

Valérie BREILLER-LAVERDURE
épouse FLORES

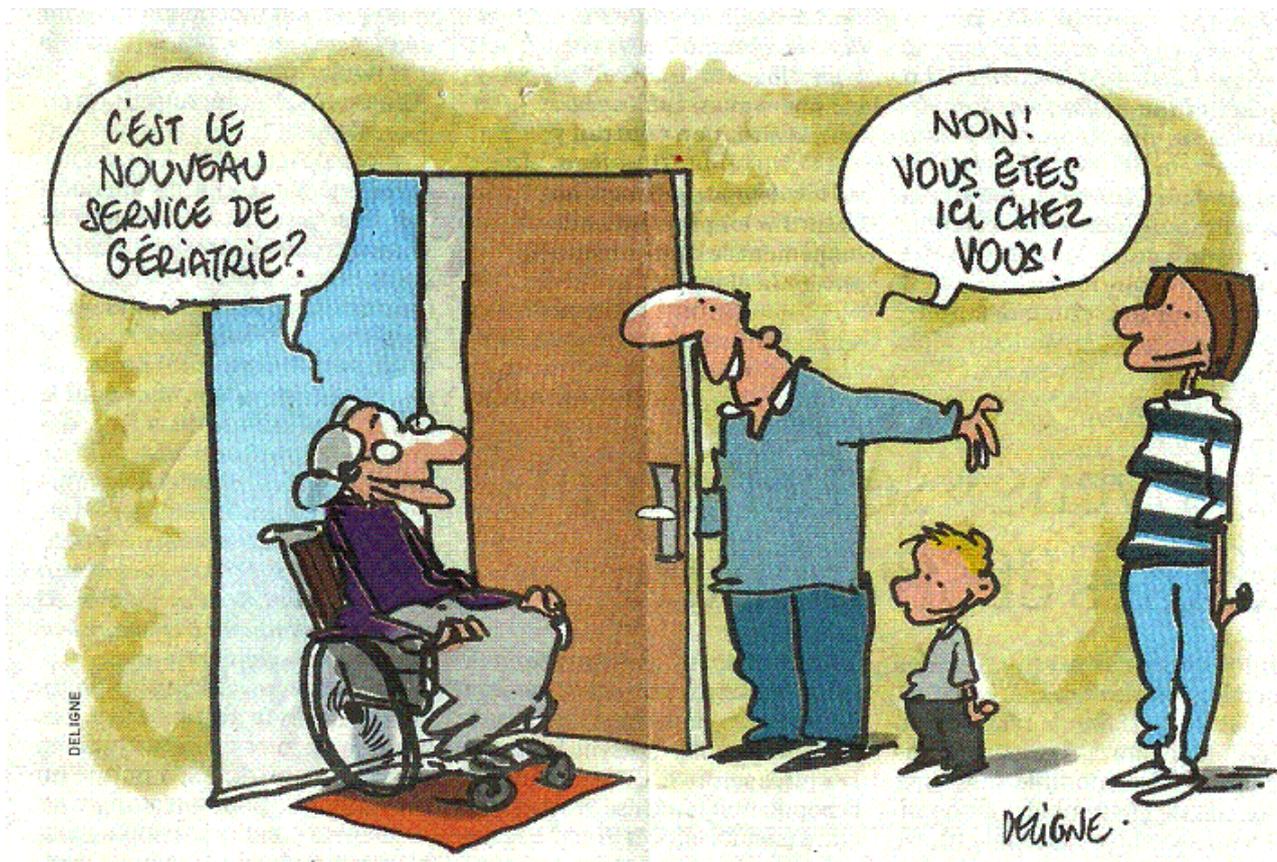
**MÉMOIRE D'INITIATION
À LA RECHERCHE
DANS LE CHAMP PROFESSIONNEL**

*Perte d'autonomie,
l'Accueil Familial Social
Une Solution ?*



*Ce n'est pas suffisant pour un grand pays d'avoir ajouté des années à la vie,
notre objectif doit être d'ajouter de la vie à ces années.*

John-F. Kennedy



Dessin extrait du journal Lacroix parution du 5 février 2009

SOMMAIRE

Introduction	1
Du thème général à une question de recherche	2
Problématique.....	2
Méthodologie de l'enquête exploratoire	3
I . Paysage de la prise en charge du grand âge en France	5
A . Etats des lieux	5
B . La vieillesse enjeu de société.....	7
II . Appréhension de la vieillesse : comment envisage –t-on la dépendance ?	8
A . De la notion de vieillesse à celle de la dépendance : s'approprier une définition du grand âge	8
B . Qu'avez vous envisagé pour votre propre vieillesse ?	9
III . Quelles politiques régissent la vieillesse ?	11
A . Le maintien à domicile.....	11
B . L'institution	12
C . Promouvoir les différents modes d'accueil intermédiaires.....	14
IV . Paysage de l'accueil familial social.....	15
A . Approche historique.....	16
B . L'accueil familial social	16
C . Que dit la législation ? Objectifs et principes de la loi	17
V . Compte-rendu de l'enquête.	20
A . Qui sont les accueillants ?	21
B . Famille d'accueil, famille modèle ?	23
C . Qui sont les accueillis ?	25
VI . L'accompagnement :une mission confiée au CESF.....	26
A . Avant le placement social en famille d'accueil.....	26
B . Suivi de la personne accueillie au sein de la famille d'accueil.	28
VII . L'Accueil Familial Social, une alternative appréciée.....	29
A . Vieillir dans la dignité.....	29
VIII . Problématique : Malgré ses qualités, l'AFS est en plein déclin.....	32
A . Accueillant familial : un métier peu reconnu.....	32
B . L'AFS :un concept très peu sollicité par les pouvoirs publics.....	35
IX . De la problématique à l'hypothèse de travail.....	35
X . Se projeter dans la démarche de validation	38
Conclusion.....	39
Bibliographie.....	41
Annexes.....	42

Introduction

Une bonne odeur de potée embaume la maison de Maria.» *Ces parfums me rappellent des souvenirs d'autrefois, j'ai de la chance ici, Maria me prépare souvent mes petits plats préférés*
« remarque Marie Thérèse, 87 ans accueillie depuis 2008 chez Maria. Même si le souvenir de sa belle maison du midi, et de son histoire passée, lui font monter les larmes aux yeux, Marie Thérèse, en perte d'autonomie est heureuse de ce choix. *«J'ai été placée en maison de retraite, mais je n'étais pas faite pour cela, j'ai vécu des moments très durs... Ici, c'est comme en famille, je me sens beaucoup plus à mon aise... En plus c'est moins cher...»*

Selon la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, *«Lorsque le soutien à 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»*

Selon le code de l'action sociale et des familles Art. L 231-4 : *« Toute personne âgée qui ne peut être utilement aidée à domicile peut être placée, si elle y consent, dans des conditions précisées par décret, soit chez des particuliers, soit dans un établissement »*.

Or si l'institution peut se prévaloir du maintien de l'intégrité physique, de la sécurité et d'un certain confort matériel, la chaleur d'un foyer, que seule une famille peut offrir, répondra d'avantage aux besoins conviviaux, affectifs des personnes accueillies.

De nos jours, l'accueil familial à titre onéreux représente en zone urbaine environ 1% du parc des places d'accueil des personnes âgées déjà existantes (500 000) et de 2 à 5 % en zone rurale¹. Ce mode d'hébergement reste donc un secteur marginal mais sensible. Contrairement au maintien à domicile, l'hébergement familial, répond à des exigences éthiques et bien encadrées par les pouvoirs publics dans l'optique d'offrir une sécurité accrue à la personne en perte d'autonomie. Pourtant le parc des familles d'accueil est en plein déclin... Je souhaite donc par l'intermédiaire de ce travail, déterminer les causes du déclin d'une prise en charge pourtant appréciée des personnes âgées. Je proposerai donc dans un premier temps, d'étudier la question du grand âge dans notre pays mais aussi de comprendre les appréhensions des français sur cette période de leur vie, et les décisions collatérales qu'ils sont prêts à envisager pour leur propre vieillesse. Ces décisions concernant les choix de vie lors de nos vieux jours auront un impact sur les modes de prises en charge futures.

Dans un deuxième temps nous nous immergerons dans la réalité de la famille d'accueil, afin de cerner le quotidien des personnes accueillies et notamment des personnes âgées.

Enfin, suite à l'analyse de la problématique, j'expliquerai les pistes envisagées, dans le cadre de la vérification de l'hypothèse.

¹ Source FAMIDAC, Association nationale des familles d'accueil.

Du thème général à une question de recherche

Très tôt sensibilisée à la prise en charge de la perte d'autonomie, je me suis intéressée aux différents modes d'accueils et solutions proposées aux personnes âgées. Afin de répondre aux questions qui me préoccupaient sur le sujet, j'ai entre-autres effectué un premier stage de deuxième année de BTS au service personnes âgées du CCAS de la ville de Grenoble. Malgré les demandes incessantes et les problèmes de pénurie de places disponibles en institution, j'ai pu observer que la suggestion du placement en accueil familial social n'était jamais proposée aux familles.

Pour en savoir davantage, dans le cadre d'un stage mémoire, j'ai accompagné pendant quinze jours une CESF exerçant au sein d'un organisme mandaté par le conseil général de l'Isère, ayant pour mission la délivrance des agréments et le suivi des placements de personnes âgées en famille d'accueil. Cette expérience m'a permis d'appréhender les particularités et procédures d'accueil, de découvrir le métier d'accueillant familial, d'établir mes premiers contacts et mon enquête initiale.

L'analyse de cette première approche m'a conduit au questionnement suivant :

«Pourquoi l'accueil familial social n'est il pas plus privilégié dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie alors que celles ci l'apprécient lorsqu'elles en font le choix ?»

Problématique

D'après les démographes, les plus de 65 ans sont environ 13 millions, parmi lesquels 6 à 7 % sont en perte d'autonomie. Dans trente ans, cette tranche d'âge devrait représenter environ un tiers de la population française²... Or, les services d'aide à domicile et les établissements ne suffisent déjà plus à la demande de prise en charge. La perte d'autonomie est un enjeu sociétal qui nous concerne tous. Depuis 2003, les différents plans (plan vieillissement et solidarité, loi relative à l'autonomie et à la citoyenneté des personnes handicapées, le plan solidarité grand âge, congé du soutien de famille etc.) n'ont pas permis d'améliorer significativement la situation, car elles ont adopté des stratégies bi-directionnelles : l'augmentation des places d'accueil et la promotion du maintien à domicile. Bien que l'aspiration première des personnes est de vivre chez soi le plus longtemps possible, la plupart de nos contemporains craignent l'entrée en maison de retraite et plus encore, de mourir à l'hôpital faute de solutions adaptées.

² Source, étude de la fondation de France : rapport du collectif Grande cause nationale 2011, " Les solitudes en France",

D'autant que la décision du placement est rarement le prolongement d'une décision assumée par la personne concernée. Beaucoup seront aussi confrontés au coût de plus en plus exorbitant des maisons de retraites, qu'il ne pourront pas assumer.

Devant ce constat, et en tant que futur travailleur social, souvent confronté à l'urgence de la prise en charge de la perte d'autonomie, il me semblerait nécessaire de pouvoir proposer des modes alternatifs d'accueil adaptés à la conjoncture et aux attentes des usagers. Mais surtout de pouvoir envisager l'ensemble des solutions appropriées à la situation et au choix de la personne. L'accueil familial social semble constituer un élément de diversification, permettant d'élargir la gamme des solutions offertes aux personnes qui ne peuvent ou ne souhaitent plus vivre à leur domicile tout en désirant rester dans un milieu de vie familial.

L'ensemble de ces éléments m'ont conduite à m'orienter vers la question de recherche suivante, sur laquelle je me suis appuyée pour construire mon enquête exploratoire :

L'accueil familial social peut-il proposer une alternative appropriée à la prise en charge de la personne âgée en perte d'autonomie ?

Méthodologie de l'enquête exploratoire

La première étape de ce mémoire a débuté par **une recherche théorique**. Une ancienne maîtresse de stage de BTS ESF avec qui j'avais gardé des liens, m'a permis de retourner au centre documentaire du CCAS de la ville de Grenoble. Doté d'un logiciel de classement très performant, et d'un personnel très compétent, j'ai exploré un panel de documentation théorique très étayé sur l'environnement de la personne âgée et de l'accueil familial.

J'ai ensuite entrepris de nombreuses lectures se rapportant au sujet d'étude, qui m'ont permis de cheminer dans une réflexion et un questionnement (voir bibliographie).

D'autres recherches ont été consultées sur Internet, notamment en ce qui concerne les enquêtes et rapports de l'assemblée nationale, les statistiques, les associations de groupement de familles d'accueil. La deuxième étape a consisté à effectuer un stage mémoire de 2 semaines auprès d'une Conseillère ESF, à l'ASMI OMSR (Association de santé mentale de l'Isère ; Office médico-social de réadaptation, service Accueil familial). Association mandatée par le conseil Général de l'Isère, pour le suivi et la délivrance des agréments de familles d'accueil.

Très vite, je me suis aperçue que mon étude ne pouvait cibler uniquement la personne âgée, mais devait englober, un système tridimensionnel indissociable: **une famille** accueillant, 1,2,3 **personnes en perte d'autonomie**, encadrée par une **institution régulatrice**.

Afin d'effectuer mon enquête exploratoire, j'ai contacté des familles d'accueil rencontrées lors du stage mémoire à l'ASMI OMSR. Cette étape m'a permis entre autre d'effectuer **une quinzaine d'entretiens exploratoires (annexe1 et 2)** auprès du public concerné par l'accueil familial social, mais aussi auprès de personnes ne souhaitant plus rester en maison de retraite, en attente d'une famille. Ou à l'inverse des personnes en famille que les accueillants ne pouvaient plus assumer du fait d'une trop lourde dépendance.

(la liste de ces personnes m'a été fournie par la Conseillère ESF en charge de leur suivi)

Je me suis attachée lors de ces entretiens à comprendre le parcours de vie des personnes et notamment si la décision de «la dernière demeure» avait été choisie ou subie, si les personnes s'étaient projetées dans cette phase de dernière partie de la vie, et comment elles vivaient le présent. Cette approche de la personne âgée n'a pas été aisée, dans le sens où la personne n'est que très rarement actrice de son devenir; très souvent en dépendance sociale dès lors qu'elle a été placée indépendamment de sa volonté.

Les nombreux handicaps psychosensoriels ou physiques des personnes ont fréquemment amenuisé la cohérence des réponses apportées. C'est la raison pour laquelle, j'ai pris le soin de comprendre les conditions et modalités de la décision de leur placement, leur profil, la situation antérieure, le degré d'autonomie etc. Le discours recueilli est donc à analyser fonction de la situation de la personne et de la compréhension qu'elle peut avoir de la démarche engagée par ce questionnaire.

Ces entretiens sont restés semi-ouverts et j'ai dû les adapter à chaque cas. Aussi, mon souhait aurait été de pouvoir interroger les personnes seules, ce qui a rarement pu être réalisé à part en institution. Pour les raisons évoquées précédemment à propos des difficultés méthodologiques de cerner les demandes des personnes âgées, la modalité d'enquête par questionnaire avec une visée quantitative a été écartée. En effet, de tels questionnaires sont souvent simplificateurs par rapport à la réalité vécue par les personnes et ne permettent pas une juste investigation qualitative sur le passé des personnes et leur environnement familial et social qui donnent du sens à leurs réponses.

Tous les entretiens dont la liste m'avait été communiqué par la CESF qui a encadré mon stage, ont été précédés d'un contact téléphonique qui avait pour but de rassurer les personnes sélectionnées et faciliter les contacts.

L'enquête a été réalisée dans la perspective de récolter des informations qualitatives sur les conditions de vie des personnes âgées placées, les motifs et les modalités de leur recours à un service gérontologique ou à un placement en institution ou familial, écouter leurs désirs, et leurs attentes éventuelles.

En famille d'accueil, j'ai effectué une quinzaine d'interviews par le biais d'un questionnaire identique à chacun, afin de pouvoir en exploiter les réponses sous forme de statistiques.

(voir annexe n° 1)

Aussi, suite à une conversation téléphonique avec le président de l'association Familles d'Accueil, j'ai eu l'opportunité de poster mon questionnaire sur le site de l'association, ce qui m'a permis le recueil très complet de données nationales sur l'accueil familial, et de confirmer les résultats obtenus sur le terrain.

J'ai également pu assister à des réunions de commission technique d'admission des demandes d'agrément en présence du médecin régulateur, médecin psychiatre, infirmières, éducateurs, et conseillères ESF, à des réunions de concertation, réunions d'analyse de la pratique, réunions inter services, ASMI. OMSR / Conseil Général.

D'autres entretiens ont été suivis en présence du médecin psychiatre et l'accueillant/accueilli dans des situations problématiques de non-respect des directives de convention d'agrément etc. Le médecin psychiatre, les infirmières et éducateurs ainsi que les cadres des services du Conseil Général de l'Isère et du Jura, m'ont accordé des entretiens individuels.

Ce stage et ces entretiens m'ont permis de prendre connaissance de façon approfondie du fonctionnement et procédures d'obtention d'un agrément d'accueil, son suivi, les accords et obligations respectifs, réglementation des contrats entre accueillants/ accueillis et l'administration.

Cette démarche de recherche concerne les compétences du CESF, car elle permet d'assurer une veille technique, scientifique et juridique, par l'analyse d'un phénomène social lié à la vie quotidienne, (en l'occurrence des solutions envisagées à la perte d'autonomie des personnes), d'autre part, d'être en mesure d'adapter sa pratique, en tenant compte des groupes, des institutions, des actions de conseil et/ou d'information pour aider aux prises de décisions.

I . Paysage de la prise en charge du grand âge en France

A . Etats des lieux

En 2010, Eugénie, née le 16 février 1896, est devenue, à cent quatorze ans, la doyenne de l'humanité. Depuis plus d'un quart de siècle, elle réside au sein d'un établissement comme 42.5% des personnes de plus de 95 ans. Elle avait à sa naissance une espérance de vie de 47 ans. A cette date, les 100 français qui avaient atteint ou dépassé l'âge de 100 ans, avaient eux même une espérance de vie à leur naissance (en 1800) de 33 ans pour les hommes et de 38 ans

pour les femmes. Aujourd'hui, Eugénie fait partie d'une classe d'âge qui compte près de 14950 personnes et qui devrait doubler en 2030 (30 000 centenaires) et quadrupler en 2050...³

Trois quart des personnes âgées vivent chez elles. Elles sont 7 millions trois cent mille dans ce cas... 18% de cette population nécessite l'aide d'un tiers. ¹Une meilleure vie retarde le recours à l'hébergement. La solidarité de la familiale, des bénévoles, l'assistance de services sociaux concourent à ce maintien à domicile. Malgré l'amélioration récente des conditions de vie des personnes âgées, on peut souligner des insuffisances concrètes dans plusieurs domaines précis (santé, dépendance, habitat, soutien à domicile...), ces insuffisances étant confortées par l'absence d'une réflexion collective sur les conséquences du vieillissement.

Les chiffres confirment qu'un processus de «désinstitutionalisation» s'est développé, et que seule la dépendance et un mauvais état de santé déclenchent le placement en institution alors que l'hébergement par la famille n'est adopté qu'une fois sur cinq. ⁴ Les plus de 60 ans sont environ 13 millions aujourd'hui en France, dont 6 à 7 % sont en perte d'autonomie.

Dans 30 ans, ils devraient représenter environ un tiers de la population française, selon les démographes (**voir annexe 3**).

A l'heure de la retraite, ces femmes et ces hommes, généralement encore en bonne santé se retrouvent de plus en plus souvent seuls, parce qu'ils ont divorcé, qu'ils sont veufs, par choix, parce que leurs enfants habitent loin. Cette solitude, beaucoup la redoutent et ne veulent pas s'y enfermer. Beaucoup sont aussi confrontés au coût de plus en plus exorbitant du logement. Pour ces «jeunes» retraités, la maison de retraite, un peu trop synonyme de fin de vie, n'est pas une solution adaptée.

Lorsque soudainement la diminution des capacités physiques ou intellectuelles entraînent une perte d'autonomie, la situation ne nous laisse guère le choix de la solution la plus adaptée à nos envies, dès lors qu'elle n'a pas été réfléchi antérieurement...

Or, dans bien des cas, la demande d'intervention est formulée ou suscitée par un tiers : famille, amis, professionnels du secteur sanitaire ou social, etc. dont la personne en perte d'autonomie peut ou non être partie prenante. Mais elle peut aussi subir la décision qui est prise pour elle. Si les choix se font toujours - ou presque - pour le bien de la personne, ils sont le plus souvent colorés d'enjeux et d'intérêts qui échappent à la personne concernée et s'imposent à elle. Cela ne veut pas dire pour autant qu'il n'y ait pas de discours autonome des personnes par rapport à leur situation, mais il s'exprime rarement sur des choix consentis. La solution retenue est alors

³ Portrait d'après "les tranches de vie recueillies" dans l'avis du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie vieillissement, avril 2010.

⁴ Etude de la revue "la société française" de 2006

le plus souvent subie et c'est dans cette réalité que la personne en souffrance doit accepter de continuer à vivre...

Il est constaté fréquemment que les problèmes financiers sont une entrave à un accompagnement harmonieux des résidents, mais on peut convenir que les besoins des personnes âgées sont essentiellement des besoins sociaux, d'attention, qu'elles doivent pouvoir exprimer, et que nul n'est en droit, malgré les contraintes de la vie collective, de faire les choix de vie à leur place.

B . La vieillesse enjeu de société

Les «boomers» sont la première génération de toute l'histoire de l'humanité qui accède à tant de liberté et de vie longue devant soi après son activité professionnelle, même s'il reste des inégalités liées aux parcours de vie. Aussi, il serait plutôt souhaitable qu'il incombe à toutes les générations en présence de redéfinir les enjeux du vivre ensemble et du «bien vieillir en société». Cette analyse de la situation des personnes qui vieillissent ne devrait pas être laissée aux seules mains des actifs. On pourrait imaginer que les personnes vieillissantes prennent la parole et sortent de chez elles, dans la mesure du possible, pour marquer leur place dans la société, et la redéfinir. Aujourd'hui, les personnes concernées par la vieillesse se font très discrètes; sur une enquête auprès des personnes âgées effectuée lors d'un stage précédent, à la question suivante : «à votre avis, que pourrait on faire en faveur des personnes âgées ? Et pour vous ?» Seulement 40 % des personnes avaient répondu, les réponses avaient été très généralistes et sans vraiment d'intérêt...

« On ne devient pas vieux pour avoir vécu un certain nombre d'années ; on devient vieux parce qu'on a déserté son idéal. Les années rident la peau, renoncer à son idéal ride l'âme.»

Général Mac ARTHUR.

L'expression des personnes de plus de 60 ans sur leur devenir, devrait être le premier chantier politique du vieillissement.

A leurs questionnements les pouvoirs public pourraient répondre par des actions concrètes et adaptées; d'où le nécessaire décloisonnement des savoirs et l'adaptation aux réalités quotidiennes. Pour cela on pourrait imaginer une plus grande proximité et partages avec les communes, les collectivités territoriales qui pourraient s'engager dans des politiques de terrain, comme des transports appropriés, la sécurité, l'aménagement du territoire, services à la personne etc .

La réalité est qu'en privilégiant l'accélération sociale, on marginalise automatiquement les personnes «à mobilité réduite». La course au «gain de temps» crée une société fonctionnant à

deux vitesses, les «actifs» étant toujours plus pressés. Pour les «inactifs» âgés, la crainte d'être bousculé, la peur de se perdre ou de tomber, la difficile lecture de la signalétique pour des yeux fatigués et surtout l'impression d'être un peu perdu dans un monde qui va trop vite peuvent alors être des obstacles aux déplacements et à l'intégration sociale des personnes âgées. On mesure aujourd'hui le besoin de favoriser l'expression collective des personnes âgées et leur participation individuelle dans les activités des plus jeunes, garantir leur rôle de passeurs, et de transmissions de savoir-faire et de vécu.

II . Appréhension de la vieillesse : comment envisage –t-on la dépendance ?

Dès 1970, dans son ouvrage *La Vieillesse*, Simone de Beauvoir dénonçait le regard négatif que la société française portait sur ses aînés : « *Les vieillards sont-ils des hommes ? A voir la manière dont notre société les traite, il est permis d'en douter ... La vieillesse est un secret honteux et un sujet interdit* »

A . De la notion de vieillesse à celle de la dépendance : s'approprier une définition du grand âge

Alors que le vieillissement physique résulte d'une évolution lente, la perception que nous avons de la vieillesse est plutôt celle d'une rupture liée aux accidents de la vie, à la maladie, au deuil et à la séparation, à ces moments difficiles nous obligeant à réaliser que nous ne ferons plus certaines choses, que nous avons changé.

1 . Les caractéristiques du vieillissement

Le vieillissement est un processus qui touche tous les êtres vivants dès leur naissance. Il correspond à l'avancée en âge. Le vieillissement est une évolution naturelle dans le développement humain. On constate différents types de vieillissement : le vieillissement «normal» ou sénescence qui correspond à l'ensemble de processus moléculaires, physiologiques et psychologiques qui surviennent à partir de l'âge mûr. En d'autres termes c'est « *le vieillissement naturel des tissus et de l'organisme* »⁵. Le vieillissement pathologique se définit par un vieillissement au cours duquel apparaissent des maladies. Du point de vue biologique, le trait principal du vieillissement normal est un processus d'accroissement de la vulnérabilité et de réduction des capacités d'adaptation aux variations de l'environnement, de

⁵ Définition du Larousse

surcroît lorsque la personne âgée est atteinte de maladies dégénérantes amenuisant les facultés physiques et intellectuelles.

La dépendance peut résulter du degré et d'un état avancé du vieillissement, mais peut être également la seule conséquence d'une déficience physique ou mentale. Selon le collège National des Enseignants de gériatrie, « *la dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement* ». Elle peut résulter de l'enchevêtrement de plusieurs facteurs, l'environnement, les maladies psychiques et physiques, qui peuvent être à l'origine de la dépendance d'une même personne.

B . Qu'avez vous envisagé pour votre propre vieillesse ?

1 . La fuite dans l'instant présent

Aujourd'hui, il semblerait que le culte de l'instant présent limite la projection dans d'autres temps. Il revient à ignorer le passé et à se soucier peu des générations futures.

Cela peut se traduire par l'égoïsme d'une société incapable de prendre en compte les longues périodes par exemple celles en partie exprimées par la vieillesse. Cette fuite est l'expression d'une société qui a peur de la mort et n'ose plus la regarder : crèmes anti-rides, anti-âge, anti-temps...

Désormais, le «vieillir» est dévalorisé. La croissance du nombre des personnes âgées crée «le problème des retraites» ou explique largement «les déficits de la sécurité sociale». La diminution des capacités en particulier de mobilité fonctionnelle est associée à une représentation négative qui renvoie à la déchéance physique et mentale, à la maladie, au handicap et à la mort.

« Nouveau monde à conquérir, la vieillesse suscite à la fois la terreur et l'espoir; Terreur d'un corps aux prises avec la décrépitude, avec les ravages du temps. Espoir de vaincre les limites imposées par la biologie, de découvrir les voies possibles vers la régénération.»⁶

Un sondage «OpinionWay» pour le Dauphiné Libéré du 23 février 2010 intitulé :

«*la place des seniors*» (une étude réalisée auprès d'un échantillon de 1032 personnes âgées de + de 18 ans) relate les préoccupations majeures des Français lorsqu'ils se projettent dans le grand âge ...

⁶ Annie de Vivie directrice d'Agevillage, site internet d'Agevillage

Il en résulte en premier lieu une préoccupation financière, une prise de conscience de la nécessaire diminution de leur niveau de vie et, plus surprenant, la volonté d'y remédier notamment par de l'épargne plus de 65% des interrogés, 23 % prennent des contrats d'assurances.

En second lieu, on remarque une vision de la vieillesse qui est perçue d'un côté comme un moment de régression, notamment au niveau de la santé mais aussi comme une période où l'on dispose de plus de temps pour s'occuper des autres et de soi-même.

On note aussi que les personnes comptent sur le soutien des pouvoirs publics et des collectivités locales pour les prendre en charge le moment venu ...

A la question «*qu'est-ce qui caractérise le mieux la vieillesse*», 54 % pensent en premier lieu à la dégradation de la santé, 44% à la disponibilité par exemple pour voyager, s'occuper des petits enfants...38 % à la cessation d'activité professionnelle, 37 % l'expérience, 31 % la dépendance physique, 28 % à la sagesse, 19 % la solitude, et 10 % la dépendance financière vis à vis de la collectivité et des enfants.

Ainsi, les premières préoccupations des Français concernent les difficultés matérielles et la dégradation de leur santé, mais seulement 4 % des interrogés s'informent sur les services d'aide à domicile, 5 % ne savent pas comment se préparer à la vieillesse et 21 % envisagent de changer de résidence. A la question : «*vous informez vous sur les maisons de retraites ?*» aucune réponse n'a été obtenue...

En conclusion de ce sondage il est plus facile pour les Français d'épargner pour la vieillesse plutôt que d'y réfléchir concrètement, c'est à dire par exemple de modifier leur habitation dans l'optique d'une accessibilité accrue, de s'informer sur les structures existantes, le maintien à domicile, les solutions de collocation, ou d'accueil familial.

On remarque également les difficultés à nommer la dernière partie de la vie: nous parlons de seniors, de retraités, d'anciens, des personnes vieillissantes, des personnes âgées, personnes dépendantes, vieillards ; tous ces termes, indiquent notre difficulté à nous saisir de la nouveauté de cette évolution de l'humain.

« Il reste un important travail de pédagogie sociale à engager pour que les futures générations de retraités prennent la mesure de leur poids démographique et de leurs enjeux de vie »⁷

⁷ Annie de Vivie directrice d'Agevillage, site Internet d'Agevillage

III . Quelles politiques régissent la vieillesse ?

A . Le maintien à domicile

1 . **Adaptation du logement, une réorganisation spatiale inévitable.**

En matière de logement, les notions de confort et de sécurité se répartissent de manière très différente selon les âges. Pour les générations les plus anciennes, qui se sont débrouillées seules toute leur vie, il est très difficile d'exprimer un besoin ou de demander de l'aide.

Comme le disent ces personnes âgées : *«Alors que l'on ne s'est jamais intéressé à nos problèmes durant notre existence, pourquoi cet intérêt soudain ? »*

Aussi, d'après les experts en gérontologie, dans l'idéal, la maison de la dernière partie de la vie devrait pouvoir associer :

- l'accueil de trois générations,
- permettre à chacun de garder son indépendance
- un lieu avec la possibilité de liens sur l'extérieur
- l'accueil des aidants familiaux et professionnels en cas de besoin

Souvent, j'ai pu noter que malgré leur expérience d'accompagnement de proches âgés, les jeunes retraités ne franchissent pas encore le pas d'une réflexion approfondie sur de possibles aménagements, adaptations, ou changement plus adaptés de leur propre lieu de vie, au cas où... Toutes les adaptations de l'habitat projetées, lors d'interventions des professionnels, ne voient pas toujours le jour, du fait de l'évolution très souvent rapide de l'état de glissement de la personne, ou plus souvent de son refus. Pourtant, l'introduction à partir de 75 ans d'une chaise percée, pour banale qu'elle semble être, est un outil de maintien de l'indépendance physique qui, en limitant les déplacements la nuit, contribue à la sécurité de la personne.

Le problème principal aujourd'hui n'est pas celui de l'habitat réduit au logement mais celui de la prise en compte de la vieillesse dans l'espace. Les besoins exprimés en terme de logement touchent essentiellement à l'accessibilité physique du logement lui-même, à l'éclairage (souvent défaillant) et à l'absence de gardien (enjeu de sécurité) au manque de coordination et à la disparité des professionnels de santé.

Toutefois, outre la difficulté que peuvent éprouver les personnes à voir modifier leur espace intime et, par-là même, à voir bouleverser leurs habitudes de vie, plusieurs obstacles subsistent :

- Les locataires accèdent difficilement aux aides d'adaptation du logement. En effet, si la majorité des personnes âgées est propriétaire de son logement, les politiques publiques de l'habitat (amélioration et adaptation du logement financées par les caisses de retraite, les collectivités locales ou l'État) concernent plus facilement les propriétaires occupants que les locataires : les PACTARIM (associations pour la rénovation de l'habitat) interviennent ainsi peu sur le parc locatif. C'est le cas pour l'offre locative privée, pour laquelle les travaux d'adaptation de l'habitat sont soumis aux autorisations des propriétaires. C'est aussi le cas pour l'offre locative publique, les politiques existantes leur offrant peu de moyens pour adapter leur parc.
- Lorsque les occupants sont propriétaires, la modification du logement peut entraîner une baisse de sa valeur, ce qui donne lieu à des débats intra-familiaux par rapport à un enjeu patrimonial. En outre, dans certains logements, les contraintes techniques et financières sont parfois telles qu'elles rendent impossible une adaptation efficace du logement.

Parfois le maintien à domicile devient inapproprié. L'isolement et les troubles psychiques compromettent les soins à domicile. Egalement ce sont souvent les coûts de l'intensité de la permanence des soins qui créent la limite du maintien à domicile.

B. L'institution

1. Les principales structures d'hébergement

(Voir annexe 4)

Selon l'Observatoire Régional de la Santé, au 1er janvier 2008, la France métropolitaine dispose de 515 000 places d'accueil dans les structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : 90 % en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et le reste en unité de soins de longue durée (9,8 %) ou en hébergement temporaire (0,2 %). L'ensemble de ces structures propose un taux d'équipement en EHPAD de 98 places pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus. Les autres structures d'hébergement pour personnes âgées autonomes offrent une capacité d'accueil d'environ 170 000 places, soit un taux d'équipement de 32 places pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus.

L'offre d'hébergement pour personnes âgées est actuellement en forte évolution et va encore se modifier dans les années à venir en raison d'une accélération de la mise en oeuvre de la réforme de 1999. En effet, les établissements d'hébergement collectif sont engagés depuis une dizaine d'années dans une vaste réforme qui vise notamment à renforcer leurs moyens en personnel afin de mieux répondre aux besoins de la population qu'ils hébergent.

Ces établissements médico-sociaux relèvent des dispositions de l'article L. 312-1.I.6 du code de l'action sociale et des familles. La loi du 2 janvier 2002 a structuré les établissements du secteur médico-social. Tout établissement de plus de 25 lits et dont le GMP (Gir Moyen Pondéré) est supérieur à 300, doit devenir un EHPAD. Les MAPAD (maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes) sont donc, en règle générale, devenues des EHPAD et les MARPA (maison d'accueil rurale pour personnes âgées) des foyers logements.

Aujourd'hui, le nombre de demandes de placement dans ces établissements est bien supérieur aux possibilités offertes, cela explique l'absence de réel choix d'un établissement et la difficulté d'admission qui se manifeste par des délais d'attente de plusieurs mois.

Notons que selon le rapport de Valérie Rosso-Debord, dans le cadre d'un plan d'aide personnalisé géré par le conseil général, l'APA vient en aide au senior vivant à domicile, cette aide est comprise entre 509 € et 1189 €. Contrairement au senior vivant en institution, qui lui est soumis à la convention tripartite de l'établissement qui répartit le coût de séjour en forfaits hébergement, dépendance et soins. Le coût moyen restant à sa charge s'élève à 2000 € environ. La déduction est que pour une personne en perte d'autonomie, les coûts de prise en charge seront plus élevés en institution qu'à domicile ou en famille d'accueil.

2. Placement en institution : une solution souvent inappropriée

L'arrivée en milieu institutionnel signifie le plus souvent pour la personne âgée d'avoir à se résigner aux difficultés d'adaptation et à la perte d'autonomie liée aux problèmes de santé. L'entrée en institution déclenche fréquemment des prises en charge hyper-médicalisées des résidents et des attitudes infantilisantes précipitant la perte d'autonomie, surtout lorsqu'elle survient dans l'urgence. A ceci s'ajoute, que la personne l'ait souhaité ou non, la rupture avec le milieu de vie habituel. Il lui faut également accepter les exigences d'un lieu de vie qu'elle n'a pas toujours pu choisir. Parmi ces exigences, vient en premier lieu la vie de groupe, indissociable de l'organisation de ces milieux. A ces exigences s'ajoute la nécessité de devoir s'adapter à la nourriture servie par l'établissement, à l'entretien ménager, à la buanderie collective aux horaires des repas et des couchers.... Les repas servis en décalage du rythme de vie habituel, pour des raisons d'organisation interne, accentuent le phénomène de mise à l'écart des personnes et, à un degré moindre, les attitudes trop directives produisent des effets de repliement. La problématique se situe également dans les relations qu'entretient la personne âgée avec les autres résidents et le personnel de l'établissement qu'elle n'a pas choisi. Dans le cas où la personne n'aspire pas à s'intégrer au groupe, il est très possible que la vie en institution s'avère problématique. Un autre problème est la diversité de l'état de santé des résidents ; les personnes peuvent être gênées par des compagnons de chambre handicapés

physiquement ou psychologiquement. Certains n'ont plus d'autres alternatives que de rester dans leur chambre en attendant les repas qui ponctuent une journée trop longue.

Assimilée à un malade ou à un incapable majeur, la personne n'est pas toujours considérée totalement comme un individu à part entière, capable de faire des choix et d'exprimer des désirs. Si cet emménagement bouleverse les repères de l'existence, l'institution induit une difficulté supplémentaire : elle constitue «la dernière demeure» de ceux qui y entrent.

Entrer en maison de retraite, c'est entrer dans le lieu où l'on mourra.

Le choc de l'entrée est ainsi fondé sur des bouleversements à la fois pratiques et symboliques, matériels et identitaires.

Les conditions inhérentes à un nouveau mode de vie qu'est l'institution, l'avance en âge, le degré de vulnérabilité due aux pertes de capacités psychiques ou physiques, la volonté de la personne âgée de faire des choix et de les faire respecter sont autant d'éléments qui semblent des détails mais qui, lorsque répétés indéfiniment, affectent considérablement la qualité de la vie.

C . Promouvoir les différents modes d'accueil intermédiaires.

Trois modes d'accueil développés à l'étranger, très peu en France :

- **Les petites structures**, organisées sur le principe des domiciles collectifs, regroupant huit à dix personnes autour d'une maîtresse de maison et mutualisant les aides individuelles.
- **Les formules d'hébergement temporaire**, (7807 places en France dont 2013 réservées à la maladie d'Alzheimer, recensées par la CNSA⁸ en 2010) destinées à aider les familles qui vivent avec leurs parents âgés et à soutenir les familles d'accueil professionnelles relevant de la loi du 10 juillet 1989. Le principe de l'hébergement temporaire n'est certes pas nouveau, mais il est trop souvent méconnu et plus encore utilisé uniquement ou majoritairement comme sas d'entrée en hébergement collectif permanent. Des informations sont sans doute nécessaires pour faire connaître ces formules qui peuvent et devraient plus souvent faire partie des prescriptions des plans d'aide arrêtés dans le cadre de la prestation spécifique dépendance.
- **Les accueils de jour**, assez peu utilisés en France contrairement aux pays anglo-saxons. Ils constituent pourtant un moyen efficace de soutien du maintien à domicile, en permettant aux familles d'être libérées dans la journée. (10536 places en France recensées par la CNSA.)

⁸ CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

- **L'accueil familial**, aujourd'hui, 9220 accueillants familiaux recensés, et exercé à 94 % par des femmes. La prise en charge est de plus ou moins 13 870 personnes, dont 6540 personnes âgées, et 7330 personnes handicapées, dont 1 /3 des personnes ont plus de 60 ans et perçoivent l'APA. Le coût mensuel pour la personne âgée, s'élève environ à 1365 € en emploi direct, et 1508. 98 € en accueil familial salarié.⁹
- Une solution très peu développée rapport aux bénéfices qu'elle engendre en termes de qualités humaines, solidarité sociale, et avantages économiques.

Suite à cette étude globale de la prise en charge du grand âge aujourd'hui en France, nous nous intéresserons plus spécifiquement à l'accueil familial, son cadre légal, ses avantages et inconvénients, ses applications concrètes.

IV . Paysage de l'accueil familial social

Si le métier d'assistant(e) maternel(le), devenu assistant(e) familial(e) est universellement connu, celui d'accueillant(e) familial, est encore largement confidentiel. Pourtant il offre aux personnes accueillies, au-delà du seul hébergement, un cadre de vie familial et sécurisant, favorisant également la lutte contre l'isolement, comme le témoigne Mlle V, 72 ans, en famille d'accueil depuis 4 ans. Avant d'être placée en famille d'accueil, elle vivait avec ses parents et sa grand-mère. Mais, progressivement, les membres de sa famille sont décédés. Mlle V s'est donc retrouvée toute seule (elle a encore un petit cousin qu'elle ne voit jamais) et avec de faibles ressources 600 € par mois qu'elle perçoit d'une retraite agricole. Son placement relève donc d'une raison sociale. Mlle V raconte sa journée et celle de Mme W : *« On se lève vers 8 h 30, on prend le petit déjeuner et on fait notre toilette. Hier, on a pendu le linge au jardin. Des fois le matin on fait une promenade. A midi c'est le repas. L'après-midi, quand il fait beau, on va un peu dehors. On écoute la radio, je tricote. Nous ne regardons pas la télé, mais on fait des puzzles. Ici on est bien : on s'occupe de nous, on mange bien, on joue, on se promène »*

L'accueil familial est un ensemble de trois notions indissociables et essentielles :

L'accueil d'une personne en perte d'autonomie au sein **d'une famille**, qui est soumise aux mêmes lois qu'une famille ordinaire, mais majorée d'une **dimension institutionnelle**.

⁹ Enquête de la DGAS auprès des Conseils Généraux, avril 2006.

A . Approche historique

A l'époque de la Révolution, le comité de mendicité préconise déjà que: si l'on ne peut faire appel à la famille, de confier les vieillards nécessiteux à une famille d'accueil à condition qu'ils aient plus de 60 ans, et moyennant une pension. ¹⁰ Au début du XX ème siècle, la loi du 14 juillet 1905 relative à l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes, et aux incurables privés de ressources prévoit entre autres aides le « placement familial» ou «le placement chez un particulier». Au cours des années 50, l'article 157 du code de la famille, et de l'aide sociale rappelle ces différentes possibilités : « toute personne âgée de 65 ans, privée de ressources suffisantes, peut bénéficier, soit d'une aide à domicile, soit d'un placement, chez des particuliers ou dans un établissement. Un tournant intervient au début des années 60 pour les bénéficiaires de l'aide sociale dont le placement familial est réglementé par le code de la famille et de l'aide sociale et par un décret du 13 avril 1962, qui constitue le texte de base. Jusque dans les années 80, la plupart des accueillis sont des handicapés mentaux placés ou orientés en famille d'accueil par des institutions ou organismes très divers. L'accueil familial de personnes âgées ou handicapées adultes s'est développé spontanément dans le cadre de contrats passés entre elles et les accueillants, en dehors de tout cadre juridique. En effet à l'exception des placements familiaux effectués dans le cadre de l'aide sociale (décret de 1962), il n'existe alors aucune disposition législative adaptée. Ce type d'activité s'est donc développé de façon plus ou moins clandestine. En 1986, de nombreux dysfonctionnements ont été relevés par l'UNIOPSS (Union inter fédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux). Des dispositifs s'apparentant à l'agrément, et à un suivi des familles, ont alors été établis par certains départements, dans l'objectif de réglementer ces accueils «clandestins».

Par exemple en Isère une association à vocation départementale est créée avec l'appui du Conseil Général : l'ADAFPA¹¹ dont la mission est de coordonner l'ensemble des initiatives et des expériences en matière d'accueil familial. Cette association renommée ASMI OMSR a été le lieu de mon stage mémoire cité plus haut.

B . L'accueil familial social

- **Qu'est ce que c'est ?**

¹⁰ Cébula J.C, L'accueil familial des adultes, Guide de l'accueil familial, Dunod, 2000

¹¹ l'ADAFPA : Association Départementale pour l'Accueil des Personnes Agées

L'accueil familial social représente une offre complémentaire aux solutions traditionnelles d'hébergement que sont le maintien à domicile, l'hébergement en institution. Il permet à des personnes âgées ou adultes handicapés d'être accueillis chez un particulier (personne seule ou couple), à titre onéreux. Les accueillis ont la possibilité de vivre dans un cadre familial chaleureux et de développer de nouveaux liens sociaux.

- **Pour qui ?**

Le public pouvant bénéficier de cette offre se divise en deux : les personnes âgées de plus de 60 ans et les personnes reconnues handicapées, à l'exclusion de celles qui n'ont pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants. Accueillants et accueillis ne doivent pas avoir de lien de parenté inférieur ou égal au 4^{ème} degré.

- **Comment ?**

Chaque conseil général est en charge de l'accueil familial dans son département. Il instruit les demandes d'agrément, organise la formation et le contrôle des accueillants. Il est également responsable du suivi social et médico-social des personnes accueillies. En fonction des besoins le CG peut mandater des associations pour prendre en charge l'une ou l'autre de ces actions.

C . Que dit la législation ? Objectifs et principes de la loi .

1 . Naissance d'un agrément.

Fin 1986, Adrien Zeller, secrétaire d'Etat chargé de la sécurité sociale du gouvernement Chirac confie à Théo Braun la responsabilité d'un rapport d'étude sur les problèmes liés aux personnes âgées dépendantes. Ce rapport déposé en 1987, reconnaît entre autre que *«l'accueil familial est susceptible de constituer à titre complémentaire une alternative aux modes d'hébergements traditionnels.»* Alors que les pouvoirs publics travaillent à l'élaboration d'un texte législatif, un rapport accablant de l'IGAS¹² confirme les dérives de pratiques non encadrées et l'urgence de légiférer.¹³

C'est dans ce contexte que Théo Braun, devenu ministre délégué chargé des personnes âgées (gouvernement de Michel Rocard), présente un projet de loi du 10 juillet 1989, relatif à : *«l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes.»*

¹² IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

¹³ R. Bono, et P. Serniclay : ' Les conditions d'accueil et d'hébergement des personnes âgées en France ', rapport IGAS, mars 1989.

Cette loi instaure deux dispositifs d'accueil, respectivement qualifiés de «social» et de «thérapeutique», que les familles peuvent exploiter de façon simultanée en fonction des évolutions de leurs pensionnaires.

Trois objectifs prioritaires seront appliqués par la nouvelle loi :

- 1) Offrir des garanties nécessaires à la personne accueillie, et à la personne accueillante.
- 2) Mettre en place une procédure d'agrément et de suivi social souple pour respecter l'esprit de décentralisation en confiant l'essentiel de la responsabilité aux présidents des Conseils Généraux
- 3) Favoriser ce mode d'accueil par des dispositions d'ordre fiscal et social.

Pouvaient prétendre à cet agrément les particuliers qui accueillait à titre onéreux à leur domicile un maximum de deux personnes âgées ou handicapées, (trois par dérogation) sous réserve qu'ils n'aient pas un lien de parenté inférieur au 4^e degré.

Vieillesse des familles d'accueil, diminution des demandes d'agrément, due en grande partie au caractère peu attractif du statut offert par la loi du 10 juillet 1989, ont convaincu le ministère de l'urgence de rénover ce statut.

2 . Evolution de la loi et décrets

Au plan législatif, la loi de modernisation sociale du 18 janvier 2002 (article 51) a fait évoluer, de façon importante, le statut de l'accueillant familial sur les principaux points suivants :

- les modalités de rémunération sont, pour leur montant minimum fixées par décret (et non plus laissées à la seule appréciation des conseils généraux)
- le droit aux congés payés et au remplacement est établi,
- les conditions d'ouverture des droits en matière de protection sociale sont améliorées,
- le contrat d'accueil type est défini par une réglementation de portée nationale (et non au plan départemental).

Cette loi du 18 janvier 2002, a cependant ouvert une autre voie en offrant la possibilité à des personnes morales de droit public ou de droit privé d'être employeurs des accueillants familiaux. Dans cette hypothèse, dénommée «accueil familial médico-social», un contrat de travail, distinct du contrat d'accueil, doit être conclu entre l'accueillant et son employeur.

Le statut de l'intéressé s'en trouve amélioré.

Une fixation de rémunération minimale et maximale est établie. ¹⁴

¹⁴ Articles R. 441-1 et s. et L. 441-1 et s. du Code de l'action sociale et des familles.

Les modalités d'application ont été précisées par trois décrets publiés le 30 décembre 2004¹⁵ qui ont réformé la procédure d'agrément des accueillants familiaux, et amélioré leurs statuts sans toutefois leur accorder le statut de salarié.

Enfin, la loi DALO du 5 février 2007 permet aux organismes privés et publics de créer un réseau d'accueillants familiaux, tel un dispositif de Groupement de Coopération Sociale ou Médico-Social (GCSMS) garantissant un statut aux accueillants calqué sur la législation du droit du travail. (Droit au chômage, congés payés etc.).

Cela est susceptible d'ouvrir des perspectives aux MARPA¹⁶, ainsi qu'aux associations d'aide à domicile, en terme de réseau ou de palette de services. D'autres décrets en attente de publication devraient voir le jour.

3. La procédure

(Voir annexe n° 5)

1) A la réception d'une demande écrite adressée au Président du Conseil Général, un formulaire d'agrément, un document d'information et une copie des textes en vigueur relatifs à l'accueil familial sont adressés au candidat. Ces formulaires dûment remplis devront être retournés en recommandé AR. (annexe n° 6)

Ces documents devront renseigner le Conseil Général sur les points suivants :

- Le nombre de personnes accueillies souhaité, en spécifiant le profil de l'accueilli, soit personne âgée, soit handicapées soit les deux.
- Les modalités d'accueil projetées (permanent ou temporaire, à temps complet, partiel)
- Les modalités d'absence de l'accueillant et indemnisation du remplaçant désigné sur la demande d'agrément.
- Les mesures de protection de la santé des personnes accueillies :
- la sécurité et de bien-être physique et moral des personnes accueillies ;
- l'acceptation à ce qu'un suivi social et médico-social des personnes accueillies puisse être assuré, notamment par des visites assurées par des agents délégués par le président du Conseil général.
- Le confort du logement, celui-ci doit présenter des dimensions, un environnement, un niveau de confort, une accessibilité aux personnes à mobilité réduite qualifiés de décent par référence aux dispositions du décret du 30 janvier 2002. En matière de surface,

¹⁵ .Décrets n° 204-1538,1541, 1542 du 30 décembre 2004, *Journal officiel* du 1er janvier 2005.

¹⁶ MARPA : maison d'accueil rurale des personnes âgées .

l'espace privatif (chambre) mis à la disposition des personnes doit offrir au moins 9 m² pour une personne seule et 16 m² pour deux personnes. Normes minimales pour permettre aux personnes accueillies de bénéficier de l'allocation logement.

- L'engagement à suivre une formation initiale et continue, dont les contenus et les modalités d'organisation ne sont pas précisés par un décret, pourra contenir les modules suivants : la fonction d'accueil, les besoins de la personne accueillie, la famille d'accueil, mesurer les enjeux de l'accueil.

2) Le département accuse réception de la demande dans un délai de 10 jours maximum après réception. Le silence gardé plus de 4 mois vaut décision de rejet.

A l'issue de l'enquête sociale, et médico-sociale, les avis techniques sont transmis pour décision au Président du Conseil Général.

3) Ensuite un contrat d'accueil écrit doit être négocié entre la personne accueillie ou, s'il y a lieu son représentant légal, et l'accueillant familial. Ce contrat doit être conforme aux stipulations d'un contrat type national fixé par le décret du 30 décembre 2004.

Les grandes lignes du contrat :

Le contrat précise **la durée de la période d'essai** et les conditions selon lesquelles le contrat peut être modifié ou dénoncé, le délai de prévenance qui est au minimum de deux mois ainsi que les indemnités éventuellement dues. Le contrat précise aussi **les conditions matérielles et financières de l'accueil**. Les conditions selon lesquelles l'accueillant s'engage à faire participer la personne accueillie à sa vie familiale, à aider la personne à restaurer ou à préserver son autonomie et à développer ses activités sociales sont également précisées au contrat. En ce qui concerne les obligations de la personne accueillie le contrat stipule qu'elle-même et le cas échéant son représentant légal s'engagent à **respecter la vie familiale** de l'accueillant, à **faire preuve de réserve et de discrétion** et à adopter un comportement courtois à l'égard de l'accueillant familial et de sa famille. Le contrat doit comporter une **clause prévoyant une période d'essai** d'un mois renouvelable une fois à compter de la date d'arrivée de la personne accueillie au domicile de l'accueillant familial ainsi que les conditions de dénonciation du contrat.

V . Compte-rendu de l'enquête.

« Le concept de l'accueil familial, est une alternative plus adaptée à la prise en charge de la personne en perte d'autonomie, de concevoir les rapports humains d'une façon différente, et respecter le choix des personnes. Ce n'est pas parce qu'on est vieux ou /et malade qu'on n'a

plus de désir, et actuellement la maison de retraite n'est plus le choix privilégié pour beaucoup, cela, il faut le respecter. De plus nous ne pouvons ignorer le bienfait d'une vie de famille pour eux ! Et pour nous également...» Paroles d'accueillant en réponse à ma question : « Que représente pour vous «le concept» d'accueil familial ?

Les résultats suivants sont le fruit de 15 entretiens à domicile, et de 15 retours de questionnaires postés sur le site des Familles d'accueil ; ils corroborent les statistiques et caractéristiques socio-démographiques du département de l'Isère, et nationales.

A . Qui sont les accueillants ?

1 . Composition du foyer

Ce sont les femmes dont l'âge oscille entre 40 et 60 ans (la moyenne d'âge est de 57 ans), parfois plus (13% ont plus de 70 ans...), qui assument le rôle d'accueillantes ; le plus souvent elles exercent l'activité au sein du couple à 68 %, mais de plus en plus de femmes choisissent ce métier suite à une séparation, ou au décès du conjoint. Ces dernières assument cette fonction non seulement seules, et doivent assumer en parallèle le rôle de soutien de famille. Rompre une solitude mal supportée, valoriser économiquement un logement devenu trop grand en se forgeant une activité professionnelle sur mesure et à domicile, constituent les deux principales motivations de ces familles monoparentales. Seul 6 % d'hommes et 4 % de couples sont agréés¹⁷.

« Je me suis trouvée à gérer seule (divorce), la vie de 6 personnes au quotidien dont les enfants. Ce qui m'a permis de subvenir à mes responsabilités familiales»

Pour 50% des familles, l'accueil familial correspond à une activité principale.

Au-delà de cas où le foyer est une personne seule et même lorsque le conjoint dans certains couples exerce une autre profession, les revenus de l'accueil permettent d'assurer des remboursements d'emprunts pour l'acquisition du logement par exemple, ou pour compenser une période de chômage.

Pour les autres accueillants, il ne s'agit que d'une activité complémentaire dont les revenus ne représentent qu'un appoint pour le budget familial, et valorisent l'activité de la femme au foyer.

¹⁷ Etude association nationale de l'accueil familial FAMIDAC

2. Expérience professionnelle antérieure

La moitié des accueillants interviewés a été impliquée dans le soutien d'un parents âgé dépendant. D'ailleurs c'est souvent à partir de cette expérience qu'est né leur projet d'accueil familial.

L'attrait que suscite cette activité pour certains professionnels du secteur sanitaire et social est souligné : suite à de nombreuses reconversions imposées de certaines professions, comme les assistantes maternelles par exemple ne trouvant plus d'enfants à accueillir, ou à des aides ménagères désireuses de compenser la précarisation de leur statut. Enfin et pour une large partie, le cas des personnels de structures d'hébergement soucieux de promouvoir une meilleure qualité d'accueil des personnes âgées dans le cadre d'une logique d'entreprise individuelle mérite également d'être relevé.

Témoignages d'accueillants :

« J'ai commencé par la prise en charge de mes propres parents à mon domicile, puis j'ai étendu l'accueil à des tiers afin d'avoir une activité rémunérée. »

« Assistante sociale de formation, ayant créée dans un autre département une association de maintien à domicile pour personnes âgées, je voulais continuer à travailler dans la même optique. En changeant de département pour des raisons familiales, je souhaitais plus profiter de mon lieu de vie, et des personnes qui me sont chères. J'ai donc trouvé que l'alternative de l'accueil familial correspondait à mes aspirations. »

3. Le lieu de vie

L'accueil familial reste toujours très implanté en milieu rural, avec une progression sensible en zone urbaine :

Hameau	Isolé	Village	Urbain - de 5000 hab.	Urbain + de 5000 hab.
36 %	1 %	42 %	5 %	16 %

Seulement 8 % des familles accueillantes réside en appartement, la plupart est propriétaires de son logement. En majorité, la surface consacrée aux pensionnaires est comprise entre 50 et

100m², seuls 2 % occupent une chambre double. 16 % des accueillants mettent à disposition de leur pensionnaires des sanitaires particuliers.¹⁸

Dans la globalité j'ai pu constater que la qualité des prestations offertes par les accueillants est de bonne qualité.

B . Famille d'accueil, famille modèle ?

"Il n'est pas de plaisir plus doux que de surprendre un homme en lui donnant plus qu'il n'espère." Charles Baudelaire

1 . Les motivations d'accueil

Lors de mes interviews, à la question : *«que représente pour vous l'accueil familial»*, les réponses par ordre décroissant ont été :

- Une alternative plus adaptée à la prise en charge de la personne en perte d'autonomie
- Une façon différente de concevoir les rapports humains
- Un moyen de gagner sa vie

Les motivations et valeurs défendues, sont essentiellement : *«la compassion et l'amour de l'autre.»* Les accueillants agissent par solidarité, suite à de malencontreuses expériences par exemple au niveau professionnel, ils souhaitent *«apporter du bonheur, de la chaleur humaine, et de l'affection.»* *« Un désir de se rendre utile, de recréer du lien social, et de se sentir investis d'une mission»*. C'est aussi une sorte *«d'enrichissement personnel, de gratification, de reconnaissance citoyenne.»*

« J'ai toujours été attirée par les personnes âgées, leur expérience, leur vie, leur vécu ; j'avais envie de leur apporter un peu de la chaleur familiale dont elles ont vraiment besoin ».

« C'est gratifiant, ils sont contents alors on est content»

2 . Un savoir-faire, un savoir-être

Il n'est pas toujours aisé de se lancer dans une nouvelle activité d'accueil à domicile, car les incertitudes sont nombreuses : quelle est la réglementation ? Comment s'organiser ? Quelles compétences doit on posséder ou développer ?

¹⁸ Etude association nationale de l'accueil familial FAMIDAC

La loi en vigueur ¹⁹ précise les obligations morales de l'accueillant : *«faire participer la personne accueillie à la vie quotidienne, développer l'autonomie et les activités sociales, respecter les opinions, la vie intime, les choix médicaux, etc...»*

Savoir accueillir au sein de la famille mobilise plusieurs compétences :

Partager sa vie familiale, ses espaces, ses rythmes en **intégrant** ceux de la personne accueillie, c'est connaître les principes et enjeux d'une relation interpersonnelle.

C'est aussi permettre à la personne de conserver ses liens amicaux et familiaux, en acceptant **d'ouvrir ses portes** à l'entourage, aux tuteurs, personnel médico-sociaux. C'est **protéger** une personne de façon à rassurer la famille biologique sans s'y substituer. Donner des responsabilités, permettant à l'accueilli de préserver un rôle, de développer son autonomie physique et mentale. **Prendre soins** d'une personne c'est, avoir une connaissance des règles d'hygiène alimentaire et corporelle, **respecter** les prescriptions médicamenteuses et en assurer le suivi, s'approprier les techniques de manipulation tout en restant dans les limites de son intervention en déléguant la suite au personnel médico-social.

Enfin, accueillir c'est savoir **préserver son intimité** et ses proches en veillant à ce que l'accueil soit accepté par tous les membres de la famille. C'est se réserver des temps et espaces privés et veiller à ne pas modifier son mode de vie en **conservant des liens familiaux** amicaux et de loisirs. La préservation d'un équilibre consiste à **connaître ses limites** physiques et affectives pour ne pas les dépasser.

3. La famille de l'accueilli

Même si la majorité des familles d'accueil rencontrées déclare que les relations avec la famille de l'accueilli, si celle-ci est restée en contact, se passent dans de bonnes conditions, elles précisent que ces relations peuvent être sources de difficultés dans la pratique de leur métier. Pour certains interlocuteurs, il convient de poser des principes pour les visites des familles, notamment il semble important pour les familles d'accueil que les familles naturelles des personnes accueillies préviennent à l'avance de leur visite, ne viennent pas en trop grand nombre et respectent les espaces privés de l'accueillant.

Selon certains, tout est question de respect: il est important que les familles des accueillis respectent l'environnement de l'accueillant, mais inversement, il est également important que celui-ci permette à son pensionnaire de voir sa famille en toute tranquillité.

¹⁹ Loi de janvier 2002, code de l'action sociale et de la famille.

Les accueillants familiaux témoignent du bienfait des visites de la famille d'origine pour les personnes accueillies et de l'importance des visites. Cependant, les relations avec la famille de l'accueilli peuvent être délicates pour l'accueillant.

«On ne peut pas leur demander de venir et les forcer, mais ça fait plaisir aux personnes de recevoir leur famille. Quand je vois que la période est trop longue, j'essaie de remonter le moral de la personne.» Paroles d'accueillante.

C . Qui sont les accueillis ?

Henriette a 88 ans, elle est veuve, et vit en famille d'accueil depuis trois ans et demi.

Autonome, elle fait sa toilette toute seule. Il y a quelques années, elle est tombée.

D'abord hospitalisée, elle est ensuite allée en maison de repos. Elle souhaitait retourner chez elle, mais ses deux enfants n'ont plus voulu la laisser seule. Ils l'ont placée en famille d'accueil. Après expérience, cette solution lui plaît. Elle ne souhaite pas aller en maison de retraite, car : « *Dans ces établissements on est trop nombreux, on n'est jamais tranquille, il y a toujours quelqu'un qui vous surveille et ça manque d'intimité* ». « *Ici, Tous les matins je me lève comme je veux, je déjeune, je regarde un peu les informations à la télé et je lis le journal. Après je sors un peu à l'extérieur, je lis des revues et des livres et c'est l'heure du repas de midi. L'après-midi, je lis encore et je regarde parfois la télé. Hier soir, je suis restée dans ma chambre, j'ai regardé le film du soir et je me suis couchée. Sinon, le plus souvent je lis jusqu'à très tard. Tous les jours je fais un petit tour, je marche un peu, ça me permet de garder la forme* »

Dans 75 % des cas, les personnes accueillies sont des femmes. La plupart atteignent un âge de plus de 80 ans, la moyenne d'âge est de 83 ans. Ces caractéristiques sont en tous points comparables à celles que représentent les populations hébergées en institution.²⁰

1 . **Mode vie antérieur**

Les conditions de vie antérieures sont les suivantes :

Domicile	Cohabitation familiale	Hôpital	Etablissement social
47 %	33 %	12 %	8 %

Il est important de souligner que la plupart des personnes vivaient dans le même canton que la famille d'accueil. Cette particularité d'accueil, permet d'offrir aux personnes, une solution d'hébergement au plus près de leur lieu de vie et de leurs racines prévenant les ruptures socio-

²⁰ Statistiques FAMIDAC

affectives généralement préjudiciables à leur autonomie. Mieux qu'aucune autre structure, les familles d'accueil peuvent assurer ce service de par l'extrême souplesse qui les caractérisent.

2. Degré d'autonomie des personnes accueillies

Une majorité des personnes accueillies est en perte d'autonomie.

Ceci étant 30 % des personnes sont encore autonomes, et 32 % semi-dépendantes²¹.

Conformément à la loi relative à l'allocation personnalisée d'autonomie, les personnes âgées dépendantes résidant à titre onéreux au domicile d'un accueillant familial préalablement agréé, peuvent bénéficier d'une prise en charge d'une partie de leurs frais d'accueil au titre de l'APA à domicile. Le plan d'aide peut prendre en charge dans la limite des plafonds attribuable par GIR (groupe iso ressource), une partie de la rémunération journalière des services rendus selon des montants forfaitaires définis selon le classement GIR attribué à la personne.

Un certain débat sur les limites de l'accueil des personnes présentant des troubles psycho-comportementaux, est présent au sein des instances régulatrices. Le maintien en famille est conditionné par un soutien renforcé, assorti de possibilités d'hospitalisation en alternance afin de faire face aux situations de crises aiguës. Dans ce débat sur les limites de l'accueil, l'élément central qui influencera la «tolérance» des accueillants et des autorités régulatrices, résiderait bien plus dans les soutiens qui pourraient être apportés tant aux personnes âgées qu'aux accueillants, que dans l'évaluation des formes de dépendances susceptibles d'être prises en charge.

VI . L'accompagnement :une mission confiée au CESF

Comme nous l'avons vu l'accueil familial implique un **accueilli**, un **accueillant**, encadrés par une **institution régulatrice** et pluridisciplinaire, confiée en partie aux travailleurs sociaux dont **les CESF**.

A . Avant le placement social en famille d'accueil

Un travail d'évaluation du nombre de familles d'accueil, fonction des demandes de placement, est utile au travailleur social. Cette évaluation permettra un travail de mise en relation de l'offre et de la demande. Aussi, selon les cas des actions d'information de cette prise en charge pourront être réalisées dans l'objectif de promouvoir l'accueil familial auprès des pouvoirs publics et des familles. Des échanges partenariaux trouveront ici toute leur place.

²¹ Résultat de ma propre enquête corroborés par les analyses de l'ASMI-OMSR

1 . L'accompagnement d'un porteur de projet d'accueil

L'accompagnement des porteurs de projet rentre également dans les missions confiées aux travailleurs sociaux. Un premier temps d'écoute consistera à faire évoquer les motivations professionnelles personnelles et financières, mais également les motivations de la famille du porteur de projet.

Des points plus techniques sont ensuite abordés : le choix du public, le rythme de l'accueil, la nature de l'agrément souhaité etc ...La visite de la maison vouée à l'accueil, permettra d'évaluer précisément l'adaptation au public âgé, handicapé...La procédure, les notions d'éthique, de liées à l'agrément doivent être présentées au porteur de projet.

2 . Accueil de la problématique et de la famille de l'accueilli

Selon la problématique, le rôle du travailleur social est un travail d'information des différentes possibilités de prises en charge adaptées. Sa mission selon le référentiel doit permettre *«une adaptation de sa pratique en tenant compte des groupes, des institutions, des actions de conseil et/ou d'information pour aider aux prises de décisions.»*

La demande, les intentions des personnes en perte d'autonomie ou de leur famille, doivent être évaluées dans l'objectif de proposer la solution la plus appropriée. Le degré de dépendance physique, psychique, la nature, la forme de l'incapacité, ne sont pas les seules données examinées. L'histoire de la personne, son parcours, son caractère, sa capacité relationnelle, les relations avec sa famille naturelle, le suivi social et médical dont elle bénéficie sont également pris en compte.

3 . Diagnostic de la situation

En fonction des données recueillies, le diagnostic de la situation permettra de définir si l'accueil familial est une prise en charge adaptée à la personne concernée. Selon la personnalité de l'utilisateur, le CESF définira les compatibilités entre accueillants et accueillis. Les possibilités d'accueil fonction de l'offre, seront étudiées. Là aussi un travail partenarial avec l'équipe de la commission d'admission sera nécessaire.

Un soutien de proximité dans la prise en charge sociale et de la vie quotidienne, pourra être convenu avec l'accueilli ou sa famille initiale afin d'accompagner la transition du domicile vers un placement approprié. Un travail de médiation et d'orientation sera alors effectué vers les partenaires institutionnels compétents.

B . Suivi de la personne accueillie au sein de la famille d'accueil.

1 . Un accompagnement social et administratif

- **Faciliter les démarches de maintien et d'accès aux soins**

La CESF est présente pour l'accompagnement social et administratif. Elle apporte un soutien dans la mise en place du contrat d'accueil, à l'ouverture et au maintien des droits sociaux de la personne accueillie. Sur les demandes de l'accueilli, le professionnel pourra gérer les démarches relatives au titre de l'employeur (accueilli), la déclaration d'accueil, bulletins de paye, la facturation mensuelle des journées d'accueil, déclarations URSAFF...

Un suivi médical régulier si nécessaire sera proposé. Dans le cas d'un accueil de proximité, la possibilité de conserver outre son médecin, son infirmière et son aide soignante, son aide ménagère en préservant son réseau socio-affectif et son réseau relationnel, offre la garantie supplémentaire à l'accueilli de garder son autonomie.

Une aide à l'intégration du nouveau lieu de vie pourra être proposée par la CESF.

- **Un suivi régulier de la personne, des ses proches et de la famille d'accueil.**

D'après le CASF²² et selon l'article- L 441-1 et R 441-1, «*Le candidat à l'agrément doit accepter que soient effectuées à son domicile toutes les visites et actions nécessaires à assurer un suivi social et médico-social des personnes accueillies*».

Le suivi de l'accueil s'inscrit dans plusieurs perspectives :

- Le contrôle et la garantie que les caractéristiques définies au contrat initial soient respectées et qu'elles continuent de satisfaire la famille d'accueil aussi bien que l'accueilli et que ce dernier trouve toujours un bénéfice à l'accueil, et que son autonomie (qui englobe le fonctionnement psychique), reste intègre, et ne souffre pas des conditions de l'accueil.
- En intervenant en tiers dans les périodes difficiles (modification de l'état de santé de la personne, événement touchant la famille ou l'accueilli etc.).La CESF joue un rôle de médiateur et pourra aider à la recherche de solutions de sortie de crise.
- En cas d'incompatibilité entre les individus, il devra assurer la transition vers une autre famille d'accueil, ou engager la procédure de retrait de l'agrément en concertation avec l'équipe professionnelle. Observer le respect des conventions par exemple le préavis de deux mois en cas de rupture du contrat d'accueil.

²² Code de l'action sociale et de la famille

2. Des actions collectives à thèmes

Concernant l'accueilli l'équipe de professionnels peut aider les personnes à rencontrer d'autres personnes âgées, accueillies ou résidant dans la commune lors d'activités de loisirs organisées. Un soutien dans l'organisation de séjours en dehors de la famille peut être proposé. Des repas réunissant familles d'accueils et autres accueillis pourront s'organiser.

Concernant les familles d'accueil, le CESF peut avoir la mission d'organiser des actions collectives à thèmes, ou groupes d'échanges, dont les débats pourront porter sur la vie quotidienne en accueil familial, parfois un thème de discussion fédérateur sera choisi dans l'objectif d'une amélioration de la pratique.

VII . L'Accueil Familial Social, une alternative appréciée

A . Vieillir dans la dignité

Le plus souvent les personnes en perte d'autonomie, sont des personnes qui ont la particularité de ne pouvoir seules subvenir à leurs besoins, momentanément ou durablement. Les aléas de la vie ou de leurs parcours ont renforcé des difficultés relationnelles latentes ou avérées, voie vers la désinsertion sociale. A ce stade « *toute personne âgée, en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie, domicile personnel ou collectif adapté à ses attentes et à ses besoins* »²³. La qualité du dispositif de l'accueil familial social est basée sur le libre choix des accueillis et accueillants : les attentes respectives sont exprimées avant même la signature du contrat; souvent une rencontre est organisée et est essentielle pour la pérennité de l'accueil; une période d'essai de un mois renouvelable une fois est observée par les deux parties.

Aussi, l'accueil en famille est encadré par des obligations morales vis-à-vis des personnes accueillies: la dignité et les libertés individuelles doivent être respectées.

1. Une solution personnalisée

- **Garder la proximité de sa famille**

²³ Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance ; article 2 cadre de vie.

Des personnes ne souhaitent pas s'éloigner de leur lieu d'habitation, de leur cadre de vie, de leurs repères géographiques et désirent rester proche de leur famille. Le dispositif de l'accueil familial répond à ces aspirations; beaucoup de personnes apprécient de pouvoir garder leur habitudes dans un environnement familial.

D'ailleurs, l'article 4 de la charte des droits et libertés de la personne âgée stipule que *«le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable pour la personne âgée»*

- **Retrouver une source d'autonomie**

La mission des accueillants familiaux est de faire participer les personnes accueillies à la vie de famille, tout en les aidant à réaliser un projet de vie. Lorsque le système relationnel est satisfaisant, les accueillis progressent jusqu'à acquérir ou récupérer parfois des compétences nouvelles ou disparues. Les actes de la vie quotidienne doivent être encouragés pour éviter la dévalorisation et les sentiments d'inutilité. Parfois le maintien des activités permettra à des personnes d'accéder à un nouveau projet d'autonomie.

- **Se sentir sécurisé par la proximité de l'accueillant**

A l'aide au quotidien qu'assurent les accueillants, s'ajoute l'offre d'un cadre structurant, rassurant, avec des repères permanents et durables en termes de lieux et de personnes. L'article 51 de la loi de janvier 2002 stipule que *«l'agrément ne peut être accordé que si les conditions garantissent la continuité de celui ci»*. L'accueil familial implique donc une présence continue. Au moindre problème de jour comme de nuit la proximité de l'accueillant permet une intervention immédiate. La disponibilité de l'accueillant est entière dans le sens où il ne peut pas encadrer plus de trois accueillis. En institution le ratio est de loin distancié : 3 personnels pour 10 résidents en moyenne...

- **Un schéma familial, un échange entre générations**

L'accueil familial garantit un enrichissement relationnel en offrant un cadre familial resocialisant. La personne partage un logement, des repas, des loisirs. Lorsque des enfants sont présents, des relations intergénérationnelles bénéfiques peuvent se nouer.

2. Une diversité d'accueils

- **L'accueil temporaire : un répit pour les aidants**

Dans l'objectif de soulager des aidants Sonia reçoit régulièrement des familles : *«Dernièrement j'ai reçu un monsieur atteint de la maladie d'Alzheimer; un autre jour, un couple, dont l'homme est atteint d'une lourde maladie dégénérante, son épouse qui s'occupe de lui 24h24 avait envie de se laisser faire un peu, de mettre les pieds sous la table : ils sont venus déjeuner avec nous, et passer l'après midi»*. L'accueil temporaire en famille peut prendre différents aspects, tels que vacances à la ferme de personnes en perte d'autonomie, séjour de post-hospitalisation, séjour de rupture pour soulager le résident d'une institution ou pour tester la réorientation d'une personne vers une vie plus autonome. L'accueil temporaire permet donc aux familles et institutions de souffler, il répond à un vrai besoin.

- **Une ouverture sur l'extérieur.**

Dans les institutions, les résidents sont confrontés aux limites de la chronicité, d'où la nécessité d'en sortir pour des séjours extérieurs qui peuvent prendre la forme de week-end de vacances en évitant le cas échéant, le changement de lieu d'accueil dans le but de favoriser la création de liens sociaux dans un climat de sécurité et d'attention.

- **L'accueil familial de jour**

L'accueil familial de jour n'a quand à lui toujours aucune reconnaissance officielle dans la loi. A la différence de l'accueil temporaire qui répond aux mêmes critères d'agrément que l'accueil permanent, son existence repose sur le bon vouloir des conseils généraux ou sur des arrangements de gré à gré. Ce qui n'empêche pas un développement bien réel assuré, là encore, par la demande de répit des aidants de personnes âgées ou handicapées qui souhaitent laisser leur parent dans un milieu convivial et structuré, l'espace d'une journée ou d'une demi-journée.

- **L'accueil de remplacement**

Enfin, on observe l'apparition d'une troisième forme d'accueil familial : l'accueil de remplacement. Son existence répond à la difficulté pour un accueillant de se faire remplacer en cas d'absence ou de congés, faute de pouvoir s'appuyer sur une famille-relais. Mis en place par des groupements d'employeurs ou par des accueillants qui choisissent de se spécialiser dans cette voie, il représente le maillon indispensable pour qu'un réseau de familles d'accueil puisse se développer sur un territoire.

3. Une réponse aux nouvelles attentes de la société

De nombreuses déclarations de pouvoirs publics, des institutionnels, des responsables territoriaux ou associatifs, témoignent d'une modification des attentes, en fonction des besoins

de certaines catégories de personnes en difficultés sociales, de santé, d'âge, de handicap ou du côté des familles. Dans de nombreux secteurs des places disponibles manquent ; l'organisation des institutions et leur fonctionnement collectif, autorisent mal le projet individualisé.

L'accueil familial social permet de trouver des solutions de proximité.

VIII . Problématique : Malgré ses qualités, l'AFS est en plein déclin

A . Accueillant familial : un métier peu reconnu

1 . Une gestion des problématiques, démultipliée

« En fait, ce métier est quand même fatiguant. Il faut vraiment l'aimer pour le faire. Surtout, il faut avoir de la patience, c'est très important. » Parole d'accueillante.

La famille d'accueil est un lieu dans lequel un processus de socialisation va se mettre en place. Dans ce lieu apparaissent des questions essentielles qui vont avoir des incidences pour chacun, car l'accueillant et les autres membres de sa famille sont confrontés chaque jour à «ces presque rien» qui apparaissent dans la vie, ils doivent y faire face et inventer des réponses. Ils sont souvent seuls pour faire face à ces situations.

Puis il faut aussi considérer le fait que les accueillants, ne se contentent pas de vivre 35 heures par semaine avec une personne en difficulté, mais elle et leur famille vivent 24h/24h avec, et même si leur quotidien est ponctué de visites, l'accueilli est omniprésent dans leur tête, et leur organisation familiale.

On observe alors des systèmes de défense, certains productifs, d'autres nocifs. Les familles d'accueil prennent en charge parfois une lourde problématique, cette charge, est parfois pesante, «elle donne du souci». Il y a une part d'angoisse et de souffrance dans le partage au jour le jour de la vie d'une personne en difficulté.

2 . Conditions de travail et rémunération

« Ce n'est pas assez payé non plus quand on regarde toutes les responsabilités qu'on nous donne. C'est une lourde responsabilité d'accueillir quelqu'un chez soi » Parole d'accueillante.

Pour certaines familles d'accueil, le salaire perçu reste insuffisant compte tenu de la charge de travail et des responsabilités qui leur sont confiées. Ces difficultés sont accentuées si la personne accueillie nécessite des soins particuliers. Même si la rémunération prévoit une partie variable en fonction de l'autonomie de la personne, quelques familles rencontrées estiment

encore son montant insuffisant. L'accueil familial est le seul métier en France où le salarié qui l'exerce n'a pas droit à l'assurance chômage. Un métier en marge que nombre d'élus ne connaissent pas, un métier enfin qui ne s'exerce pas de la même manière selon le département où l'on réside. Chaque conseil général adapte ainsi à sa façon la loi en question, plus ou moins floue.

C'est un métier qui exige une présence permanente, de jour comme de nuit, de l'accueillant ; Une présence permanente **pour moins de 600 Euros**, une fois les frais d'hébergement déduits et bien souvent, les accueillants attendent un ou deux mois avant de toucher leur salaire le temps que la personne placée fasse ses dossiers d'aide sociale, d'allocations logement, de tutelle ou de curatelle. Lorsqu'ils sont en arrêt maladie, les accueillants familiaux perçoivent comme tout assuré social une part salaire, calculée sur la base de la rémunération pour service rendu. Selon certaines personnes rencontrées, cette indemnité ne permet généralement pas de rémunérer un remplaçant. Parallèlement au frein financier que peut représenter une absence selon les accueillants familiaux rencontrés, les solutions de remplacement à très court terme sont difficiles à trouver, notamment si la personne désignée sur le contrat pour les remplacements n'est pas disponible. Le droit aux congés n'est accordé qu'à la condition exclusive qu'un remplaçant soit trouvé par l'accueillant et agréé par le conseil général. L'accueillant doit se débrouiller pour trouver une personne compétente et digne de confiance :

«on lui laisse notre maison et nos accueillis et il faut qu'elle accepte d'être rémunérée à raison de 2,5 heures de Smic pour une présence constante et sans avoir droit au chômage...»

Dans le cadre de congés, la famille d'accueil peut prévoir à l'avance et convenir d'une solution de remplacement au cours des périodes de congés pendant lesquelles la personne accueillie ne sera plus à la charge de l'accueillant. Mais si l'absence n'est pas prévue, la situation est encore plus délicate. D'autant que dans certains départements, un avenant au contrat doit être établi en cas d'absence, voir procédure . **(annexe n° 7)**

De plus, il n'existe pas de véritable référentiel de compétences. L'accueil familial est un métier pas comme les autres et sa professionnalisation est encore floue. Il se pratique dans la plupart des cas 24h/24, il est donc difficile d'imposer aux accueillants des exigences professionnelles similaires au secteur salarié.

3. De l'idée à l'agrément : un long parcours

Le chemin pour devenir accueillant familial est long. La demande initiale se fait souvent par téléphone. Les professionnels donnent des informations sur les responsabilités que l'accueil d'une personne suppose, et sur l'implication de toute une famille. Une confirmation par écrit

doit être formulée concernant la demande d'agrément, le public accueilli souhaité, ainsi que la personne relais qui les suppléera en cas de vacances ou d'indisponibilité. L'obtention de l'agrément sanctionne un long parcours : deux visites à domicile des travailleurs sociaux mesurent l'adéquation de l'environnement avec les contraintes d'accueil (accès facilité, chambre individuelle etc.) Un entretien avec un psychologue déterminera l'aptitude à s'occuper d'une personne et de sa dépendance. Enfin une commission d'agrément donne le feu vert aux familles.

4. Quelle formation pour l'accueillant ?

La formation est bien prévue par le législateur, mais à quoi se former ? Peut-il s'agir de formations relatives aux problématiques des différentes populations accueillies : vieillissement, handicaps, maladies mentales ? A qui va-t-on emprunter ce savoir-faire ? à l'aide soignant, l'aide ménagère, l'infirmier, l'éducateur, l'animateur, le gestionnaire d'établissement hospitalier ? Le cadre familial de l'accueil ne permet pas aisément de tels «transferts de connaissances multiples» sauf à transformer la famille d'accueil en sous professionnel mal adapté et surchargé, écartant ce qui la caractérise : continuité relationnelle et intimité familiale partagée. Cela suppose de former des accueillants, au risque qu'ils perdent aussi leur spontanéité, leur chaleur humaine, leurs habitudes familiales... La question de la formation n'est pas aisée et n'est toujours pas résolue.

5. Récit de l'expérience de Michèle

Michèle a été accueillante pendant quinze ans; elle est agricultrice de métier. Au décès de son mari, Michelle alors âgée de 40 ans, cherche une activité complémentaire. Elle accueillera jusqu'à quatre personnes en même temps, dont la plupart termineront leur vie à son domicile. Suite à cette longue expérience Michèle déplore l'implication croissante et le contrôle du Conseil Général; pour elle le triptyque essentiel est la famille, le personnel soignant et l'accueillant. Elle relate les relations conflictuelles avec des familles d'accueillis qui deviennent parfois inexistantes au fil du temps et son parfois récalcitrantes à venir chercher le corps du défunt ...de plus moralement, la fin de vie est toujours un moment difficile à gérer.

Elle pointe aussi les contraintes physiques que l'accueil suppose, surtout au début lorsque l'on manque d'organisation et que l'on manque de matériel, mais également les lourdeurs administratives. La problématique la plus pesante est celle du remplacement.

«Ce métier ne ressemble pas aux autres : pas d'horaires, pas de week-end, pas de vacances, pas de garantie d'emploi, pas de promotion, pas d'augmentation de salaire pour un meilleur rendement, pas de chômage...»

B . L'AFS :un concept très peu sollicité par les pouvoirs publics.

« *Il n'existe pas de réflexe en faveur de l'accueil familial. Lorsqu'on reçoit des demandes d'intervention d'associations ou d'élus, c'est pour développer le maintien à domicile, créer un EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) dans le canton ou la commune* », observe Jean-Paul Le Divenah²⁴. Pour un élu local, la création d'un établissement apparaît toujours immédiatement plus rentable qu'un soutien à l'accueil familial, qui se dilue dans le paysage social et économique. A cela s'ajoute une certaine méfiance due au manque de visibilité du statut de l'accueillant et de la relation accueillant-accueilli. L'accueil familial est une solution que l'on sollicite une fois les autres possibilités épuisées. Pour valoriser cette forme d'hébergement, il semblerait qu'il faille que les pouvoirs publics soient rassurés sur le plan du statut de l'accueillant, afin qu'ils puissent se déterminer par rapport à un coût et à un contenu de prise en charge précis. Il serait souhaitable de les inviter à sortir du système bipolaire entre maintien à domicile et hébergement institutionnel.

IX . De la problématique à l'hypothèse de travail

La question de recherche sur laquelle je me suis appuyée pour mon enquête exploratoire à été animée par la question suivante :

L'accueil familial social peut-il proposer une alternative appropriée à la prise en charge de la personne âgée en perte d'autonomie ?

Pour répondre à ce questionnement j'ai entre-autres, exploré la plupart des réponses proposées à la personne en perte d'autonomie aujourd'hui en France. Cette recherche m'a permis d'établir un comparatif et de visionner les réponses qui semble les plus appropriées à la personne en perte d'autonomie dont voici les principales conclusions.

Parmi les différentes solutions proposées habituellement, le domicile semble la solution la plus humaine, il est un lieu familier et relié à l'histoire de la personne. Bien que l'aspiration première des personnes est de vivre chez soi le plus longtemps possible, le domicile peut pourtant se transformer très vite en lieu d'insécurité et devenir inapproprié.

L'isolement, les troubles physiques et psychiques, un logement inadapté, peuvent compromettre les soins à domicile.

²⁴ Jean-Paul Le Divenah, directeur de cabinet de Valérie Létard, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité

Néanmoins, si l'hébergement collectif peut, en partie, répondre aux besoins d'accompagnement des personnes âgées, plusieurs constats s'imposent :

l'offre n'est pas suffisante, elle n'est pas toujours proche du domicile, de plus, certaines personnes peuvent éprouver des difficultés à vivre en collectivité et à en assumer le coût.

Pour éclairer ces constatations, citons l'exemple de Jean 86 ans, *en pleine possession de ses moyens intellectuels et physiques, à l'exception d'une certaine surdité qui s'est aggravée avec les années ; veuf, il vit à son domicile comme 73.3 % des gens de sa classe d'âge et reçoit deux fois par semaine, grâce à l'aide attribuée par sa caisse de retraite, une employée de maison qui constitue son seul contact avec l'extérieur avec les commerçants de son quartier et deux de ses petits-enfants, dont les parents sont décédés d'un accident de voiture. Son aide à domicile le retrouve allongé dans son salon suite à une chute consécutive à une fracture du fémur. Hospitalisé à la suite de cet accident, comme le sont – pour les mêmes raisons – 1.7 % des hommes de sa génération²⁵, Jean a pu ensuite retrouver son domicile, mais s'est très vite retrouvé handicapé, ne pouvant plus assumer son quotidien à son domicile. Il se résigne à rentrer en maison de retraite, mais n'ayant pas les moyens d'en assurer le coût, il sollicite une aide sociale à l'hébergement ; Désagréablement surpris que les services sociaux, se retournent vers ses petits-enfants pour une participation financière à sa prise en charge, au titre de leur obligation financière à son égard, il renonce finalement à son projet, et devra tant bien que mal s'adapter à son nouveau handicap à domicile...*

Pour autant, les Français ne s'intéressent pas aisément aux problématiques de la vieillesse et aux choix qui leurs seront proposés. Or, les accidents de la vie obligent souvent la famille ou un réseau d'assistance, lorsque la personne est isolée, à trouver dans l'urgence un établissement d'accueil ou à anticiper une décision vaguement envisagée.

En outre, la rapidité du placement en accentue la violence, la personne âgée n'ayant pas le temps d'intérioriser la décision. La difficulté à vivre tient alors tout autant au déracinement brutal du domicile, aux défaillances du réseau de soutien, qu'à l'entrée rapide au sein de l'institution.

Si bien que, pratiquement à l'unanimité, les personnes interrogées ont avoué que l'entrée en institution est toujours un choc, quelles qu'en soient l'intensité, la durée.

²⁵ Portrait d'après "les tranches de vie recueillies" dans l'avis du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie vieillissement, avril 2010.

«Quand on arrive dans ces maisons, tous ces visages, depuis le personnel jusqu'aux dames, c'est effrayant, on ne sait vraiment pas comment s'y retrouver» (Mme F. 87 ans)

A l'instar de Paulette : *«Suite à ma chute, on est venu me chercher le 3 août, et 15 jours plus tard, j'étais ici. [...] En plus, j'avais le cafard de quitter ma maison, je l'ai toujours d'ailleurs, parce que ça me fait très gros au cœur de ne pas vivre chez moi. Et je ne reverrai jamais jamais ma maison, je ne la reverrai jamais».*

La forme passive indique bien le faible consentement de Paulette à son institutionnalisation.

«Le plus difficile», écrit une femme de 74 ans, veuve placée en institution par sa sœur, «ce n'est pas de devenir handicapée, c'est de ne plus être maître de sa propre vie»

Face à ce constat, il est donc nécessaire d'envisager des modes alternatifs d'accueil afin d'assurer une réponse complémentaire, adaptable à des personnes ne pouvant plus rester seules à domicile, mais ne souhaitant pas intégrer la maison de retraite, ou ne pouvant pas en assumer le coût.

La superposition des cartes exploratoires m'a permis de constater que dans la majorité des cas, le passage de la sphère privée à l'accueil familial social est plus apprécié des personnes en perte d'autonomie que le placement en institution.

Une quasi-unanimité se dégage pour considérer que le concept de l'accueil familial, est une alternative adaptée à la prise en charge de la personne en perte d'autonomie, car il conçoit d'une façon différente les rapports humains, et le respect des choix des personnes.

Il détient une valeur ajoutée par sa dimension restreinte facilitant l'insertion dans la vie familiale.

L'ensemble de ces considérations m'ont conduite à envisager l'hypothèse suivante :

L'accueil familial social permet à la personne âgée en perte d'autonomie d'envisager plus sereinement la fin du maintien à domicile en conservant les liens sociaux qui lui sont

habituels et en favorisant un enrichissement relationnel au sein d'un cadre familial resocialisant.

X . Se projeter dans la démarche de validation

La méthodologie de vérification de l'hypothèse met en pratique plusieurs pistes de travail.

Dans un premier temps, une nouvelle enquête pourrait être envisagée auprès de personnes accueillies en famille dans des départements où l'accueil familial social est développé, dans l'objectif de vérifier dans quelles conditions le placement s'est effectué, qui sont les décisionnaires, si le choix des personnes a été respecté, comment l'ont elles vécu, leurs réticences, quels liens et objectifs de vie ont elles pu mettre en place.

Un questionnaire en ligne sur le site de FAMIDAC en direction des personnes accueillies pourrait être également posté; ce travail de réflexion et de partage avec l'accueillant, pourrait être aussi l'occasion pour les personnes âgées de s'exprimer sur leurs ressentis, et susciter des échanges avec leur famille d'accueil.

Des consultations d'associations de famille d'accueil comme FAMIDAC, Accueil Paysan, etc. pourrait me faire part des dernières études qu'elles ont réalisées concernant l'évolution et la satisfaction des personnes en perte d'autonomie accueillies en famille.

Une enquête plus approfondie auprès des travailleurs sociaux en charge de la perte d'autonomie, et du placement familial social, pourraient me renseigner sur les constats et évaluations au regard des différents placements réalisés.

Un nouveau travail de comparaison entre placement en institution et placement familial par le biais d'entretiens avec les usagers pourraient me permettre de valider de façon plus approfondie, la qualité du placement en famille et l'enrichissement relationnel qu'il génère rapport aux autres dispositifs de placement.

Conclusion

La personne qui vieillit passe de l'indépendance vers la dépendance, et son champ de liberté s'amenuise avec l'âge. Plus l'avancée en âge croît, plus la personne âgée a besoin d'un réseau de proximité, de soutien de sa famille et du voisinage. Or, sur l'ensemble des personnes rencontrées, beaucoup ne se sont pas senties considérées ni respectées dans le choix de leur devenir. Devant cette réalité, il m'a semblé intéressant de me pencher en tant que future professionnelle sur des possibilités d'alternatives moins traumatisantes et plus humaines, comme l'accueil en famille.

L'urgence des situations ne prédispose généralement pas à une quelconque concertation avec la personne âgée, et favorise bien souvent un placement arbitraire vers un mode d'accueil qu'elle n'a pas souhaité. Une meilleure considération et connaissance des souhaits de nos aînés, pour le droit de vieillir dans la dignité et dans des conditions plus respectueuses, favoriseraient notre intérêt pour la recherche de solutions adaptées à la gestion du grand âge.

Au cours de différents stages, mais également tout au long de mon parcours professionnel, les contacts avec les personnes en perte d'autonomie, l'inquiétude des proches désemparés devant la prise en charge trop lourde d'un parent, le manque de solutions appropriées ont suscité de nombreuses interrogations :

Comment favoriser la liberté de choix des personnes âgées ? Comment entendre leurs désirs tout en tolérant leurs différences ? Peut-on intervenir professionnellement tout en respectant leur intimité familiale ? Comment favoriser un rapport d'égalité et non de domination ? Comment aider l'entourage à changer son regard sur leur parent âgé et l'aider à le respecter tel qu'il est ? Comment préparer la famille à une décision importante qui concerne un parent ? etc.

Aussi, suite au croisement des cartes exploratoires, j'ai également pu observer que malgré les différentes tentatives de gouvernements successifs, (plan de vieillissement et solidarité, journée de solidarité, plan solidarité grand âge, congé de soutien familial) le sort de la prise en charge de la perte d'autonomie est loin d'être résolu.

Comme le constate Bertrand Dufourcq président de la Fondation de France, *«Pour éviter d'engager sa responsabilité, la société place les personnes âgées dans un milieu surveillé ou dans un cadre d'assistance plus souvent subi qu'accepté; on les presse de normaliser leur fonctionnement, de rationaliser leurs dépenses, ce qui se répercute sur l'autonomie des personnes(...) Certes il est de notre devoir de citoyen d'intervenir lorsque quelqu'un se met en*

danger volontairement ou non, mais n'existent ils pas d'autres recours que la négation de la liberté des plus faibles ?»

De nombreux travaux des pouvoirs publics, de rapports à l'instar du travail de Valérie Rosso-Debord ont validé les apports incontestables de l'accueil familial offrant une troisième voie aux aînés. Ce rapport proposait d'ailleurs dix propositions dans l'objectif d'adapter l'AFS aux besoins de la société et des personnes accueillies. Néanmoins, la reconnaissance méritée de ce mode d'accueil tarde toujours à venir.

Dans sa globalité, ce travail exploratoire m'a conduit vers la réflexion suivante :

le vieillissement de la population interroge notre société tant sur la projection que chacun fait de sa propre vieillesse, que sur les relations entretenues entre générations, et plus globalement sur les modalités de prise en charge des aînés en perte d'autonomie.

Pour conclure j'emprunterai quelques lignes écrites par Simone De Beauvoir dans l'introduction de son livre intitulé «la vieillesse» :

« Cessons de tricher, le sens de notre vie est en question dans l'avenir qui nous attend; nous ne savons pas qui nous sommes si nous ignorons qui nous serons; cette vieille femme, ce vieil homme, reconnaissons nous en eux. Il le faut si nous voulons assumer dans sa totalité notre condition humaine.»

Bibliographie

Ouvrages :

A.J. FERREIRA « les mythes familiaux » dans P. Watzlawick et J. Weakland; Sur l'interaction, le Seuil, Paris. 1983

Cébula J.C, L'accueil familial des adultes, Guide de l'accueil familial, Dunod, 2000

François de SINGLY. Sociologie de la famille contemporaine.

François Nenin, journaliste d'investigation 60 M de consommateurs et Sophie Lapart aide soignante, auteurs de «L'Or Gris» Edition, Flammarion.

Jean-Michel GAILLARD La famille en miettes, ed° Sand 2001.

Philippe ARIES, L'enfant et la vie familiale sous l'ancien Régime, le Seuil, Paris 1973.

Pierre SANS Accueil et placement familial. Fleurus Paris 1988.

Robert Neuberger, « Le mythe Familial,» ESF Editeur 2008

Roger DADOUN, le Familier et l'Etranger, dialectiques de l'accueil et du rejet, ss dir. Clio Presvelou et Robert Steichen, Ed.Académia Bruylant.

Simone DE BEAUVOIR La Vieillesse, Editeur : Gallimard Parution : 23 Janvier 1970

Enquêtes & Rapports :

Extrait du Plan « Solidarité – Grand âge », présenté par Philippe BAS, Ministre délégué à la maladie et au vieillissement, avril 2010.

Enquête de la DGAS auprès des Conseils Généraux , avril 2006.

Paulette Guinchard-Kunstler secrétaire d'état à la personne âgée. Rapport vieillir en France 1999.

Portrait d'après «les tranches de vie recueillies» dans l'avis du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie vieillissement, avril 2010.

R. Bono, et P. Serniclay : «Les conditions d'accueil et d'hébergement des personnes âgées en France », rapport IGAS, mars 1989.

Sécurité Sociale aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, Juin 2006.

Articles & Décrets :

Articles R. 441-1 et s. et L. 441-1 et s. du Code de l'action sociale et des familles.

Décrets n° 204-1538,1541, 1542 du 30 décembre 2004, *Journal officiel* du 1er janvier 2005.

Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance ; article 2 cadre de vie.

Autres :

Alphonse Karr, journaliste écrivain (1808- 1890)

Etude de la revue «la société française» de 2006

Gérontologie et Société - n° 127 - décembre 2008

Annexes