et du fonctionnement intersubjectif au sein des groupes ou des institutions. C'est là qu'intervient l'apport central d'un psychologue clinicien qui seul possède les

⁵ Il n'y a pas que les sportifs qui sont sensibles aux facteurs psychologiques, tout être l'est à tout âge et rien ne prouve que les malades d'Alzheimer (au sens large du terme) y échappent.

outils intellectuels qui s'imposent⁶. Son action sera double.

Il lui échoit de faire émerger des représentations ou des hypothèses alternatives par rapport aux hypothèses spontanées initiales relatives à une situation, pour faire évoluer celle-ci à partir d'un changement de représentations, chaque fois que c'est possible (changer de regard). Cela permet de développer non seulement les capacités de compréhension, mais aussi la capacité à se situer spontanément dans l'action à partir de la perception d'une logique (d'un sentiment de cohérence) dans les événements qui surviennent tout comme entre ce qui est fait, dit, observé et ressenti.

Le psychologue aura également pour tâche de concourir au développement des capacités de mentalisation de l'équipe (quoi lui fait collectivement penser à quoi) pour que les émotions puissent être mieux métabolisées et qu'il y ait moins besoin de recourir à des stratégies de mise à distance relationnelle de type obsessionnel pour "contrôler" la relation.

⁶ Dans l'idéal celui-ci devrait aussi posséder de solides connaissances neuropsychologiques.

En conclusion

Ce qui vient d'être dit est vrai dans une unité "dédiée" aux malades d'Alzheimer. Mais l'existence d'une telle unité est loin de régler tous les problèmes. Des questions se posent par exemple à propos de la tendance à n'y admettre les malades que pour un séjour limité dans le temps. Il peut s'agir par exemple de devoir faire de la place pour un sujet par ailleurs trop

perturbant ou bien d'exclure de l'unité un patient en voie de perte d'autonomie physique. Dans tous les cas le changement imposé sera inutilement perturbateur pour le malade concerné. C'est pourquoi, compte tenu du fait que dans les établissements qui accueillent des personnes âgées dépendantes 75% d'entre elles souffrent de déficit cognitif patent, c'est tout l'éta-

blissement et pas seulement une unité "dédiée" qui devrait avoir une politique "Alzheimer". Et, il y a lieu de le souligner, les lignes directrices qui viennent d'être proposées peuvent s'appliquer à l'ensemble d'un établissement sans autre difficulté que de savoir ce que l'on veut.

Louis Ploton
Professeur de gérontologie

L'AIDE À DOMICILE À LA CROISÉE DES CHEMINS

Dans la lettre d'info de juin de l'Agence Nationale des Services à la Personne, le directeur général, Bruno About se félicitait de la bonne vitalité du secteur. C'est vrai que, depuis la loi Borloo, les services à la personne sont un melting-pot où on met sur le même plan

l'arrosage des fleurs, l'initiation à l'informatique et l'aide à domicile pour personnes âgées dépendantes.



Un constat inquiétant

Or, nous, directeurs de services d'aide et de soins à domicile, que constatons-nous ?

- que depuis 2006 notre activité stagne, voire régresse ;

- que suite à l'application de la loi 2002-02 et la nécessaire modernisation des services à domicile les coûts de revient ont considérablement augmenté entraînant même la fermeture de certaines structures.

Dans un article du "Monde" du 30 juin, l'association ADAR grosse association de Lille annonçait 380 licenciements.

Sur ces deux dernières années dans les Alpes-Maritimes plusieurs associations ont été placées en liquidation judiciaire. C'est le cas de l'AMFD 06, association qui existait depuis 70 ans, rachetée par la société Bel Age, de

même que l'AM-PPAD, grosse association du département.

Dans le Territoire-de-Belfort, les trois associations les plus importantes du département ont connu une année 2008 calamiteuse et une d'entre elles est contrainte de procéder à des licenciements dès septembre.

Ces difficultés, qui sont nationales, ont des causes diverses :

Les conseils généraux (ainsi dans les Alpes-Maritimes) appliquent souvent un tarif trop bas pour le taux horaire de L'APA, plus bas que le taux CNAV référence dans le secteur qui ne progresse pourtant que faiblement, alors que les personnes qui bénéficient de

l'APA nécessitent du personnel qualifié.

Nous avons mis en avant à plusieurs reprises les difficultés des services à domicile ; ainsi la tarification individualisée telle qu'elle a été définie dans la loi 2002-02 est appliquée de façon aléatoire et inégale dans les départements.

Par ailleurs, le taux unique de la CNAV défavorise les structures qui font des efforts sur la qualité du service et sur la professionnalisation de leur personnel.

Une modernisation nécessaire mais coûteuse

La modernisation des services d'aides à domicile était cependant nécessaire...

Depuis une dizaine d'années, de gros efforts ont été faits pour la professionnalisation des personnels, notamment en leur permettant de se former et en les incitant à préparer le DEAVS (diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale).

Les interventions à domicile sont de plus en plus lourdes et on est loin de "l'aide ménagère" des années 60 !

Les personnes âgées à domicile sont les mêmes qu'en établissement, avec des GIR 1 et 2, parfois des pathologies très invalidantes.

Par manque d'infirmières libérales (qui ne font que très peu ou plus de soins de nursing) et de places en SSIAD, les aides à domicile doivent souvent pallier ces carences.

On assiste donc à des sorties d'hôpital pas toujours prévues, avec des familles (ou parfois pas de famille du tout) désemparées face à un proche dont la fragilité s'est aggravée pendant l'hospitalisation.

Lorsque ces familles essaient de trouver une aide, la réponse la plus courante est : « Les infirmières sont surbookées, il y a 30 personnes avant eux sur les listes d'attente des SSIAD ». Et donc on recourt à une aide à domicile...

Ce sont souvent de "braves femmes" mais le bon sens, nécessaire dans ce métier, est loin de suffire.

Il faut des compétences acquises par des formations diplômantes ou à tout le moins qualifiantes.

Pour avoir des professionnelles fiables et qui font un travail de qualité, il faut une reconnaissance salariale.

Le DEAVS, dans la grille de la convention collective du domicile est au même niveau que celui des aides-soignantes.

Par ailleurs, les aides à domiciles ont été (et sont encore parfois) payées pendant longtemps à l'heure.

De nombreuses structures, par respect des obligations légales, ont mis en place la modulation du temps de travail qui permet aux aides à domicile d'avoir un salaire mensuel fixe.

Tous ces éléments auquel se rajoute le désir pour les structures d'obtenir la certification et donc d'appliquer une démarche qualité, ont considérablement renchéri le coût de l'intervention à domicile. Les déficits ont parfois été contenus à défaut d'avoir été apurés en totalité.

Une concurrence florissante

Dans le même temps, les entreprises privées ont fleuri... tirant les prix vers le bas en raison de l'absence de convention collective et de moindres contraintes de fonctionnement.

Autre concurrent des services d'aide à domicile, plus redoutable car plus sournois et en grand développement :

le gré à gré.

Favorisé pour la généralisation des chèques emploi service universel (CESU) et par l'apparition du statut d'auto entrepreneur, il va à l'encontre du travail accompli dans le secteur depuis ces dix dernières années.

Sans l'interface que représentent les

services, les personnes âgées se retrouvent face à des intervenants qui n'ont pas forcément les compétences requises pour les prendre en soin de façon satisfaisante.

Sans aucun regard extérieur, le huis clos peut être même générateur de maltraitance sous toutes ses formes.

Des solutions existent !

C'est pourquoi, une fois encore se pose la question de la politique que l'on veut pour les personnes âgées et des financements qu'on veut y mettre. Pour dynamiser le secteur du domicile, en particulier, dans le domaine associatif, il est nécessaire de sortir de l'activité exclusive d'aide aux personnes âgées telle qu'elle est pratiquée dans de nombreuses structures.

Cette diversification peut se faire sous différentes formes, notamment à l'instar de ce qu'a fait l'AD-PA, par des rapprochements entre établissements et services d'aide à domicile pour constituer des pôles gérontologiques globaux assurant le suivi de la personne âgée du domicile à l'institution. Les exemples de concentration verticale réussie ne manquent pas. Les

économies d'échelle générées pourraient pallier les difficultés de trésorerie exposées ci-dessus et sans doute avec davantage d'efficacité qu'en additionnant des services à des services (concentration horizontale) avec pour seul résultat de créer des mastodontes ingérables !

Colette Bazard – Association « Le Val d'Or »
Correspondante Régionale adj. Franche-Comté
Correspondante Départementale 90

Les immigrés à la retraite en France, chiffres et législations clés

Les immigrés retraités ou préretraités en France sont plus de 963.000, selon le recensement de 2006 de l'Insee.

Le troisième âge migrant le plus vulnérable, en foyer et touchant le minimum vieillesse, est estimé à quelque 37.000 personnes dont 20.000 Algériens baptisés "Chibanis" ("anciens" en arabe), les autres étant essentiellement des Maghrébins et des ressortissants de l'Afrique sub-saharienne.

Selon les études statistiques, le vieillissement des migrants doit culminer dans les années 2010/2020.

Les "chibanis" souffrent dès 55 ans, de pathologies observées chez les Français plus âgés de 20 ans.

Les étrangers sont également proportionnellement trois fois plus souvent victimes d'accidents du travail entraînant une incapacité du travail permanente ou la mort.

Les associations soulignent la part grandissante des femmes parmi les immigrés touchant des retraites très faibles, notamment des pensions de réversion.

Deux dispositions législatives principales concernent les retraités immigrés.

La loi Chevènement de mai 1998 a notamment instauré une carte de retraité valable 10 ans, permettant d'aller et venir sans visa mais entraînant une perte de la qualité de résident, du droit au séjour et des droits associés (en particulier l'assurance maladie).

Même si certains vieux migrants auraient préféré s'installer dans leur pays d'origine, beaucoup d'immigrés ont décidé de garder leur titre de résident afin de conserver les prestations sociales qui sont soumises à des conditions de résidence en France.

En mars 2007, la loi Borloo sur la cohésion sociale a également créé une nouvelle aide dite « à la réinsertion sociale et familiale », pour les vieux migrants souhaitant effectuer des séjours de longue durée dans leur pays d'origine.

Cette aide, réservée à une catégorie très limitée de migrants retraités (vivant seuls en foyer et bénéficiaires du minimum vieillesse), entraîne la perte de différents droits sociaux.

Deux ans et demi après sa création, les décrets d'application de cette nouvelle aide ne sont pas parus.

mutuelle
intégrance

L'esprit de solidarité

Spécial Offre de bienvenue !¹

pour toute adhésion souscrite
avant le 15/11/2009 et prenant
effet au plus tard le 1^{er}/01/2010

La garantie Seniors



Une complémentaire santé
adaptée aux seniors en EHPAD*
et en Maison de retraite.

Adhérez à Intégrance et bénéficiez de :

- + un chèque cadeau² de 20€,
- + droits d'entrée offerts,
- + une prise en charge immédiate.

Contactez-nous
en précisant

« bienvenue 10 »

par mél :

bienvenue@integrance.fr

ou par téléphone :

N°Vert 0 800 10 30 14
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

Site internet : www.integrance.fr

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au
Registre National des Mutuelles sous le n° 340 359 900. Siège : 89 rue Damrémont
- 75002 Paris cedex 18. Toutes marques déposées. 1 : Règlement de l'offre disponible
sur demande ou sur notre site Internet. 2 : Le Chèque cadeau vous sera envoyé après
30 jours effectifs d'adhésion. * Établissement d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes.

LA NOUVELLE LOI HPST



La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a été publiée au

Journal Officiel le 22 juillet après avoir été partiellement invalidée par le Conseil Constitutionnel dans sa décision n° 2009-584 du 16 juillet 2009. Comportant 135 articles, le texte est structuré en quatre parties relatives à la modernisation des établissements de santé, à l'accès aux soins pour tous, à la politique de prévention et de santé publique et à l'organisation territoriale de la santé.

Ce qu'il importe de mettre en exergue ici, ce sont les réformes induites par cette loi dans le secteur social et médico-social.

En premier lieu, la loi crée les agences régionales de santé (ARS) qui se substituent aux organismes actuellement compétents pour la mise en œuvre des politiques sanitaires et médico-sociales, à savoir les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les pôles santé et médico-social des DDASS et des DRASS, les groupements régionaux de santé publique, les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) et les missions régionales de santé.

Ces nouvelles agences auront pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional, notamment des objectifs de la politique nationale de santé et des principes de l'action sociale et médico-sociale. Son directeur sera nommé en conseil des ministres.

Par ailleurs, au sein du titre IV de la loi, consacré à l'organisation territoriale du système de

santé, figure un chapitre relatif aux établissements et services médico-sociaux (voir notamment l'article 124 de la loi).

Au terme de ce chapitre, ce sont le régime des autorisations, les procédures d'évaluation et de contrôle ainsi que la définition des objectifs et orientations financières des structures à travers la mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens qui font l'objet d'une rénovation dont l'ampleur ne saurait être négligée.

Les principales dispositions applicables

- le remplacement des comités régionaux d'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) par une commission de sélection d'appel à projet social ou médico-social consultée pour avis sur les demandes de création, transformation et extension (supérieure à un seuil fixé par décret) d'établissements ou de services qui font appel au moins partiellement à des financements publics.
- une réorganisation des compétences s'agissant des autorisations et des schémas d'organisation sociale et médico-sociale selon la catégorie d'établissement ou service.
- la généralisation de l'application du régime des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) aux établissements et services accueillant des personnes âgées qui dépassent un seuil de taille fixé par arrêté qui viennent se substituer aux conventions tripartites.
- l'obligation du recours à un CPOM pour les établissements et services relevant de la compétence tarifaire du préfet ou de l'ARS.
- une nouvelle organisation et un renforcement du contrôle des établissements et ser-

vices et une évaluation de leur activité sur la base des procédures et recommandation de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

- la création d'un statut d'établissements et services sociaux et médico-sociaux privés d'intérêt collectif lorsque ceux-ci :

- o exercent leurs missions dans un cadre non lucratif et dont la gestion est désintéressée ou exercent leurs missions dans un cadre lucratif mais en ayant conclu une convention d'aide sociale

- o inscrivent leur action dans le cadre d'un projet institutionnel validé par l'organe délibérant de la personne morale de droit privé gestionnaire, en vue de répondre aux besoins émergents ou non satisfaits et en vue de limiter le reste à charge des personnes accueillies ou accompagnées, dès lors qu'une participation financière est prévue par les textes en vigueur

- o publient leurs comptes annuels certifiés

- o établissent, le cas échéant, des

coopérations avec d'autres établissements et services sociaux et médico-sociaux pour organiser une réponse coordonnée et de proximité aux besoins de la population dans les différents territoires, dans un objectif de continuité et de décloisonnement des interventions sociales et médico-sociales réalisées au bénéfice des personnes accueillies ou accompagnées.

- l'élaboration d'un rapport sur la mise en œuvre d'un service minimum dans le secteur médico-social au regard des contraintes constitutionnelles que le Gouvernement devra remettre au Parlement avant le 30 juin 2010.

- l'organisation d'un accueil temporaire en EHPAD.

- la faculté pour l'autorité de tarification à recourir à des injonctions lorsque la situation financière fait apparaître un déséquilibre financier ou des dysfonctionnements dans la gestion d'un établissement ou service et à la possibilité de nommer, à défaut de réponse satisfaisante à l'injonction, un administrateur provisoire.

Conclusion

L'article 131 de la loi précise l'application dans le temps de ces nouvelles dispositions légales.

Nous retiendrons essentiellement que les dispositifs intéressant le secteur social et médico-social évoqués et, notamment, ceux relatifs aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, aux procédures d'évaluation

ou encore à la création des établissements privés d'intérêt collectif, devront entrer en vigueur au plus tard le 1^{er} juillet 2010.

En outre, la suppression des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale au profit des commissions d'appel à projet et la nouvelle procédure d'autorisation s'appliqueront aux demandes d'autorisation,

d'extension ou de transformation des établissements et services, déposées à compter de cette date.

Les décrets à paraître permettront de préciser ces nouveaux dispositifs. Nous ne manquerons pas de vous tenir informés de leurs apports.



PREST'IM

Professionnel de
l'hygiène et de la
désinfection

Vous accompagne dans la démarche qualité

PREST'IM

A la pointe de la réglementation et par son expérience incomparable fournit une aide appréciée dans la réalisation de cette démarche et définit une structure cohérente de traçabilité de l'ensemble des documents afin d'assurer la mise en place des procédures « QUALITE » et le suivi des prestations en Bio nettoyage des équipes d'agents d'hébergement.

L'article 22 de la loi
N°2002-2 du
2 Janvier 2002
prévoit
l'obligation d'une
évaluation
interne de la qualité
des prestations

Travailler efficacement et
dans de bonnes conditions.

Spécialiste des résidences pour personnes âgées.

Prest'im rationalise l'ensemble des
techniques de nettoyage et de
désinfection

Application des méthodes et
principes de Bio nettoyage
(nettoyage et désinfection)

Décret HACCP analyse des dangers
et contrôle des points critiques pour
leurs maîtrises.

Méthode RABC analyse des risques
et contrôle de la bio contamination
en blanchisserie

Notre concept colorimétrique évite
les contaminations croisées et lutte
contre les infections nosocomiales,

Evaluation de votre site	<p>Cette démarche est conduite dans les principes déontologiques et éthiques avec pour objectifs de répondre aux attentes de chacun et de développer l'amélioration continue de la qualité.</p>
Organisation et planification	
Mise en place des procédures (traçabilité et maîtrise des risques)	
Protocoles et autocontrôles en Bio nettoyage HACCP /RABC	
Formation des équipes ASH et contrôle des connaissances Formateur n° 11770401377 DGTFP	
Observance des bonnes pratiques	
Suivi et assistance technique	
Analyses régulières d'indicateurs évaluant les prestations et les objectifs atteints en vue de l'amélioration continue de la qualité	

Plaquette d'information
ou rendez-vous sur demande

SARL PREST'IM
16 bis rue des Pendants
de la Queue en Brie
77340 Pontault Combault
Tél : 01 60 29 57 23
Fax : 01 60 29 13 05

mail : prestim77@wanadoo.fr
site : [http:// www.sulim.fr](http://www.sulim.fr)

PREMIÈRE RENCONTRE POSITIVE AVEC NORA BERRA

J. Le Gall et P. Champvert, co-présidents, accompagnés de G. Bellut, responsable Île-de-France, ont été reçus mardi 21 juillet par la nouvelle Secrétaire d'Etat. Les responsables d'AVEC ont tout d'abord été ravis du choix comme Conseiller technique de Mohamed Malki, grand connaisseur du secteur et militant engagé de la cause des aînés. Les responsables d'AVEC ont assuré la Ministre de leur soutien sur tous les sujets qui toucheraient à la promotion de la place des aînés dans la société, des plus actifs aux plus fragilisés.

AVEC se réjouit que sa proposition d'une grande Conférence nationale ait reçu un accueil très bienveillant.

AVEC a ensuite attiré l'attention de la Ministre sur les grandes inquiétudes des personnes âgées, des familles et des professionnels concernant les injonctions

paradoxales des Pouvoirs Publics qui annoncent vouloir un degré élevé de qualité des prestations pour nos aînés, mais n'engagent pas les arbitrages financiers correspondants.

AVEC a insisté sur les conditions de vie concrète des personnes âgées : les plafonds d'APA qui limitent le volume d'heures d'aide à domicile ou poussent au recours à des professionnels peu qualifiés, et les réformes tarifaires en cours qui vont diminuer encore plus les budgets des établissements ou les contraindre à augmenter le prix déjà exorbitant payé par les personnes âgées et les familles.

AVEC a demandé un moratoire sur la "convergence tarifaire", afin que des études d'impact soient conduites avant toute nouvelle modification des règles tarifaires des établissements.

L'entretien s'est déroulé dans un climat cordial, la Ministre et ses Conseillers ayant affirmé fortement leur volonté d'échanges et de dialogue avec les acteurs concernés.



HARMONISER ET MIEUX FINANCER LES AIDES À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

AVEC a participé au séminaire organisé en juillet avec les organisations des personnes âgées et personnes handicapées de familles et de professionnels pour faire le point sur le "5^{ème} risque". Voici le document issu de ses travaux.

L'aide à l'autonomie répond à des enjeux éthiques envers les personnes âgées et les personnes en situation de handicap, mais aussi économiques car les moyens financiers à dégager seront un puissant facteur de croissance par la création de centaines de milliers d'emplois non délocalisables. Ce choix doit être fondé sur 7 principes qui permettent aux personnes en situation de handicap quel que soit leur âge d'être considérées de plein droit comme des assurés sociaux et des citoyens :

AUTONOMIE

Préférer la notion d'« aide à l'autonomie » à celle de prise en charge de la dépendance.

DIGNITÉ

Mobilisation de moyens réellement nouveaux pour mieux accompagner les personnes âgées et des personnes en situation de handicap quel que soit le lieu de

vie, diminuer les prix payés, et soutenir les familles des personnes à domicile et en établissement.

UNIFICATION - CONVERGENCE

Reconnaissance d'un droit universel à compensation pour l'autonomie quel que soit l'âge (avant et après 60 ans) dans le cadre de la loi du 11 février 2005 (art. 13) prévoyant la convergence des prestations de compensation pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées à l'horizon 2010.

LIBERTÉ

Respect du choix de lieu de vie entre domicile et établissement.

GOVERNANCE

Renforcement du rôle de la CNSA dans sa structuration actuelle assortie d'une amélioration de la représentation des acteurs autres que l'Etat.

ÉVALUATION

Mise en place, à partir d'une démarche d'évaluation individualisée et multidimensionnelle, d'un plan de compensation prenant en compte la situation, les besoins et le projet de vie de la personne quel que soit son âge et son lieu de vie.

SOLIDARITÉ

Le financement des prestations mettant en œuvre ce nouveau droit universel doit s'inscrire dans les ressources de la protection sociale et de la solidarité ; ces financements excluent tout recours sur succession et toutes conditions de ressources dans l'accès au droit ; la participation des produits d'assurance individuelle ou collective peut être envisagée si elle est encadrée et vient en supplément des financements publics.

PROCHAIN COLLOQUE AD-PA

28 - 29 - 30 mars 2010

Paris Porte Maillot

Réservez vos dates !

PENSER ET PRATIQUER L'ACCOMPAGNEMENT

Accompagnement et modernité De la naissance à la fin de vie - Gérard Wiel et Georges Levesque

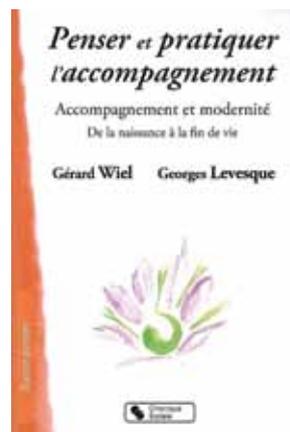
Cet ouvrage clarifie la notion d'accompagnement tant au niveau éthique, philosophique ou méthodologique. De l'accompagnement scolaire à l'accompagnement de fin de vie, une diversité d'expériences. Quels fondements, quels enjeux pour les personnes, la société? Quels points communs dans la démarche relationnelle et le cadre de réalisation?

Le développement impressionnant des pratiques d'accompagnement aujourd'hui, dans tous les champs sociaux, de l'École à l'Hôpital, n'est pas un simple phénomène de mode. C'est l'une des réponses majeures au défi de la modernité, c'est-à-dire au développement de « sociétés individualistes » qui tout à la fois libèrent et fragilisent les individus.

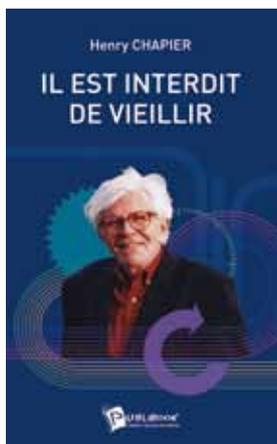
Penser et pratiquer l'accompagnement est un essai

philosophique qui s'efforce de fonder les pratiques d'accompagnement qui répondent à de fortes attentes et doivent être « reconnues ».

Chronique Sociale
coll. Savoir penser
112 p. - 12,70 €



IL EST INTERDIT DE VIEILLIR - Henry Chapier



Oui ! Il est interdit de vieillir, mais il faut rester un être vivant ouvert au monde, sensible à ses pulsations, totalement en prise avec une jeunesse à épauler...

C'est à partir de ce credo qu'Henry Chapier construit son essai qui passe au crible les travers de notre société.

Il est interdit de vieillir dénonce, dans une écriture aux accents caustiques, une civilisation moderne effrayée par le cours du temps, qui balaie d'un

revers de la main toute solidarité intergénérationnelle, et s'enfoncé, jusqu'à l'absurde, dans un culte du jeunisme...

Attention, ouvrage intraitable et mordant !

« J'ai beaucoup aimé la vivacité du ton, l'humour, la justesse qui fait mouche. Il est particulièrement jouissif que l'insupportable bêtise de l'époque reçoive cette jolie fessée déculottée. »

Alain Fleischer, réalisateur, écrivain, photographe, plasticien

Publibook - 60 p. - 9,50 €

MUSIQUE EN SCÈNE DE 4 À 97 ANS

L'envers du décor - Yolande Moyne-Larpin Préface du Dr Jean Maisondieu

Passer encore de chanter..., mais danser à cet âge ! Et pourquoi pas, si la santé le permet ? Pourquoi ne pas tenir un rôle sur scène, un rôle parlé, chanté ou dansé, à sa mesure ? Face au vieillissement, des paliers sont possibles qu'on maintient avec l'aide de l'entourage, souvent dans un projet collectif.

Le chant et la musique sont des atouts majeurs qu'on ne peut plus ignorer. Le spectacle musical qui associe, dans la bonne humeur, des acteurs de tous âges est un ressort puissant pour dynamiser la personne âgée ou la personne handicapée, jeune ou moins jeune, tandis que des enfants côtoient avec bonheur des personnes vieillissantes.

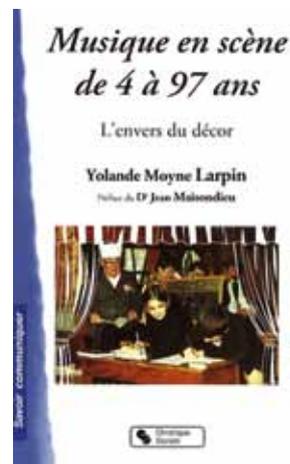
Alors, munis de quelques idées et de balises, en route pour l'aventure !

En résidence, en maison de retraite, après avoir identifié les contraintes possibles, une équipe

volontaire et ingénieuse se jouera des difficultés et offrira de véritables moments de bonheur aux personnes, à leur entourage.

En renforçant les liens intergénérationnels, ce type de projet contribue au développement relationnel au sein de la vie locale.

Chronique Sociale
coll. Savoir communiquer
224 p. - 12,90 €



« L'HOMME EXISTE COMME UNE FIN ET NON COMME UN MOYEN » E. KANT

L'animation est au cœur du projet d'établissement, et ne doit pas être le parent pauvre. Le soin n'est qu'un moyen pour permettre à la personne de vivre dignement, et non une finalité.

Le Directeur, Chef d'orchestre

La place du directeur est celle d'un chef d'orchestre qui harmonise les partitions économiques, les ressources humaines, le relationnel avec les familles, l'éthique, les différents aspects du droit, et sa concrétisation dans l'établissement.

Il est le garant éthique, porteur d'un projet institutionnel (éthique politique), d'un projet de soin (bioéthique et biomédical), d'un budget (éthique économique), d'une animation (éthique sociale). Il délègue certains aspects, mais il reste un référent. La problématique du directeur est d'assurer un budget en cohérence avec le cahier des charges, assurer une prestation de qualité dans l'établissement à travers des actions de bientraitance, et développer la citoyenneté des personnes souvent amoindries par les différentes pathologies.

L'AD-PA et l'objectif du "bien- vieillir"

C'est bien avoir une politique d'eugérisme, Le mot "eu" en grec signifiant le bien, et "géria", vieillir, qui est en même temps mot d'honorabilité. Ainsi l'AD-PA promeut cette politique "eugérique" du "bien-vieillir" à travers des prestations de qualité, un budget en concordance avec l'accompagnement le plus approprié qui permet un profond respect de la dignité de la personne. Or la personne tient une place primordiale dans la valorisation de la famille, le respect du pluralisme et l'accès à la citoyenneté. Ce dernier aspect étant, en Ile-de-France, largement développé avec "Citoyennage", association qui rassemble plusieurs résidents de différentes structures sur la vie au quotidien pendant quelques jours, pour parler de sujets d'actualités, et proposer des réflexions.

La place de l'animation

L'animation vient donc réveiller les consciences dans l'aide à l'autonomie. Elle permet la construction et le développement des personnes dans le groupe en favorisant l'engagement de chacun, occasion de temps forts, de détente et de bonheur. « La personne a de l'importance dans tous ses actes » (E. Mounier).

Le projet d'animation a été souvent perçu comme le parent pauvre des établissements. Aujourd'hui les choses ont changé. Il en est devenu un élément incontournable. Pourtant il ne faudrait pas que l'animation en oublie le public qui en a le plus besoins que sont les malades. « La dépossession est à la fois, le fait de la maladie qui nous prive de nos



projets, de notre avenir, des relations normales avec les autres, de tout ce qui nous tient à cœur et la conséquence des traitements qui sont abrutissants » (C. Marin).

L'animateur doit être vigilant à se tourner vers tout le monde. C'est un enjeu de société que de développer la dignité de la personne et lui donner du sens. Or l'animation peut être porteuse de sens. Il ne faut pas tomber dans la "disney-attitude" qui consisterait à faire une animation au rabais au nom d'un "affectif développement". Nos anciens ont le droit à une animation de qualité. Cette animation n'est pas l'apanage de professionnels. Elle doit être portée par toutes les équipes, que ce soit logistique ou de soin.

Un travail d'équipe

Le projet d'animation est un travail d'équipe autour d'une personne ou d'un groupe de personnes. C'est redonner vie. Il est en lien avec les familles pour redonner le sens social. L'animateur travaille sur des personnes, autour des personnes, avec les personnes pour les personnes. C'est un projet global qui demande de l'empathie. L'eugérisme entre pleinement dans ce cadre d'empathie.

Le projet d'animation doit être planifié, il est nécessaire que les équipes soient au courant des animations, de même qu'il est nécessaire d'évoluer et d'évaluer les animations. C'est dans ce cadre là qu'il sera possible de faire une animation de qualité.

Conclusions

Ainsi l'animation a pleinement sa place dans une politique eugérique. Toutefois l'animation doit continuer à s'ouvrir aux personnes âgées, notamment au domicile, et il nous faut être inventif. Elle doit être valorisée pleinement dans l'établissement. Enfin, elle doit prendre soin de la personne.

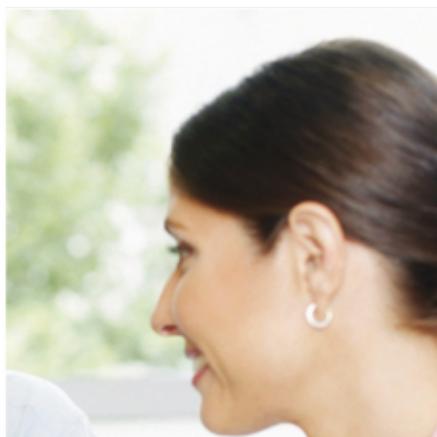
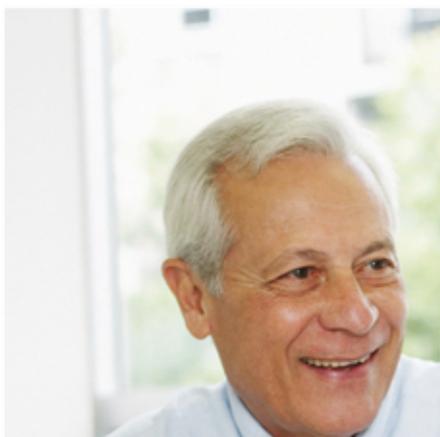
C'est le débat entre la technicité (des soins) et la qualité de vie (du résident).

Grégoire Bellut
Correspondant Régional Ile-de-France



Spécialiste de la location-entretien d'articles textiles et d'hygiène, Initial vous propose la solution adaptée à votre établissement

- Prestation adaptée à vos besoins
- Respect absolu des normes d'hygiène
- Indicateurs de traçabilité et de gestion
- Formation et accompagnement de votre personnel
- Valorisation de vos équipes et de votre image



Soyez parmi les 100 premiers à envoyer votre demande à :

contact-sante@initial-services.fr

Initial, partenaire de Serge Guérin, vous offrira « La société des seniors », son livre le plus récent.



Un « éco-service » de proximité au cœur du Développement Durable

Initial BTB
145, rue de Billancourt
92100 Boulogne-Billancourt
Tél. : **01.47.12.34.00**

www.initial-services.fr