

UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Médecine.

ANNEE 1996



106 025854 8

THESE N° 157/1

**LES PERSONNES AGEES
EN FRANCE
ET
EN HAUTE-VIENNE.**



THESE

pour le

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
présentée et soutenue publiquement le 22 octobre 1996.

par

CHRISTELLE CHAMPELOVIER
née le 1 er juillet 1967 au Havre (Seine-Maritime).

EXAMINATEURS de la THESE.

Monsieur le Professeur LABROUSSE
Madame le Professeur ARCHAMBAUD
Monsieur le Professeur DUDOGNON
Monsieur le Professeur MOULIN
Monsieur le Docteur SAUVAGE.

Président.
Juge,
juge,
juge.

UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Médecine.

ANNEE 1996

THESE N° 57

**LES PERSONNES AGEES
EN FRANCE
ET
EN HAUTE-VIENNE.**



THESE

pour le

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
présentée et soutenue publiquement le 22 octobre 1996.

par

CHRISTELLE CHAMPELOVIER
née le 1^{er} juillet 1967 au Havre (Seine-Maritime).

EXAMINATEURS de la THESE.

Monsieur le Professeur LABROUSSE
Madame le Professeur ARCHAMBAUD
Monsieur le Professeur DUDOGNON
Monsieur le Professeur MOULIN
Monsieur le Docteur SAUVAGE.

Président.
Juge,
juge,
juge.

**UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE**

DOYEN DE LA FACULTE:

Monsieur le Professeur PIVA Claude

ASSESEURS:Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude
Monsieur le Professeur DENIS François**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:**

ADENIS Jean-Paul * (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Luc (C.S)	CHIRURGIE INFANTILE
ALDIGIER Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE B
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BARTHE Dominique (C.S)	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE
BAUDET Jean (C.S)	CLINIQUE OBSTETRICALE ET GYNECOLOGIE
BENSAID Julien (C.S)	CLINIQUE MEDICALE CARDIOLOGIQUE
BERNARD Philippe	DERMATOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie (C.S)	DERMATOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
BOULESTEIX Jean (C.S)	PEDIATRIE
BOQUIER Jean-José	CLINIQUE DE PEDIATRIE
BOUTROS-TONI Fernand	BIOSTATISTIQUE ET INFORMATIQUE MEDICALE
BRETON Jean-Christian (C.S)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
CAIX Michel	ANATOMIE
CATANZANO Gilbert (C.S)	ANATOMIE PATHOLOGIQUE
CHASSAIN Albert	PHYSIOLOGIE
CHRISTIDES Constantin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre (C.S)	UROLOGIE
CUBERTAFOND Pierre (C.S)	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)	PEDIATRIE
DENIS François (C.S)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DESCOTTES Bernard (C.S)	ANATOMIE
DUDOGNON Pierre	REEDUCATION FONCTIONNELLE
DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE
DUMAS Michel (C.S)	NEUROLOGIE
DUMONT Daniel	MEDECINE DU TRAVAIL
DUPUY Jean-Paul (C.S)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
FEISS Pierre (C.S)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
GAINANT Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S)	PEDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé	REANIMATION MEDICALE
GAY Roger (C.S)	REANIMATION MEDICALE
GERMOUTY Jean	PATHOLOGIE MEDICALE ET RESPIRATOIRE
HUGON Jacques	HISTOLOGIE-EMBRYOLOGIE-CYTOGENETIQUE
LABROUSSE Claude (C.S)	REEDUCATION FONCTIONNELLE
LABROUSSE François	ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A NOTRE PRESIDENT DE THESE.

Monsieur le Professeur LABROUSSE.

Rééducation fonctionnelle,
Médecin des hôpitaux,
Chef de service.

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer nos respectueux remerciements et notre profonde gratitude pour l'intérêt que vous portez à notre travail.

A NOTRE MAITRE DE THESE.

Monsieur le Docteur SAUVAGE

Praticien Hospitalier,

Service de g erontologie Clinique,

Médecin des Hôpitaux.

*Vous avez accepté de diriger notre travail et d'y apporter
toute votre expérience et votre compétence.*

*Nous vous sommes profondément reconnaissants de la
disponibilité et de la bienveillance dont vous avez fait preuve
  notre égard.*

A NOTRE JURY DE THESE.

Madame le Professeur ARCHAMBEAUD.
Médecine Interne,
Médecin des Hôpitaux.

Nous avons été sensible à l'attention que vous avez bien voulue porter à ce mémoire.

Nous vous en remercions.

Monsieur le Professeur DUDOGNON.
Rééducation Fonctionnelle,
Médecin des Hôpitaux.

Nous avons eu l'honneur de vous cotoyer dans votre service et nous tenons à vous remercier de tout ce que nous avons appris à votre contact.

Monsieur le Professeur MOULIN.
Professeur Associé à mi-temps.

Nous vous remercions pour nous avoir aidé à choisir notre sujet et vous assurons de notre profond respect.

Je dédie cette thèse,

*à ma famille,
pour son soutien inconditionnel tout le long de ma vie.*

*à Caroline, Florence et Alain,
pour leurs encouragements et leurs conseils.*

*à Michel et Jocelyne,
pour leur investissement chaleureux dans ce travail.*

*à Pascal,
et son soutien "logistique".*

*au Personnel des Etablissements Publics et Privés en rapport avec les
personnes âgées,
qu'ils soient tous ici sincèrement remerciés pour leur gentillesse et
leur serviabilité.*

PLAN

INTRODUCTION.

I. LES PERSONNES AGEES.

I. 1. HISTORIQUE.

I. 2. DEFINITION DE LA VIEILLESSE.

I. 3. LE VIEILLISSEMENT.

I. 4. LA DEPENDANCE.

I. 5. LE VIEILLISSEMENT ET SES CHIFFRES.

I.5.1 En France,

I.5.2 En Haute-Vienne.

I. 6. PROTECTION DES DROITS ET DES LIBERTES DES PERSONNES AGEES.

II. MAINTIEN A DOMICILE.

II. 1. POURQUOI ?

II. 2. HISTORIQUE ET EMERGENCE DE LA POLITIQUE DE VIEILLESSE EN FRANCE ET EN HAUTE-VIENNE.

II. 3. MOYENS PERMETTANT LE MAINTIEN à DOMICILE.

II. 3.a - Matériel.

- ❖ aides techniques,
- ❖ téléalarme,
- ❖ difficultés architecturales.

II. 3.b -Aides.

- ✦ aide ménagère,
- ✦ auxiliaire de vie,
- ✦ garde à domicile,
- ✦ livraison des repas à domicile,
- ✦ services de dépannage,
- ✦ embauche directe d'une aide.

II. 3.c - Service de soins à domicile.

II. 3.d - Hospitalisation à domicile.

II. 3.e - Hôpital de Jour.

II. 3.d - Le bénévolat.

- ✦ les clubs de retraités et associations corporatives,
- ✦ l'Université du 3 ème âge,
- ✦ les Petits Frères des Pauvres
- ✦ S.O.S. Amitié. S.O.S. Solitude
- ✦ Association Présence,
- ✦ Centre de Volontariat de Limoges et du limousin,
- ✦ Association d'Aide aux Familles des Personnes Agées Intellectuellement Dépendantes
- ✦ l a famille.

II. 4. MAINTIEN à DOMICILE EN PRATIQUE LIBERALE.

II. 5. RISQUES ET LIMITES DU MAINTIEN à DOMICILE.

II. 5.a- Les risques du maintien à domicile.

- ✦ les chutes à domicile,
- ✦ les troubles physiques et les troubles du comportement,
- ✦ les facteurs de risques sociaux,
- ✦ les facteurs de risques somatiques.

II. 5.b- Les limites du maintien à domicile.

- ❖ l'augmentation de l'âge,
- ❖ contraintes d'ordre réglementaire et financier,
- ❖ l'entourage,
- ❖ médecin porte à faux.

III. LES RESSOURCES DE LA PERSONNE AGEÉE.

III. 1.-Historique des retraites.

III. 2.-Montant des ressources.

III. 2.a- les retraites.

- ❖ la retraite maximale,
- ❖ la retraite minimale,
- ❖ les retraites complémentaires.

III. 2.b- le minimum vieillesse,

III. 2.c- en cas de décès du conjoint,

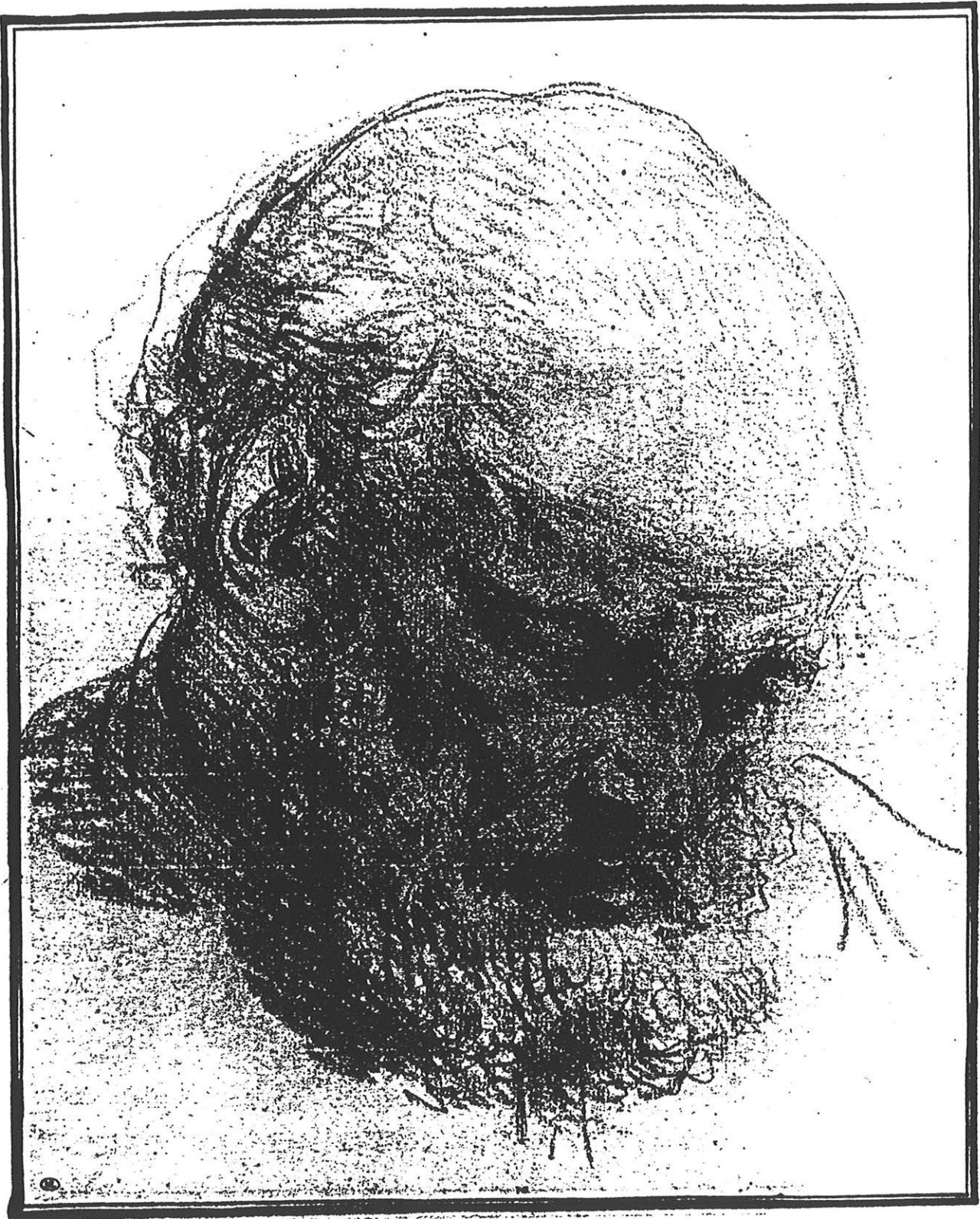
III. 2.d- autres allocations.

IV. CONSEQUENCES SOCIOECONOMIQUES DU VIEILLISSEMENT.

CONCLUSION

ANNEXES

REFERENCES



INTRODUCTION

La population d'un pays est la résultante de trois phénomènes : la fécondité, l'espérance de vie et les migrations.

Jusqu'à présent, les actions menées en faveur de la famille n'ont pas réussi à stopper la dénatalité.

Depuis la fin de la seconde guerre mondiale, l'espérance de vie n'a cessé d'augmenter.

Les migrations internationales modifient les effectifs d'une population ; malheureusement, en France, il n'existe pas de chiffres très précis.

La baisse de la fécondité, l'augmentation de l'espérance de vie entraînent un certain vieillissement de la population.

Cette thèse a pour objectif d'analyser la place des personnes âgées en France et en Haute-Vienne à travers :

- l'étude des personnes âgées : historique, vieillesse et statistiques,
- les actions entreprises pour le maintien à domicile : historique, moyens et législation,
- l'inventaire des dispositions de notre législation à leur sujet : inventaire foisonnant où il est difficile de se repérer. Un rappel des aides existantes pouvant être utile et permettre de ne pas manquer une aide éventuelle par ignorance,
- les ressources des personnes âgées : retraites, allocations,
- les conséquences socio-économiques du vieillissement.

I. LES PERSONNES AGEES.

I.1. HISTORIQUE.

I.2. DEFINITION DE LA VIEILLESSE.

I.3. LE VIEILLISSEMENT.

I.4. LA DEPENDANCE.

I.5. LE VIEILLISSEMENT ET SES CHIFFRES.

I.5.1. En France,

I.5.2. En Haute-Vienne.

I.6. PROTECTION DES DROITS ET DES LIBERTES DES PERSONNES AGEES.

I. LES PERSONNES AGEES

I.1. HISTORIQUE (1) (2) (3)

A lire la Bible, les ouvrages médicaux ou politiques, et l'ensemble de la littérature, l'image de la vieillesse qui domine jusqu'au début du XVIII^{ème} siècle est peu flatteuse. Pourtant le Lévitique honore la vieillesse, mais le Nouveau Testament se plaît à décrire les comportements fautifs que les vieux doivent éviter ; ce qui ne saurait constituer un indice très positif de leur perception.

Au cours de l'Antiquité classique se maintiennent ces deux visages de la vieillesse ; la valorisation de l'expérience et de la sagesse, mais aussi le spectacle ridicule du vieillard bafoué et battu.

"L'image sublimée qu'on leur propose d'eux-même, c'est celle du sage auréolé de cheveux blancs, riche d'expérience et vénérable, qui donne de très haut la condition humaine ; s'ils s'en écartent, alors ils tombent en dessous : l'image qui s'oppose à la première c'est celle du vieux fou qui radote et extravague et dont les enfants se moquent."

Simone de Beauvoir.

Dans l'héritage de la double perception de la vieillesse, le profil dévalorisé l'emporte globalement surtout lorsque les réformes mettent en

évidence cet âge comme moment privilégié de la retraite spirituelle et de la préparation à la mort.

Vers le milieu du XVIII^{ème} siècle, le ton change. Les discours sur la vieillesse deviennent plus souvent bienveillants.

Le vieillard, réintégré au sein de la société des vivants par les nouvelles conceptions physiologiques du vieillissement devient aimable, apprécié de ses petits-enfants pour son rôle d'éducateur et de sage dont la mémoire du passé permet de relativiser le présent.

Ce rôle d'éducateur s'affirme aussi bien à travers les toiles de Greuze que dans les multiples autobiographies du XVIII^{ème} siècle.

Les registres de paroisses constituent un document de choix pour suivre l'apparition de la mention de l'âge des individus.

Sous le règne de Louis XIV, l'âge des intéressés n'est indiqué ni au mariage ni lors de la sépulture. Mais toutes les monographies paroissiales de démographie historique attestent la mention d'un âge précis dans les actes du XVIII^{ème} siècle.

Plusieurs évolutions conjuguent leurs effets pour conduire à une meilleure précision de l'âge : les nouveaux critères d'une bonne administration, les calculs de tables d'extinction que le développement des assurances et du système des rentes viagères supposait ; mais aussi les nouvelles mesures de versement de pension ou d'entrée dans les hôpitaux.

Actuellement, les aînés sont souvent victimes de discrimination et de stéréotypes qui contribuent à les isoler et à les enfermer dans des ghettos.

Les attitudes de la société face à la vieillesse et aux personnes âgées restent plutôt négatives et sont en parties responsables de l'image que les

personnes âgées ont d'elles-mêmes ainsi que des conditions et des circonstances qui entourent le vieillissement.

Les nombreux mythes et stéréotypes sur la vieillesse leur causent un tort immense et favorisent l'apparition de la gérontophobie (crainte irrationnelle de tout ce qui se rapporte au vieillissement et la vieillesse et ses conséquences), de l'âgisme (qui fait référence à toutes formes de discrimination fondée sur l'âge) et de l'infantilisation.

I.2. DEFINITION DE LA VIEILLESSE. (1) (4) (5) (6) (7)

Mais quand est-on vieux ? A partir de quel âge, de quelles dégradations physiques, de quelle somme d'expériences ? Existe-t-il un seuil ?

La perspective chronologique de la vieillesse ne peut-être que très relative. Elle dépend de la subjectivité de celui qui la définit et de facteurs culturels. Ou encore, la détermination de l'âge de la vieillesse peut découler de considérations administratives et même politiques.

Depuis l'Antiquité, la vieillesse a toujours été perçue comme un moment particulier de la vie, mais cela n'a pas conduit les auteurs à s'accorder sur l'âge à partir duquel on devient vieux.

Hippocrate, comparant les étapes de la vie aux quatre saisons de la nature, assimilait la vieillesse à l'hiver ; il la faisait débiter à 56 ans. Aristote, plus sévère, opte pour le seuil des 50 ans. Plus tard, Saint Augustin parle de la vie fractionnée en six ou sept âges, et fait commencer la vieillesse à 60 ans.

Au VI^{ème} siècle, Isidore de Séville reprend le même découpage, tout en choisissant de placer l'entrée de la vieillesse à 70 ans.

Au Moyen Age, les divisions de la vie en sept ou quatre âges sont fréquemment reprises (quatre éléments, quatre humeurs, quatre saisons).

Au XVI^{ème} siècle, Montaigne, lui, considère qu'il a atteint un *"âge auquel peu de gens arrivent"* et que *"mourir de vieillesse, c'est une mort rare, singulière, et extraordinaire"*. Il est alors âgé de 47 ans.

L'apparition des dictionnaires au XVII^{ème} siècle offre une source nouvelle de définitions du vieux. Le plus ancien, celui de Richelet, établit une différence entre les hommes et les femmes. On appelle *"vieillard un homme depuis 40 ans jusqu' à 70. Les vieillards sont d'ordinaire soupçonneux, jaloux,*

avares, chagrins, causeurs, se plaignent toujours, les vieillards ne sont pas capables d'amitié". Quant à la femme, elle est *"vieille de 40 jusqu'à 70 ans. Les vieilles sont fort dégoûtantes. Vieille décrépète, vieille ratatinée, vieille roupieuse"*. Au-delà, Richelet place l'âge décrépète, que le dictionnaire de Trévoux fait débiter à 75 ans, reprenant ainsi une distinction que l'on trouvait dans des guides de santé, entre la vieillesse *"verte et crue"* et la vieillesse *"décrépète"*. La première était censée s'étendre de 55 à 65 ou 70 ans, *"en icelle les hommes peuvent vaquer encore à leurs ordinaires exercices, se marier, faire des enfants..."*. Au-delà, les hommes radotent et dorment. Ce seuil de 70 ans se retrouve dans les règles de la vie sociale : c'est celui de l'exemption de la contrainte par corps, de la condamnation aux galères, de la torture, ou du service militaire, et de la dispense des matines pour les chanoines.

Force est de reconnaître que la vieillesse n'est définie que par un compromis politico-social. Le plus franc et le plus clair est de parler de

"retraités", c'est-à-dire de sujets qui ont perdu le statut juridiquement défini *"d'actifs"*.

Par convention, l'âge de la retraite a fixé pendant longtemps l'entrée dans la vieillesse, mais actuellement, avec l'augmentation de la longévité, et la sortie de plus en plus précoce du monde du travail, l'âge de la retraite a cessé définitivement d'avoir cette signification.

L'entrée dans la vieillesse dépend étroitement du critère auquel on se réfère : biologique, social, juridique, chronologique, mental, psycho-affectif, économique, etc...

Enfin, l'entrée dans la vieillesse dépend aussi très fortement du sentiment de l'individu : selon qu'il se sentira déjà vieux, ou encore jeune, ses

comportements et ses attitudes varieront. En vérité, il n'y a pas d'entrée dans la vieillesse, mais des entrées différentes et successives dans des vieillissements.

On peut tout de même en retirer l'impression qu'il y a trois âges de la vieillesse, qu'on ne peut dater avec certitude ni individuellement ni collectivement. Le premier serait, en gros, de 55 à 65 ans. C'est celui de la liberté retrouvée contre les contraintes du travail, des enfants, de l'endettement. Les personnes, en bonne santé, ont envie de bouger de toutes les manières, quitte à consommer des épargnes. Le second serait celui de la sagesse, de l'accalmie, et regrouperait les personnes de 65 à 75 ans. Le troisième serait celui du déclin, à partir de 75 ans, beaucoup plus tard pour une minorité, d'une durée et de manifestations variables, mais plus ou moins dominé par la perte d'autonomie et la dépendance à l'égard d'autrui.

Enfin, pour l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.), les personnes âgées peuvent être divisées en trois catégories :

- les jeunes vieillards ou "gérontins" de 60 à 74 ans,
- les vieillards de 75 à 90 ans,
- les grands vieillards au-delà de 90 ans.

A ne pas confondre avec les notions de 3^{ème} et 4^{ème} âge :

- 3^{ème} âge est une notion purement économique ; on y arrive lors du passage à la retraite, c'est-à-dire entre 60 et 65 ans.

- 4^{ème} âge correspond au moment auquel on perd son indépendance, son autonomie le plus souvent au-delà de 75 ans, parfois plus tôt, parfois jamais.

I.3. LE VIEILLISSEMENT (3) (5) (11) (12)

Terme qui se réfère en général au critère biologique, plus rarement psycho-social. Il s'agit d'un processus on ne peut plus normal, qui fait partie de la vie de tout être humain.

Les tableaux suivants brossent un résumé des différentes théories sur le vieillissement biologique et social. Il existe évidemment bien d'autres théories sur le vieillissement mais elles définissent toutes le vieillissement et sont toutes dans une certaine mesure interreliées.

Théories générales du vieillissement biologique	
Théorie immunologique:	Le système immunitaire ne semble plus en mesure de distinguer les cellules saines de l'organisme des substances étrangères.
Théorie génétique:	Le vieillissement serait biologiquement programmé et ferait partie d'un continuum dans le cours du développement organique suivant rigoureusement l'embryogénèse, la puberté et la maturation.
Théorie de l'erreur dans la synthèse des protéines:	Des altérations dans la molécule d'ADN faussent l'information génétique et entraînent la formation de protéines incompetentes.
Théorie de l'usure:	Les parties de l'organisme humain se détériorent à l'usage.
Théorie des radicaux libres:	Les radicaux libres provoquent la peroxidation des lipides insaturés et les transforment en substances qui empoisonnent les cellules.
Théorie neuro-endocrinienne:	La régulation du vieillissement cellulaire et physiologique est liée aux changements des fonctions neuro-endocriniennes.

Théories du vieillissement psychosocial	
Théorie de l'activité:	Une personne âgée doit demeurer active afin d'obtenir le plus de satisfaction dans la vie, maintenir son estime d'elle-même et conserver sa santé.
Théorie du désengagement:	Le vieillissement s'accompagne d'un désengagement réciproque de la société et de l'individu.
Théorie de la continuité:	La personne âgée maintient de la continuité dans ses habitudes de vie, ses préférences, ses expériences et ses engagements, lesquels font partie de sa personnalité.

Par ailleurs, non plus théoriquement parlant, mais pratiquement, il existe de nombreuses modifications biologiques reliées à la sénescence (changements structuraux et fonctionnels) : *annexe 1*.

Théories sociales du vieillissement	
Théorie du désengagement:	L'individu cesse peu à peu de se mêler à la vie de la société, et la société lui offre de moins en moins d'avantages de toutes sortes.
Théorie de l'activité:	Une vieillesse réussie suppose la découverte de nouveaux rôles ou de nouveaux moyens de conserver les anciens rôles. La société doit favoriser ce processus et reconnaître la valeur de l'âge.
Théorie du milieu social:	Le comportement au cours de la vieillesse dépend de l'état de santé, des ressources financières et de l'existence d'appuis sociaux (conjoint, famille, amis).
Théorie de la continuité:	L'adaptation sociale à la vieillesse, à la retraite et aux événements est principalement déterminée par le passé.

D'un côté, atteindre la vieillesse représente pour l'immense majorité des personnes, quelles que soient leurs conditions sociales, l'accomplissement d'une ambition. Mais d'un autre côté, la vieillesse fait peur, par la décrépitude physique qui l'accompagne, par la mort dont elle rapproche, par les exclusions sociales et familiales qu'elle impose, par la solitude qu'elle laisse craindre.

L'aspiration à une longue durée de vie n'est pas le propre d'une époque ou d'une culture, elle est humaine. La vieillesse présente l'image vivante de la brièveté de l'existence. Il est inévitable qu'elle inquiète et force la réflexion.

Cependant, dans l'Antiquité, l'aspiration à une longue durée de vie n'est pas seulement quantitative, elle est qualitative aussi. Le mythe de Tithon, à ce point de vue est particulièrement saisissant.

A force d'insister, la déesse Aurore avait enfin obtenu de Zeus qu'il fasse don de l'immortalité à son époux Tithon. Malheureusement, toute à l'euphorie de la perspective d'une durée sans fin, elle avait omis de demander à Zeus de faire aussi à son époux, le don d'une jeunesse éternelle. Le malheureux Tithon devint de plus en plus décrépité. Accablé, découragé par les misères de son existence, sans pouvoir espérer la délivrance de la mort, il préféra se métamorphoser en cigale pour toujours.

Le vieillissement n'est pas une maladie ; il est le déroulement continu de la vie, avec des capacités d'adaptation décroissantes, un ralentissement des réactions aux agressions et du retour à l'équilibre physiologique. Le déclin des fonctions organiques s'amorce bien avant les déficits fonctionnels qu'il entraîne.

Le vieillissement est asynchrone entre les organes, les individus et les groupes sociaux. Il est indépendant de l'âge chronique.

I.4. LA DEPENDANCE (4) (8) (13) (14)

La définition de la dépendance est extrêmement délicate et couvre un champ bio-psycho-social difficile à réduire en une formule brève.

La dépendance n'est pas un état qui est inexorablement lié à la vieillesse. Il s'agit plutôt d'une interdépendance, c'est-à-dire qu'elle rencontre la dépendance des autres et qu'il s'établit un système d'échange et de réciprocité. Si bien que la dépendance est en même temps la marque d'une certaine solidarité.

Ce qui caractérise la dépendance dans la vieillesse, c'est que dans notre système social actuel fondé sur la productivité, la personne âgée n'a plus rien à offrir de recevable socialement en échange de l'aide dont elle a besoin pour survivre. Elle reçoit mais ne donne plus.

On confond souvent, en parlant des personnes âgées, dépendance et perte d'autonomie.

Quelqu'un d'autonome, au sens étymologique du terme, c'est quelqu'un "qui se gouverne par ses propres lois". On peut donc être dépendant physiquement et rester autonome, c'est-à-dire faire ses choix, prendre ses décisions, orienter sa vie.

En fait, dans l'acceptation courante, dépendance et perte d'autonomie sont liées et employées couramment l'une pour l'autre comme synonymes.

Sept organisations réunies dans la GERIAPA (groupe de recherche et d'initiative pour l'aide aux personnes âgées) ont défini un code SENIOR. Le Président P. DARNIS, lors de la création de cette déontologie au service du grand âge, pouvait, en décembre 1988, écrire que *"la dépendance n'est ni une maladie, ni un état social, mais une situation complexe et aléatoire due à*

l'intrication de facteurs qui déterminent cette dépendance médico-psychologique et socio-économique. Fragile, elle peut à tout instant s'effondrer au profit d'une dépendance que l'on doit immédiatement prendre en charge".

L'autonomie est la possibilité pour une personne d'effectuer sans aide les principales activités de la vie courante, qu'elles soient physiques, mentales, sociales ou économiques, et de s'adapter à son environnement. C'est aussi la capacité et le droit d'une personne à choisir elle-même les règles de sa conduite, l'orientation de ses actes et les risques qu'elle est prête à courir.

La déficience correspond à la perte ou à l'altération d'une fonction, d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique.

L'incapacité est la conséquence fonctionnelle de la déficience lorsque celle-ci entraîne une réduction de la capacité à accomplir une activité considérée comme normale pour un être humain. Une déficience peut ne pas s'accompagner d'incapacité.

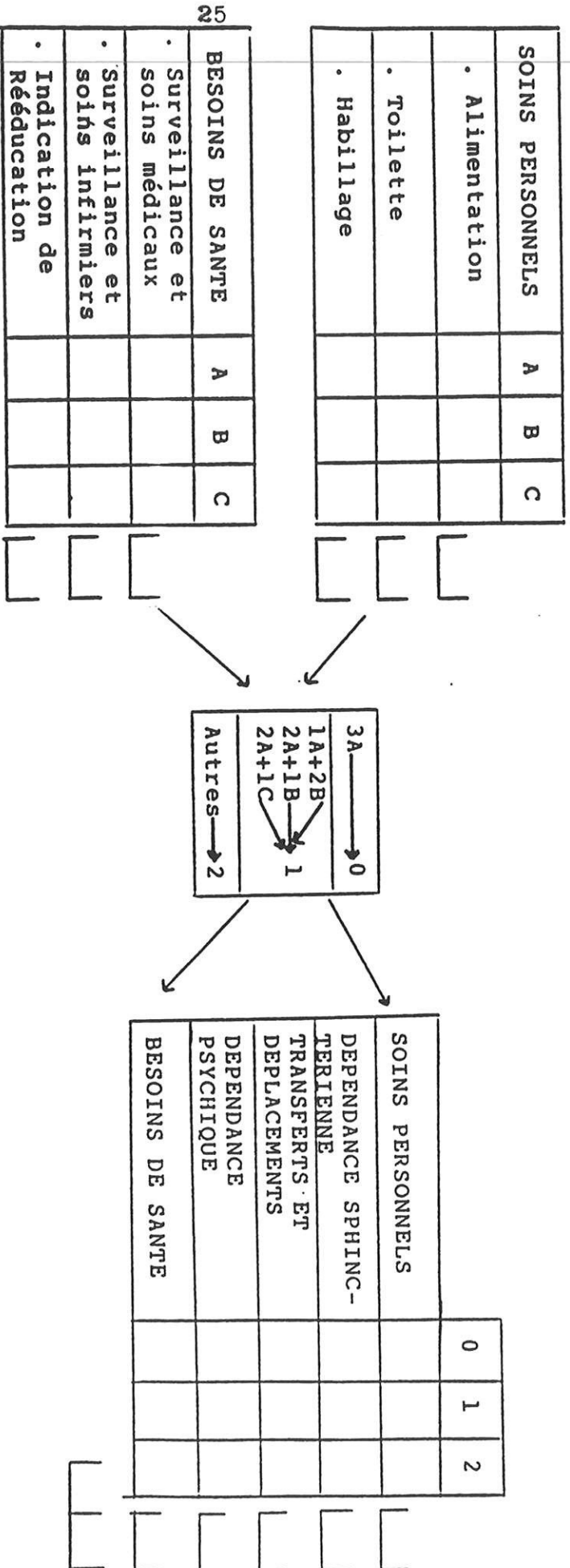
Pour évaluer la dépendance de la personne âgée au niveau individuel, plusieurs grilles d'évaluation ont été conçues.

Les grilles peuvent faire partie de la démarche médicale et sociale de prise en charge de la personne âgée, en permettant d'évaluer l'autonomie exprimée et de définir les mesures les plus appropriées pour l'améliorer.

Ces grilles permettent aussi de rationaliser le diagnostic entre les différents intervenants (hospitaliers, généraliste, personnels paramédical ou social).

EVALUATION DE LA DEPENDANCE : ECHELLE DU Pr KUNTZMANN

Echelle d'évaluation de l'autonomie des personnes âgées
Centre de Gériatrie de Strasbourg



Un score global synthétique (Score de KUNTZMANN noté de 0 à 10)

correspond au niveau d'autonomie, et permet d'opérer des rapprochements pour constituer des profils de dépendances.

0 = sans aide

1 = avec aide partielle

2 = avec aide totale

PROFIL A: Il est constitué des personnes les plus valides présentant un score entre 0 et 2

PROFIL B: (score 3, 4, 5) : Ce groupe est caractérisé par des besoins plus importants en matière de soins personnels, et de santé. Des troubles psychiques apparaissent mais en règle générale demeurent légers.

PROFIL C: (score 6 et 7) : Ce groupe est caractérisé par l'importance de l'aide en matière de soins personnels (dans 90 à 100 % des cas) ou en matière de transferts et déplacements (aide importante dans 60 % des cas, au moins partielle dans 85 % des cas).

PROFIL D: (score 8 à 10) : Ce groupe se rapproche du groupe C par des besoins similaires en matière de soins personnels, transferts et déplacements, et besoins de santé. Les problèmes d'incontinence semblent plus prononcés. Mais le facteur discriminant est essentiellement la dépendance psychique qui apparaît nettement, par des problèmes importants dans plus de 70 % des cas, (moins de 30 % dans le groupe précédent).

Cependant, la dépendance n'est pas le seul élément justifiant l'entrée en institution comme le montre une enquête réalisée par la DRASS, comparant le risque de dépendance en S.A.D. et en maison de retraite.

**EVALUATION DE LA DEPENDANCE
HAUTE-VIENNE 1991**

POUR 100 PRESENTS EN		Maison de Retraite Logement Foyer %	Services de Soins à domicile %
SOINS PERSONNELS			
Alimentation :	autonome	77	43
	aide partielle	17	41
	aide importante	6	16
Toilette	autonome	58	2
	aide partielle	23	29
	aide importante	19	69
Habillage	autonome	63	2
	aide partielle	19	33
	aide importante	18	65
DEPENDANCE SPHINCTERIENNE	non incontinent	75	52
	aide moyenne	12	27
	aide importante	13	21
TRANSFERTS DEPLACEMENTS	autonome	67	43
	aide partielle	22	26
	aide importante	11	31
DEPENDANCE PSYCHIQUE	autonome	55	38
	parfois désorienté	29	42
	aide importante	16	20
BESOINS DE SANTE			
Surveil.médicale	sans	31	13
	surveillance	57	77
	visites fréquentes	12	10
Soins infirmiers	aucun	48	57
	soins légers	43	36
	soins lourds	9	7
Soins de rééducation	aucun	80	55
	soins légers	16	36
	soins lourds	4	9

La comparabilité des soins de dépendance analysés en domicile et en établissement grâce à la grille de KUNTZMANN permet le constat suivant :

score moyen en

- logement-foyer	1,6
- maison de retraite simple	2,6
- domicile, liste d'attente	2,8
- domicile avec hébergement temporaire	3,2
- services soins à domicile	5,4
- section de cure médicale	6

Ce constat peut sembler étonnant, mais en réalité, il confirme avec force que sur la base d'une prise en charge du facteur dépendance, la ligne de partage ne passe pas entre domicile et établissement, mais bien entre prise en charge médicalisée et prise en charge non médicalisée ; et ce, quelque soit le milieu de vie.

Il semble dès lors, difficile de contester que la prise en charge correcte de ces personnes nécessitera, à l'avenir, une médicalisation plus importante.

L'évaluation par le système AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources) comprend deux volets.

Il s'agit, dans un premier temps, d'un outil d'évaluation de la dépendance regroupant les 10 items les plus discriminants pour évaluer la perte d'autonomie d'une personne âgée tant à domicile qu'en institution.

A partir de cet outil, ont été, dans un deuxième temps, élaborés six groupes ISO-RESSOURCES représentatifs d'une mobilisation de moyens en personnels soignants, significativement proches par rapport au niveau de dépendance des personnes âgées.

EVALUATION DE L'AUTONOMIE (grille A.G.G.I.R.)

Cette grille est destinée à évaluer la perte d'autonomie de la personne âgée à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne. Il ne faut pas tenir compte de l'aide apportée par les aidants et les soignants. En revanche, les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne (lunettes, cannes, fauteuil roulant, prothèses...).

A - B - C

1	COHERENCE : converser et/ou se comporter de façon logique et sensée	
2	ORIENTATION : se réperer dans le temps, les moments de la journée et le lieux	
3	TOILETTE : (visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage)	HAUT
	(membres inférieurs, pieds, régions intimes)	BAS
4	HABILLAGES-DESHABILLAGES-PRESENTATION : HAUT (vêtements passés par les bras et/ou la tête)	
	MOYEN (fermeture des vêtements : boutonnage, fermeture Eclair, ceinture, bretelles, pressions)	
	BAS (vêtements passés par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas, les chaussures)	
5	ALIMENTATION : SE SERVIR (couper la viande, peler un fruit, remplir son verre...)	
	MANGER (manger les aliments préparés, les porter à la bouche et avaler)	
6	ELIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire	URINAIRE
	assumer l'hygiène de l'élimination fécale	ANALE
7	TRANSFERTS : se lever, se coucher, s'asseoir : passer d'une des trois positions à une autre, dans les deux sens	
8	DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...	
9	DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
10	COMMUNICATION A DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme	

A = fait seul totalement, habituellement, correctement

B = fait partiellement

C = ne fait pas

Tableau 1: les variables du modèle A.G.G.R.I.R.
 Table 1 : the variable in the A.G.G.I.R. model.

	Autonomie fait seule totalement habituellement, correctement = A fait partiellement = B ne fait pas = C
Cohérence converser et/ou se comporter de façon logique et sensée	<input type="checkbox"/>
Orientation se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	<input type="checkbox"/>
Toilette du haut et du bas du corps assurer son hygiène corporelle (AA = A, CC = C, autres = B)	<input type="checkbox"/>
Habillage (Haut, moyen, bas) s'habiller, se déshabiller, se présenter (AAA = A, CCC = C, autres = B)	<input type="checkbox"/>
Alimentation se servir et manger les aliments préparés (AA = A, CC = C, BC = C, CB = C, autres = B)	<input type="checkbox"/>
Elimination urinaire et fécale assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale (AA = A, CC = C, AC = C, CA = C, BC = C, CB = C, autres = B)	<input type="checkbox"/>
Transferts se lever, se coucher, s'asseoir	<input type="checkbox"/>
Déplacements à l'intérieur avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>
Déplacements à l'extérieur à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	<input type="checkbox"/>
Communication à distance utiliser les moyens de communications : téléphone, alarme, sonnette	<input type="checkbox"/>

Ces grilles AGGIR sont destinées, par ailleurs, à justifier le niveau de l'allocation dépendance (PED) octroyée.

D'autres systèmes d'évaluation de l'autonomie existent et, bien que moins utilisés, peuvent encore se retrouver : *annexe 2*.

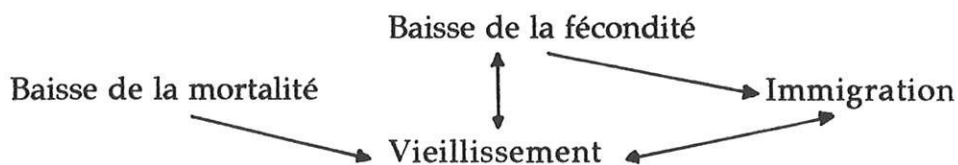
I.5. LE VIEILLISSEMENT ET SES CHIFFRES (13) (14) (15) (16) (18)

I.5. 1. La France a commencé à vieillir dès la fin du XVIII ème siècle : à la veille de la révolution française, les personnes âgées de 65 ans ou plus représentent 5,8 % de la population française. Cette proportion atteint 8,2 % en 1900 ; 11,8 % en 1950 et 14,1 % en 1990.

Les évolutions que l'on constate dans les pays d'Europe s'expliquent principalement par la baisse de la fécondité. Plus cette réduction a été rapide, plus elle a entraîné un vieillissement de la population par la réduction du nombre des jeunes. La baisse de la mortalité infantile, en augmentant le nombre de jeunes survivants a, à peine, ralenti ce phénomène. C'est le "vieillissement par le bas".

Lorsque les niveaux de fécondité et de mortalité infantiles sont stables, le plus souvent à des niveaux très bas, du moins en Europe, la baisse de la mortalité des plus de 50 ans entraîne un "vieillissement par le haut".

A ces deux principaux facteurs du vieillissement de la population, il faut ajouter l'immigration. L'arrivée d'une population jeune contribue au rajeunissement de la population ; c'est ce qu'a connu la France jusqu'en 1968. Depuis 1973, au contraire, l'élévation de l'âge moyen des immigrants contribue à augmenter la proportion de personnes âgées dans la population.

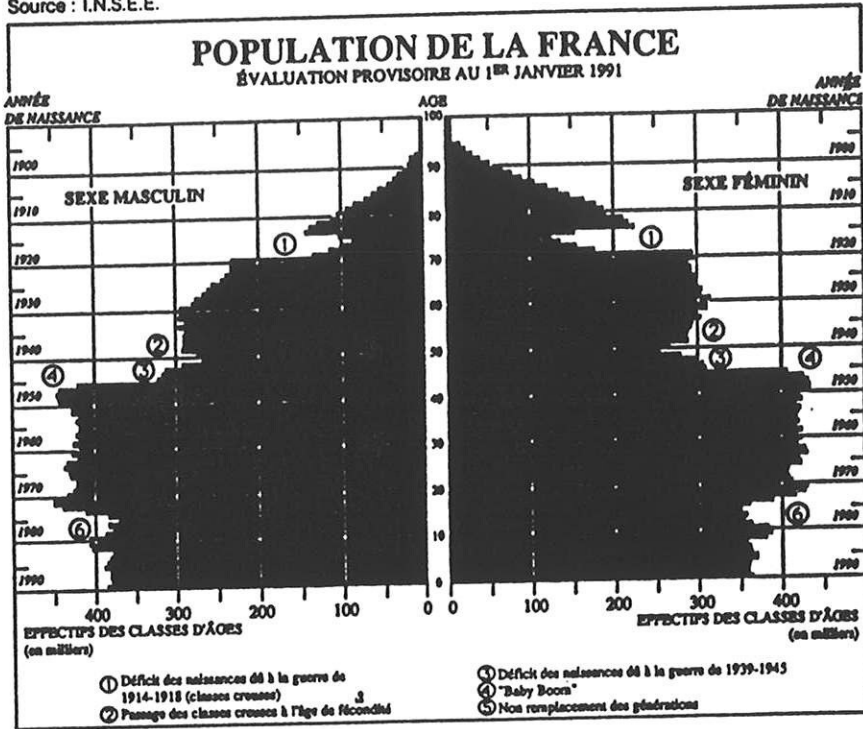


On appelle vieillissement démographique l'augmentation de la proportion des personnes âgées dans la population totale. La cause fondamentale est la réduction de la natalité, c'est-à-dire que la pyramide des âges voit la base sur laquelle elle repose se réduire.

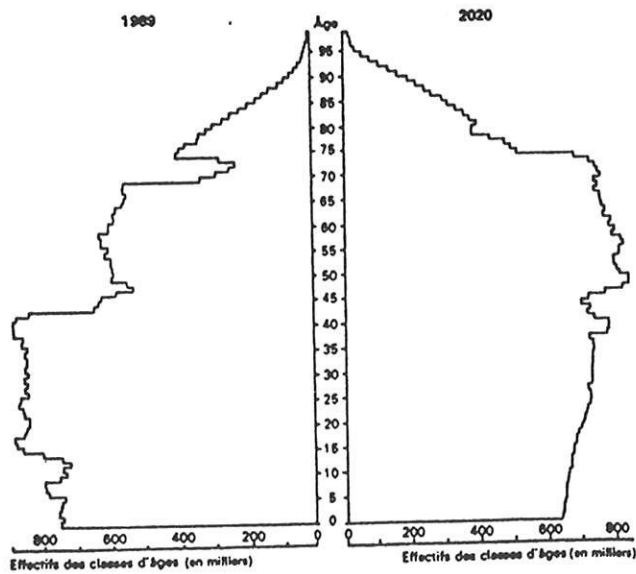
Mais également, notamment depuis 1985, la forte réduction de la mortalité aux âges avancés montre que la pyramide des âges voit son sommet s'élargir. Finalement, la pyramide se transforme peu à peu en une colonne.

PYRAMIDES DES AGES DE LA FRANCE AU 1^{er} JANVIER 1990

Source : I.N.S.E.E.



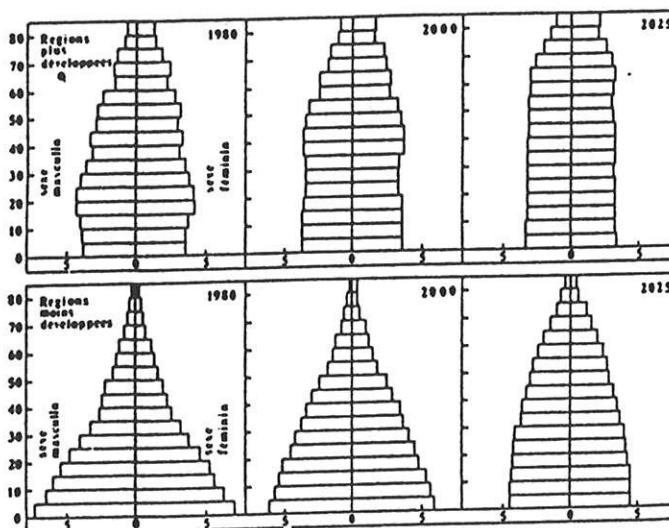
Répartition par âge de la population totale
au 1^{er} janvier 1989 et au 1^{er} janvier 2020



D'une région à une autre, les personnes âgées occupent une place plus ou moins importante dans la population.

Elle est élevée dans les régions peu industrialisées du Centre, du Sud et du Sud-Est et faible dans les départements très urbanisés, en particulier dans le Nord, l'Est et la région parisienne (hors Paris). La proportion des personnes âgées passe ainsi de plus de 25 % dans le Limousin à 16 % en Ile-de-France, Lorraine et Nord-Pas-De-Calais.

Pyramides des populations
pour les régions plus développées
et moins développées en 1980, 2000 et 2025



I.5.2. En Haute-Vienne, la population des personnes de 65 ans ou plus représente 20 % du total contre 14 % dans le reste de la France. Cette part monte à 23 % parmi la population féminine.

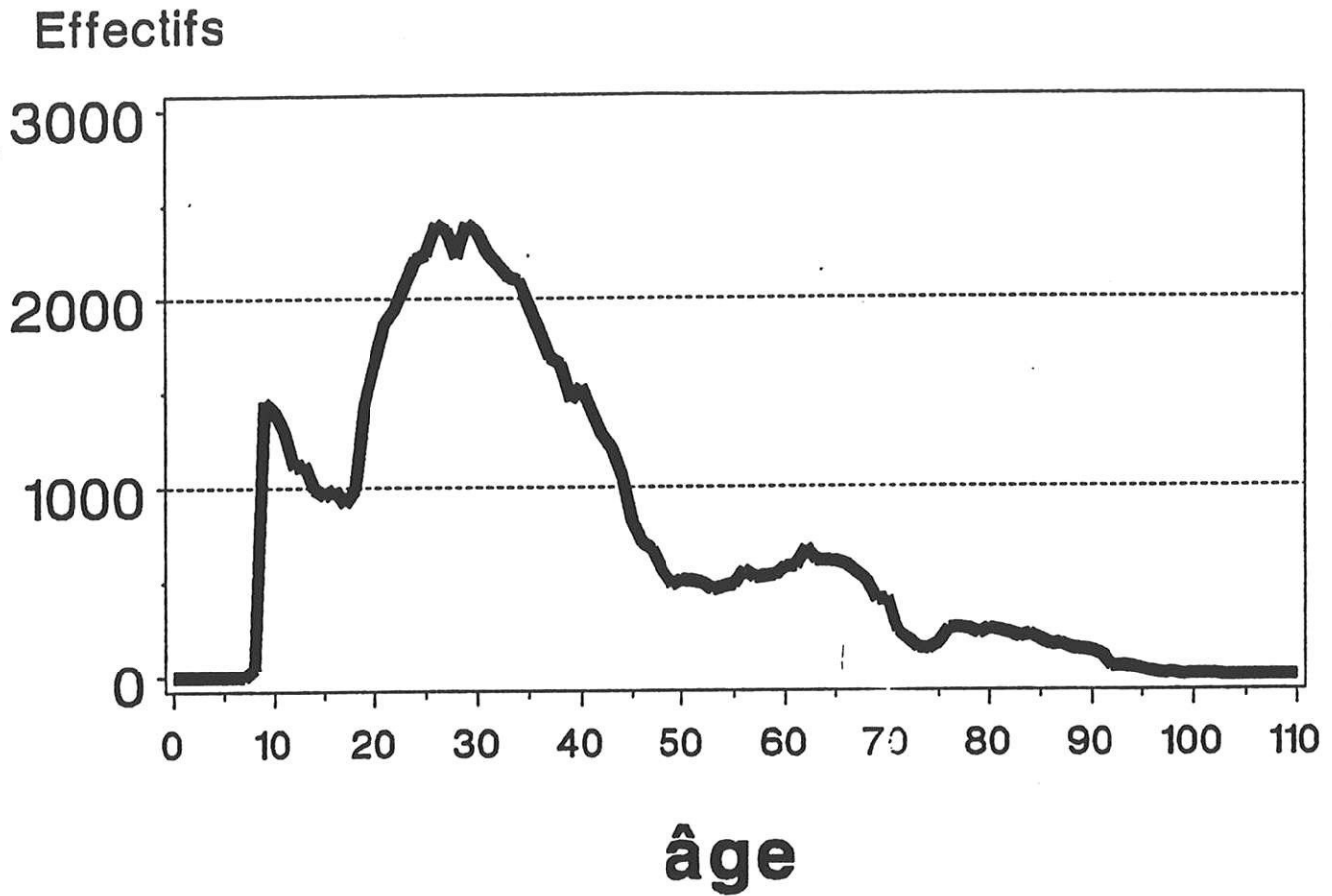
Plus d'un Haut-Viennois sur dix a plus de 75 ans, contre un Français sur

15.

POP 1 - Population totale par sexe et âge

87 - HAUTE-VIENNE

ÂGE AU 31/12/90	ENSEMBLE		HOMMES	FEMMES	ÂGE AU 31-12-90	ENSEMBLE		HOMMES	FEMMES	ÂGE AU 31-12-90	ENSEMBLE		HOMMES	FEMMES
		%					%					%		
TOTAL	353 914	100,0	170 641	183 273	0-4	14 564	4,1	7 588	6 976	50-54	18 024	5,1	8 964	9 060
					5-9	18 740	5,3	9 800	8 940	55-59	21 020	5,9	10 176	10 844
					10-14	19 807	5,8	10 227	9 580	60-64	21 304	6,0	9 960	11 344
0-19	77 657	21,9	40 236	37 421	15-19	24 546	6,9	12 621	11 925	65-69	21 636	6,1	9 892	11 744
20-39	90 388	25,5	49 376	50 012	20-24	26 256	7,4	12 968	13 288	70-74	12 776	3,6	5 792	6 984
40-59	84 805	24,0	42 181	42 624	25-29	23 072	6,5	11 621	11 451	75-79	14 344	4,1	5 948	8 396
60-74	55 716	15,7	25 644	30 072	30-34	24 303	6,9	12 006	12 297	80-84	12 176	3,4	4 440	7 736
75 ou +	36 348	10,3	13 204	23 144	35-39	25 757	7,3	12 781	12 976	85-89	6 828	1,9	2 060	4 768
					40-44	27 573	7,8	13 781	13 792	90-94	2 420	0,7	672	1 748
					45-49	18 188	5,1	9 260	8 928	95 ou +	580	0,2	84	496



REPARTITION DE LA POPULATION - HAUTE-VIENNE

SOURCE I.N.S.E.E. 1991

SOURCES I.N.S.E.E.

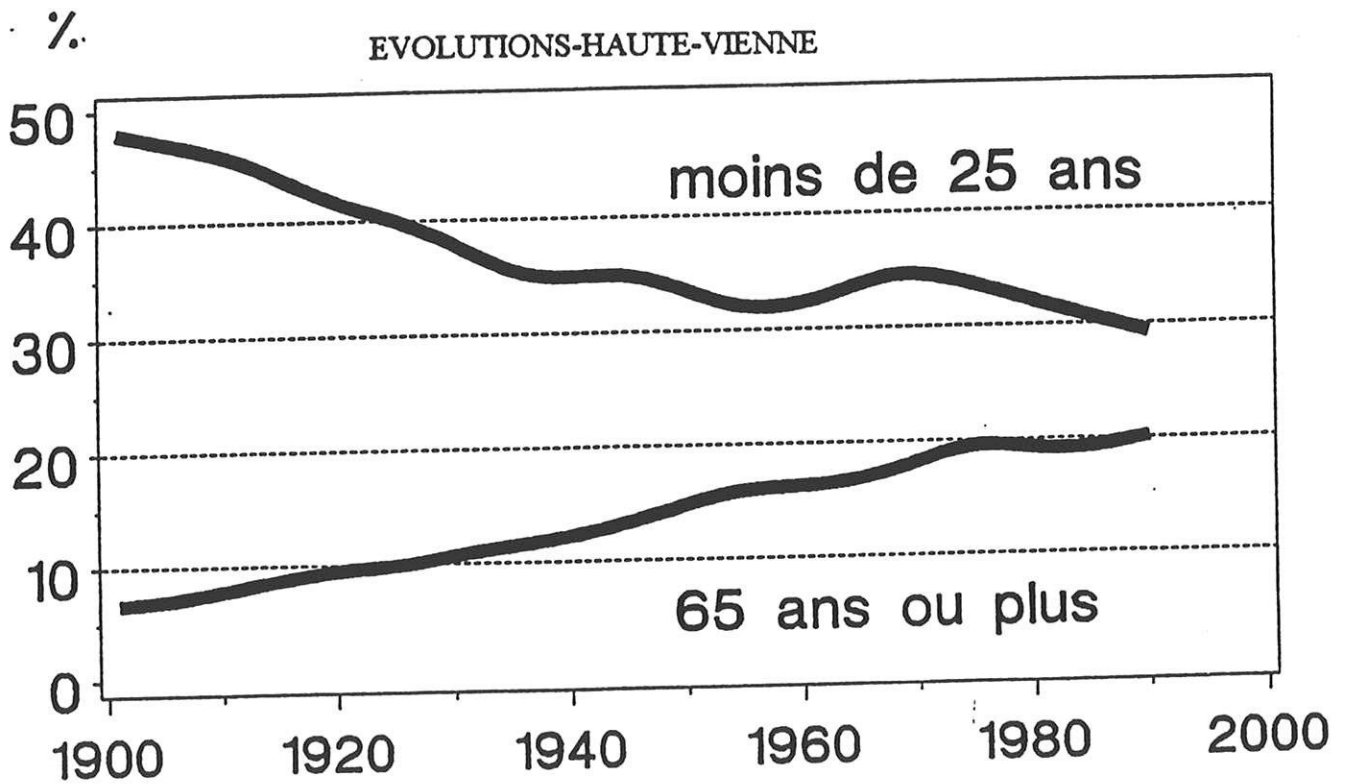
DEMOGRAPHIE PAR CANTON
"HAUTE-VIENNE"

RECENSEMENT 1990

CANTONS	Densité CANTON	Population totale	+ 60 ans	+ 75 ans	% + 60 ans	% + 75 a.
AIXE/VIENNE.....	84	16.137	3.339	1.264	20,69	7,83
AMBAZAC.....	64	13.405	2.835	1.077	21,15	8,03
BELLAC.....	40	7.930	2.344	1.020	29,56	12,86
BESSINES/GARTEMPE.....	35	5.512	1.625	624	29,48	11,32
CHALUS.....	33	5.431	2.074	912	38,19	16,79
CHATEAUNEUF LA FORET.....	26	5.957	2.437	1.025	40,91	17,21
CHATEAUPONSAC.....	24	4.304	1.653	708	38,41	16,45
LIMOGES CONDAT.....	114	6.987	1.127	387	16,13	5,54
LIMOGES COUZEIX.....	200	6.151	1.099	345	17,87	5,51
LE DORAT.....	18	5.282	1.900	842	35,97	15,94
EYMOUTIERS.....	18	6.633	2.672	1.151	40,28	17,35
LIMOGES ISLE.....	361	7.292	1.314	426	18,02	5,84
LAURIERE.....	27	3.615	1.435	606	39,70	16,76
MAGNAC-LAVAL.....	20	4.399	1.667	808	37,89	18,37
MEZIERES/ISSOIRE.....	15	3.826	1.447	555	37,82	14,51
NANTIAT.....	27	6.644	2.001	832	30,12	12,52
NEXON.....	28	6.533	2.089	815	31,98	12,47
NIEUL.....	50	7.646	1.544	622	20,19	8,13
ORADOUR/VAYRES.....	34	4.309	1.618	688	37,55	15,97
LIMOGES-LE PALAIS/VIENNE.	589	6.084	860	321	14,13	5,28
LIMOGES-PANAZOL.....	178	15.517	2.835	869	18,27	5,60
PIERRE-BUFFIERE.....	34	6.528	1.604	623	24,57	9,54
ROCHECHOUART.....	41	5.731	1.995	807	34,81	14,08
SAINT-GERMAIN-les-BELLES.	22	5.878	2.225	881	37,85	14,99
SAINT-JUNIEN (2 cantons).	130	18.281	5.341	2.070	29,22	11,32
SAINT-LAURENT/GORRE.....	29	4.285	1.335	578	31,15	13,49
SAINT-LEONARD-de-NOBLAT..	40	10.253	3.135	1.315	30,58	12,83
SAINT-MATHIEU.....	20	3.662	1.396	535	38,12	14,61
SAINT-SULPICE-les-FEUILL.	21	4.794	1.643	725	34,27	15,12
SAINT-YRIEIX-la-PERCHE...	44	11.139	3.722	1.599	33,41	14,35
LIMOGES VILLE.....	1.723	133.469	30.240	11.892	22,66	8,91
TOTAL H.V. 1990.....	64	353.614	92.551	36.922	26,17	10,44
TOTAL H.V. 1982.....	-	355.737	87.140	33.451	24,50	9,40
1990						
Rural.....		178.114	55.076	22.682	30,92	12,73
Périphérie LIMOGES		42.031	7.235	2.348	17,21	5,59
LIMOGES VILLE		133.469	30.240	11.892	22,66	8,91

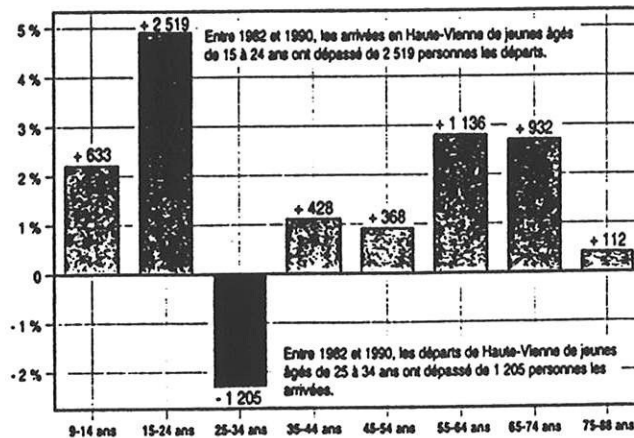
DENSITE : nombre d'habitants au KM2.

Sous-fécondité, émigration de jeunes, immigration de personnes âgées ont contribué à élever l'âge moyen des Hauts-Viennois. Ce vieillissement s'est accentué en 1990 non pas sous l'effet d'une augmentation des personnes âgées mais à cause de la baisse du nombre de jeunes de moins de 25 ans.



De 1982 à 1990, la Haute-Vienne a attiré 4400 personnes de plus qu'elle n'en a laissé partir. Apparemment flatteur, ce résultat traduit pourtant la réduction de moitié du solde migratoire du département. Il coïncide avec la nette contraction de l'excédent migratoire intervenue dans l'arrondissement de Limoges. Les flux migratoires entraînent un important déficit des effectifs âgés de 25 à 30 ans, et un solde légèrement positif entre 30 et 70 ans.

Taux de solde migratoire intérieur entre 1982 et 1990



I.6. PROTECTION DES DROITS ET DES LIBERTES DES PERSONNES AGEES. (3) (16) (14)

Il n'y a pas si longtemps que l'on a commencé à s'interroger sur la nécessité d'une protection juridique et sociale pour les personnes âgées. Les mesures législatives pour répondre aux besoins spécifiques de ce groupe de citoyens sont encore peu nombreuses et sont surtout d'ordre général.

En 1988, la Commission Droits et Libertés des Personnes Âgées Dépendantes, présidée par le Professeur MOULIAS (Paris), Fondation Nationale de Gérontologie, a adopté une Charte qui précise les droits et libertés des personnes âgées dépendantes.

En 1989, cette Charte, et des instructions pour les institutions de personnes âgées, ont été très largement diffusés avec le concours du Ministère des Affaires Sociales.

Droit des personnes âgées dépendantes en Institution

Les respect des droits et libertés des personnes âgées dépendantes concerne tous les lieux de vie: logements - foyers, maisons de retraite, résidences, services hospitaliers, unités de long séjour, etc.

1 - Tout résident doit bénéficier des dispositions de la Charte des droits et libertés des personnes âgées dépendantes.

2 - Nul ne peut être admis en institution sans une information et un dialogue préalables, et sans son accord.

3 - Comme pour tout citoyen adulte: la dignité, l'identité et la vie privée du résident doivent être respectées.

4 - Le résident a le choix d'exprimer ses choix et ses souhaits.

5 - L'institution devient le domicile du résident, il doit y disposer d'un espace personnel.

6 - L'institution est au service du résident. Elle s'efforce de répondre à ses besoins et de satisfaire ses désirs.

7 - L'institution encourage les initiatives du résident. Elle favorise les activités individuelles et

développe les activités collectives (intérieures ou extérieures) dans le cadre d'un projet de vie.

8 - L'institution doit assurer les soins infirmiers et médicaux les plus adaptés à l'état de santé du résident. S'il est nécessaire, de donner des soins à l'extérieur de l'établissement, le résident doit en être préalablement informé.

9 - L'institution accueille la famille, les amis ainsi que les bénévoles, et les associe à ses activités. Cette volonté d'ouverture doit se concrétiser par des lieux de rencontre, des horaires de visites souples, des possibilités d'accueil pour quelques jours et par des réunions périodiques avec tous les intervenants.

10 - Après une absence transitoire (hospitalisation, vacances, etc), le résident doit retrouver sa place dans l'institution.

11 - Tout résident doit disposer de ressources personnelles. Il peut notamment utiliser librement la part de son revenu qui reste disponible.

12 - Le droit à la parole est fondamental pour les résidents.

Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

La vieillesse est une étape de l'existence pendant laquelle chacun doit pouvoir poursuivre son épanouissement.

La majorité des personnes âgées reste autonome et lucide jusqu'au dernier moment de la vie. L'apparition de la dépendance, quand elle survient, se fait à un âge de plus en plus tardif.

Même dépendantes, les personnes âgées doivent pouvoir continuer à exercer leurs droits et libertés de citoyens.

Elles doivent aussi pouvoir garder leur place dans la cité, au contact des autres générations.

Cette Charte a pour objectif de préserver les droits et la dignité des personnes âgées devenues dépendantes.

ARTICLE 1. — LIBERTÉ DE CHOIX

La personne âgée en perte d'autonomie garde la liberté de choisir son mode de vie.

Elle doit pouvoir mener une vie indépendante si elle le désire, même au prix d'un certain risque pour elle, dont il faut l'informer ainsi que son entourage. La famille et les intervenants doivent respecter le plus possible le désir profond de la personne âgée.

ARTICLE II. — DOMICILE ET ENVIRONNEMENT

Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être adapté à ses besoins.

La personne âgée à autonomie réduite réside le plus souvent dans son domicile personnel. Des aménagements doivent être faits pour lui permettre de rester chez elle le plus longtemps possible, dans les meilleures conditions.

Lorsque le soutien au domicile atteint ses limites, la personne âgée dépendante doit pouvoir choisir d'être hébergée dans la famille d'accueil ou l'institution qui deviendra son nouveau domicile et sera à son service.

Son confort moral et physique, sa qualité de vie, doivent être l'objectif de chaque instant.

L'architecture des établissements doit être conçue pour répondre aux besoins de la vie privée des personnes âgées dépendantes. L'espace doit être organisé pour garantir l'accessibilité et favoriser orientation et déplacements, dans les meilleures conditions de sécurité.

ARTICLE III. — FAMILLE ET ENTOURAGE

Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.

Les familles qui entourent de leurs soins leurs parents âgés dépendants à domicile, doivent être reconnues et soutenues dans leurs tâches.

Dans les institutions, la coopération des familles et celle du voisinage à la qualité de la vie dans l'établissement, doivent être encouragées et facilitées. En leur absence, c'est au personnel et aux bénévoles de s'y substituer.

ARTICLE IV. — RESSOURCES

La personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de l'ensemble de ses ressources restant disponibles, et de son patrimoine.

Elle doit pouvoir en disposer conformément à ses désirs, sous réserve d'une protection légale, en cas de dépendance psychique.

Il incombe à la société et/ou à la famille de lui assurer un minimum de vie décent en cas d'insuffisance de ressources.

ARTICLE V. — COMMUNICATION, DÉPLACEMENT ET VIE SOCIALE

La personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.

Les urbanistes doivent prendre en compte le vieillissement de la population pour l'aménagement de la cité.

Les lieux publics et les transports en commun doivent être aménagés pour être accessibles aux personnes âgées, et faciliter leur participation à la vie sociale et culturelle.

La personne âgée doit recevoir une information claire et précise sur ses droits sociaux et sur l'évolution de la législation qui la concerne.

ARTICLE VI. — ACTIVITÉS

La personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités.

Des besoins d'expression et des capacités d'accomplissement persistent durant toute l'existence.

Toute activité évite la sensation de dévalorisation et d'inutilité. La participation volontaire à des réalisations les plus diversifiées (économiques, artistiques, ludiques, culturelles, etc.) doit être possible selon les aspirations. La personne âgée mentalement déficitaire doit pouvoir y participer.

ARTICLE VII. — RELIGION

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir pratiquer la religion de son choix.

Chaque établissement doit offrir un local d'accès aisé, pouvant servir de lieu de culte, et permettre la visite des représentants des diverses religions.

ARTICLE VIII. — PRÉVENTION

La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.

Une démarche préventive se justifie chaque fois que son efficacité est démontrée.

La prévention inclut toutes les initiatives visant à briser l'isolement et à augmenter la sécurité des personnes âgées à autonomie réduite.

Elle passe par une information claire et objective du public et des personnes âgées en particulier.

ARTICLE IX. — DROITS AUX SOINS

Toute personne âgée dépendante doit avoir accès aux soins qui lui sont nécessaires.

Elle ne doit pas être considérée comme objet passif de soins, y compris lors d'hospitalisations.

Les soins comprennent les soins médicaux et techniques permettant la guérison chaque fois que cet objectif peut être atteint, ainsi que ceux qui visent à compenser les handicaps, à rééduquer les fonctions, à soulager la douleur, à maintenir la lucidité et le confort du malade, à réaménager ses espoirs et ses projets, à améliorer la qualité de vie.

En cas d'hospitalisation, le retour au domicile doit être envisagé en priorité.

La tarification des soins doit dépendre des besoins de la personne âgée dépendante, et non de la nature du service ou de l'établissement qui la prend en charge.

ARTICLE X. — QUALIFICATION DES INTERVENANTS

Les soins que requiert la personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés et en nombre suffisant.

Une formation spécifique en gérontologie, initiale et continue en cours d'emploi, doit être dispensée à tous, qu'ils appartiennent aux corps médical et para-médical, aux professions sociales, à l'administration des institutions et des services.

ARTICLE XI. — MORT

Soins et assistance doivent être assurés au mourant.

Affection sévère et affection mortelle ne doivent pas être confondues. Le danger d'un renoncement thérapeutique abusif, chez une personne atteinte d'une affection sévère mais curable, constitue un risque aussi inacceptable que celui d'un acharnement thérapeutique injustifié.

Le confort du mourant doit être préservé. Il doit pouvoir être entouré de sa famille et de ses amis.

Le personnel de l'institution doit être préparé à cette tâche d'accompagnement.

ARTICLE XII. — RECHERCHE

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité.

Elle doit permettre une meilleure connaissance des handicaps liés à l'âge et diminuer le coût de leur prise en charge.

ARTICLE XIII. — PROTECTION LÉGALE

Toute personne en situation de dépendance conserve l'intégralité de ses droits conformément à la loi.

Lors de la mise en œuvre des protections prévues par le code civil (sauvegarde de justice, curatelle ou tutelle), il faut considérer :

- que le besoin de protection n'est pas forcément définitif ;
- que la personne âgée dépendante doit pouvoir donner son avis chaque fois que cela est nécessaire ;
- et qu'elle doit être informée des actes effectués en son nom.

L'exercice effectif de la totalité de leurs droits civiques, en particulier le droit de vote, doit être assuré aux personnes âgées physiquement dépendantes.

Lors de l'entrée en institution ou du déplacement dans une famille d'accueil, les conditions de résidence doivent être garanties par un contrat explicite et tenu à la connaissance de tous.

ARTICLE XIV. — SOCIÉTÉ ET PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.

Cette information est nécessaire afin d'éviter que ne soient prises des décisions contraires à leurs désirs, non conformes à leurs capacités restantes et ne prenant pas suffisamment en considération l'éventail des services et institutions susceptibles de répondre à leurs besoins.

L'objectif en est de prévenir tout risque d'exclusion sociale.

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

Quelques droits et avantages accordés aux personnes âgées :

- *logement* : droit au maintien dans les lieux (loi du 1^{er} septembre 1948, si la personne occupe effectivement et suffisamment les lieux).

- *exonération* :

. des taxes sur les domestiques pour toute personne de 65 ans ou d'un infirme, n'ayant qu'un seul domestique.

. de la cotisation patronale de la Sécurité Sociale et des Allocations Familiales pour toute personne de 70 ans vivant seule, bénéficiant de l'Aide Sociale, étant hors d'état d'accomplir les actes ordinaires de la vie.

. des redevances de télévision pour toute personne ayant 65 ans, non imposable sur le revenu.

- *S.N.C.F.* : à partir de 60 ans, la carte Vermeil permet une réduction de 50 % en période bleue. Il existe également une réduction de 30 % pour un voyage par an.

- *téléphone* : les personnes âgées de plus de 65 ans bénéficiant du Fond National de Solidarité sont dispensées du paiement des frais de raccordement au réseau téléphonique mais dans certaines villes (ex:Paris) l'installation du téléphone est gratuite pour les personnes âgées et les handicapés aux revenus modestes même s'ils ne bénéficient pas du F.N.S.

- *Air France/Air Inter* : à partir de 60 ans pour les femmes et 65 ans pour les hommes, réduction de 25 à 50 % sur certains vols.

En Haute-Vienne, et particulièrement sur Limoges.

la Mairie organise, pour les personnes âgées de 70 ans et plus, électeurs sur la commune :

- . 3 repas par an (fêtes de fin d'année, Mardi gras, septembre),
- . 1 colis de Noël,
- . 1 après-midi théâtre fin décembre,
- . des activités diverses avec goûter (pique-nique, après-midi dansants, randonnées...), dans le cadre des clubs du 3 ème âge municipaux (17 clubs répartis sur l'ensemble de la commune).

Ils fonctionnent deux après-midi par semaine pour les plus de 65 ans du quartier et électeur sur la commune, et ferment l'été sur une fête des clubs fin juin avec spectacle, goûter et bal.

Ces clubs constituent un support important de l'organisation de la vie sociale des personnes âgées car ils favorisent la lutte contre l'isolement et la poursuite d'une activité. Le club présente l'avantage d'être un excellent lieu d'information pour toutes les activités permettant une action préventive (bilan de santé, consultation gériatrique, éducation à la retraite...).

Trois autres clubs existent sur Limoges : l'APREL (Association des Préretraités et Retraités en Limousin), le club des retraités de la M.G.E.N. et la Vie Montante (mouvement chrétien des retraités).

Enfin, les personnes âgées de plus de 65 ans, résidant à Limoges, bénéficient, par décision du Conseil Municipal, de la gratuité des transports,

sur les lignes de la T.C.L., du lundi au vendredi de 8 heures à 16 heures et après 18 heures. Sans limitation les samedis, dimanches, jours fériés et pendant le mois d'août.

A noter également la présence d'une université du 3^{ème} âge ouverte à tous les retraités du 1^{er} octobre au 1^{er} juillet et le Forum du 3^{ème} âge : manifestation annuelle organisée par le Conseil Général de la Haute-Vienne (DISSD) à l'Espace Buxerolles.

II.MAINTIEN A DOMICILE.

II.1. POURQUOI ?

II.2. HISTORIQUE ET EMERGENCE DE LA POLITIQUE DE VIEILLESSE EN FRANCE ET EN HAUTE-VIENNE.

II.3. MOYENS PERMETTANT LE MAINTIEN A DOMICILE.

II.3.a - Matériel.

- . aides techniques,
- . téléalarme,
- . difficultés architecturales.

II.3.b - Aides.

- . aide ménagère,
- . auxiliaire de vie,
- . garde à domicile,
- . livraison des repas à domicile,
- . service de dépannage,
- . embauche directe d'une aide.

II.3.c - Service de soins à domicile.

II.3.d - Hospitalisation à domicile.

II.3.e - Hôpital de Jour.

- . les clubs de retraités et associations corporatives,
- . l'Université du 3^{ème} âge,
- . les Petits Frères des Pauvres,
- . S.O.S. Amitié, S.O.S. Solitude,
- . Association Présence,
- . Centre de Volontariat de Limoges et du Limousin,
- . Association d'Aide aux Familles des Personnes Agées Intellectuellement Dépendantes,
- . la famille.

II.4. MAINTIEN A DOMICILE EN PRATIQUE LIBERALE.

II.5. RISQUES ET LIMITES DU MAINTIEN A DOMICILE.

II.5.a - Les risques du maintien à domicile.

- . les chutes à domicile,
- . les troubles physiques et les troubles du comportement,
- . les facteurs de risques sociaux,
- . les facteurs de risques somatiques.

II.5.b - Les limites du maintien à domicile.

- . l'augmentation de l'âge,
- . contraintes d'ordre réglementaire et financier
- . l'entourage,
- . médecin porte à faux.



et de la D^{lle} de Stally



Introduit des Embassadeurs
de l'Empire Ottoman

II. MAINTIEN A DOMICILE.

II.1. POURQUOI ? (22) (23)

Parce que "*choisir son lieu de vie est un droit*". Tels sont les termes de la circulaire ministérielle du 7 avril 1982, relative à la politique sociale pour les retraités et les personnes âgées.

94 % des français souhaitent finir leurs jours chez eux ... (estimation de la S.O.F.R.E.S.). Or, 70 % meurent à l'hôpital.

Devant ce constat, il est primordial que le comité national des retraités et des personnes âgées réaffirme la priorité du soutien à domicile.

Vouloir rester chez soi pour conserver un mode de vie qui est le sien est une des motivations essentielles et vitales pour l'équilibre de la personne. Mais également pour vivre à son rythme, garder sa façon de vivre, gérer son budget, conserver sa convivialité. En effet, accueillir les autres est un acte indispensable à l'équilibre psychique de la personne.

La personne âgée veut conserver son cadre de vie, elle désire rester dans le quartier connu depuis longtemps, à proximité des voisins, des amis, parfois des enfants, garder une activité certes réduite mais se rapprochant souvent de celle qui a été exercée pendant la vie active. Activité qui permettra de retarder la dégradation physique et psychologique.

Lorsque le départ s'avère obligatoire, le changement de domicile peut entraîner des perturbations, atteindre la personnalité, le psychisme. Il est toujours vécu comme un déchirement intérieur voire même une rupture qui amène parfois à un glissement ou suicide inconscient.

Bien sûr, "vivre chez soi" suppose de continuer à assumer les tâches de la vie quotidienne : allumer son feu, éplucher ses légumes, faire ses courses, participer à un minimum de tâches ménagères. Cependant, de nombreuses aides peuvent lui être apportées.

II. 2. HISTORIQUE ET EMERGENCE DE LA POLITIQUE DE VIEILLESSE EN FRANCE ET HAUTE-VIENNE. (3) (1) (19) (24) (25)

Chez les peuples primitifs, les personnes âgées étaient peu nombreuses et leur existence ne causait aucun problème particulier. En fait, on les a ignorées presque totalement jusqu'en l'an 1600. Puis, la société a commencé "officiellement" à s'occuper de ses aînés ; on leur a même reconnu le " droit de mendier".

En 1788, le "Projet d'établissement d'une caisse de bienfaisance dont l'objet serait d'assurer aux vieillards et aux veuves des secours contre l'indigence" est proposé par Lavoisier.

Pendant la Révolution Française, le Comité de mendicité propose d'attribuer des secours au domicile des personnes âgées de plus de 60 ans.

En juillet 1905, un texte de loi décréta l'assistance obligatoire aux vieillards sans ressources. Mais cette loi recouvrait, en fait, une plus large population puisqu'elle concernait "tous ceux que l'âge, l'infirmité ou la maladie rend incapables de pourvoir à leurs besoins".

La période 1945-1960 remet en cause le modèle traditionnel de l'assistance. Pourtant, bien que la vieillesse se détache peu à peu des populations avec lesquelles elle avait jusqu'alors été confondues (infirmes, incurables), elle continue à être assimilée à l'indigence. Il est vrai qu'après la guerre, la population se retrouve dans une situation économique et sociale

extrêmement précaire. C'est la raison pour laquelle des mesures publiques de gestion sont proposées ou reconduites ; telles que des aides minimales en espèces destinées à certaines catégories, entre autres les plus démunies.

Parmi les aides accordées, on remarque que l'hébergement social conserve une place importante (placement en hospices de structure vétuste).

Cependant, les transformations qui affectent la société française, le système de solidarité mis en place dans le cadre de la Sécurité Sociale en 1945, les régimes de retraite complémentaire qui vont suivre, vont faire évoluer les mentalités notamment par rapport à la notion de solidarité qui va, petit à petit, être perçue non plus comme une tare, mais comme un droit. La notion de droit à la vieillesse est désormais réclamée. On condamne la promiscuité dans ces structures pour vieillards, reconnues comme de véritables mouiroirs, avec tout le sens péjoratif que ce terme évoque.

Dans les années 1950, la "vignette", taxe sur les automobiles, est créée pour subvenir au Fond National de Solidarité en faveur des personnes âgées.

C'est au début des années 60 qu'apparaît pour la première fois le thème du domicile dans l'énoncé d'une politique sociale de la vieillesse en France. L'accent étant mis sur la participation et le rôle actif des personnes du troisième âge, le maintien à domicile est nettement privilégié par rapport au placement en institution, en tant que facteur d'intégration sociale.

C'est à Paris, en décembre 1961, que s'est tenu, sous l'égide de M.LAROQUE, Président de la Section Sociale du Conseil d'Etat, la Commission dite Commission LAROQUE, qui avait pour but d'étudier les problèmes de la vieillesse. En 1962, ce rapport met l'accent sur une vieillesse "*active, autonome et intégrée dans le milieu de la vie*" et sur "*les moyens d'aides à mettre en place*" en faveur des personnes âgées. Ce rapport concernait les

problèmes suivants : l'emploi, les revenus, l'action sociale (logement, aides-ménagères, coordination), l'action médicale, l'information, l'éducation et les moyens à mettre en oeuvre.

En novembre 1969, l'intergroupe des personnes âgées fût créé pour préparer le VI ème plan.

Le VI ème plan (1971-1975) vise, parmi ses objectifs prioritaires, à l'amélioration des conditions de vie du sujet âgé. Dans le cadre de ce VI ème plan, a été établi un programme finalisé "ces dispositions visant à favoriser le développement de toutes les formules permettant la sauvegarde de l'autonomie de la personne âgée et particulièrement leur maintien à domicile". Le programme finalisé définit les moyens comme étant :

- le service d'aide-ménagère,
- les services de soins à domicile,
- les équipements de base tels que : foyers restaurants, clubs, permanence d'informations de quartier, centre de jour, etc...

La prise en charge de ces équipements et services se fait par l'intermédiaire des contrats de secteur signés entre les Collectivités Locales, les Caisses de Retraites et l'Etat représenté par le Préfet.

Le 10 mars 1978, parution d'une circulaire précisant les conditions de création des services de soins à domicile des personnes âgées.

Le VII ème plan (1976-1980) conserve les quatre principes du VI ème plan : notion de secteur géographique, idée de coordination, existence de crédits d'incitation au budget d'Etat pour l'équipement et le fonctionnement, respect des règles de déconcentration administratives, de même que les trois types d'action : service d'aide-ménagère et de soins à domicile, équipements légers de quartier que sont les clubs et les foyers restaurants, les centres de jour.

Cependant, le nouveau programme n'est pas uniquement le prolongement pur et simple de l'ancien. Il aura pour action plus générale de maintenir et développer l'autonomie des personnes âgées et leur participation à la vie sociale. Par ailleurs, il est souhaité une plus grande souplesse dans le choix des actions à mener, dans la gestion du programme, dans la coordination élargie avec des dispositifs permettant aux personnes âgées d'être associées à la conception et à la mise en oeuvre du programme préalablement à la signature du contrat de secteur. 440 nouveaux secteurs au moins seront créés pendant la période du VII^{ème} plan.

Le programme d'action prioritaire se donne quatre objectifs :

- favoriser le maintien des personnes âgées dans leur cadre de vie habituel,
- leur permettre un retour rapide à domicile après un séjour hospitalier,
- préserver la vie sociale des personnes âgées,
- faciliter leur participation à la conception et à la gestion des équipements et services les concernant.

Ainsi, il est prévu jusqu'en 1980 que chaque nouveau secteur doit fournir aux personnes âgées deux services :

- 1- les moyens de participation à la vie sociale et culturelle (clubs de loisirs, maison de la culture, centre social).
- 2- l'amélioration de l'habitat en complément des actions menées par le Ministère de l'Équipement.

De plus, pour compléter ces deux services obligatoirement assurés dans les secteurs nouveaux, trois services ou équipements au moins, devront être

choisis parmi les cinq domaines suivants :

- information et prévention,
- le cadre de vie,
- la restauration diététique,
- les activités d'animation,
- les fonctions sanitaires.

Dans le cadre de la préparation du VIII ème Plan(1981-1985) le rapport du groupe de travail "vieillir demain" a suggéré diverses orientations destinées à pallier les insuffisances, à renforcer les efforts déjà entrepris et à améliorer dans l'avenir, la condition des personnes âgées.

Trois principes de base pour une politique de vieillesse sont retenus :

- maîtriser l'impact économique d'une politique de vieillesse,
- prévenir les coûts sociaux et économiques de la vieillesse. Rendre la population plus autonome et responsable de la gestion de son existence.
- offrir des choix plus ouverts aux personnes âgées à la place des modèles rigides laissant souvent peu de place à la liberté individuelle.

L'objectif de toute cette politique a été de contribuer à la préparation du IX ème Plan (1984-1988), par la concertation réelle entre tous les partenaires concernés : retraités, personnes âgées, professions médicales et sociales, responsables de services et d'établissements, animateurs de la vie politique, sociale, économique et culturelle. C'est ainsi qu'en 1982 sont créés le Comité National et les Comités Départementaux des Retraités et Personnes Agées (le CODERPA). Il est obligatoirement consulté pour l'élaboration du plan gérontologique départemental.

En résumé, c'est en 1969 que l'on voit apparaître une politique de la vieillesse centrée sur le maintien à domicile ; permis par l'aide financière attribuée aux logements telle que l'allocation logement (loi du 16 juillet 1971) qui sera suivie par l'Aide Personnalisée au Logement.

Le VIème Plan est un programme qui cherche à favoriser le maintien à domicile des personnes âgées dans leur cadre de vie habituel et à leur permettre un retour rapide à leur domicile en cas de séjour hospitalier.

Ce programme finalisé sera élargi par le VIIème Plan coté le 21 juillet 1976 qui définit des programmes d'actions prioritaires.(P.A.P).

L'objectif du P.A.P. pour le maintien à domicile des personnes âgées est d'établir, dans un secteur géographique et démographique délimité, un réseau complet et coordonné d'équipements et de services de proximité qui évite un déplacement comme par exemple, le système de repas à domicile.

Il est complété par les services de soins infirmiers à domicile (institués par décret du 8 mai 1981, puis complétés par la circulaire du 1 er octobre).

A partir des années 1980, l'accent est mis en faveur de la coordination des actions qui va se traduire par la mise en place de secteurs d'actions gérontologiques. On remarque qu'à cette période, l'aide-ménagère, de même que les services de soins à domicile connaissent un développement rapide.

C'est ainsi que l'on voit, petit à petit, se développer des services tels que la téléalarme, la garde à domicile, services de dépannages, des associations type PACT (Protection Amélioration et Transformation de l'habitat) qui facilitent les démarches administratives, recherchent les aides de financement lorsque le sujet âgé souhaite une amélioration de son habitat.

En Haute-Vienne, le département a mis en place une instance innovante : le Comité Départemental de Développement Social. Le CDDS

réunit l'ensemble des parties sociales locales et vise à mettre en commun les informations pour fournir une aide à la décision. Le CDDS est présidé par le Président du Conseil Général. Il est organisé autour d'un comité de pilotage qui définit et suit son programme de travail et de plusieurs commissions techniques où sont associés tous les partenaires de l'action sociale : administration, structures d'accueil, associations de maintien à domicile, organismes d'études de recherches d'informations.

Le dispositif de soutien à domicile a été mis en place en 1982 et se base sur une coordination locale au niveau de chaque canton. Il existe actuellement 30 instances de coordination qui visent à organiser l'intervention des différents services de maintien à domicile voire à en créer de nouveaux. Elles se ventilent de la façon suivante :

- 24 cantonales,
- 1 bicantonale,
- 3 instances communales,
- 2 instances pluricommunales.

Ce sont des associations type loi 1901. Elles se composent à l'échelon local de tous les partenaires concernés par l'action gériatrique. Leur mission est avant tout de mettre en place des actions et des services visant l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées et des retraités.

Elles sont soutenues financièrement dans leur fonctionnement essentiellement par les communes et le département, avec également l'aide de la Région et de l'Etat.

Douze instances emploient un salarié permanent qui assure la gestion de l'instance, l'information des usagers et participe à toutes les actions d'animation et de prévention autour de la personne âgée. Les instances

bénéficient également de conseils techniques de quatre coordinatrices, salariées du Département, qui interviennent dans le cadre de secteurs géographiques :

- Bellac,
- Rochechouart,
- Saint Léonard,
- Saint Yrieix, Limoges et sa périphérie.

Elles sont le relai entre le terrain et les divers services.

Il n'est pas possible de citer ici l'ensemble des institutions (administrations, organismes ou services sociaux intéressés...) mais il s'agit de souligner le rôle important joué par certains partenaires tels :

- les CODERPA (Comités Départementaux des Retraités et Personnes Agées). Ils ont été créés par le Décret du 4 août 1982 et la circulaire du 7 septembre 1982. Le CODERPA est un organisme consultatif ne possédant ni personnalité morale, ni autonomie financière, dont les moyens de fonctionnement sont fournis par l'Etat. Son secrétaire administratif est assuré par la DDASS.

Le CODERPA est doté d'un bureau présidé par le Préfet et deux Vice-Présidents. L'un étant le Président du Conseil Général et l'autre un représentant des retraités. Sa mission est d'assurer la participation des retraités et personnes âgées à l'élaboration et la mise en oeuvre politique de solidarité nationale les concernant (plan gérontologique départemental) et d'informer les retraités et personnes âgées sur leurs droits et moyens mis à leur disposition.

- le CIPA (Centre d'Information pour les Personnes Agées) a été mis en place en octobre 1990 sur l'initiative du département. Les animateurs de ce centre ont pour mission de donner des informations sur tout ce qui concerne le monde des retraités et agissent au niveau information,

prévention, formation et recherche. Ils travaillent en étroite collaboration avec les Caisses de Retraite, les Etablissements d'accueil, les Services de Soutien à domicile.

II.3. MOYENS PERMETTANT LE MAINTIEN A DOMICILE.

II.3.a Matériel.

Les difficultés de retour à domicile sont de nature différentes. Elles dépendent de la personne elle-même, concernent son entourage, ou sont inhérentes à son environnement architectural. Les gestes usuels, répétés tous les jours, les transferts et déplacements vont parfois nécessiter l'utilisation d'"aides techniques" voire même de matériel plus conséquent.

❖ Seules **les aides techniques** inscrites au TIPS (Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires) font l'objet d'une prise en charge par la Sécurité Sociale, les autres sont en vente libre et ne font l'objet d'aucune réglementation au niveau des prix.

Etant à la charge de la personne âgée ou de sa famille, leur coût sera un des éléments essentiels du choix et souvent le frein le plus important. (Voir tableau page suivante).

❖ La téléalarme.

Ce système sécurise les personnes âgées qui vivent seules et se trouvent dans l'impossibilité de demander de l'aide en cas de besoin.

La crainte de la survenue d'un accident et de ne pouvoir être secourue, qu'elle vienne de la personne âgée ou de ses proches, est un facteur d'institutionnalisation important.

Installé au domicile de la personne âgée, adapté à son téléphone, il permet d'alerter 24 heures sur 24 une centrale d'appel grâce à une commande à distance.

PRESCRIPTION DE MATÉRIELS MÉDICAUX COURANTS

(Documentation Unaformec)

Type	Achat	Location	Prescription médical	Entente préalable	Remboursement Sécurité sociale
Fauteuil roulant	Oui si usage supérieur à 9 à 12 mois		Oui	Oui	Entre 2 400 F et 3 100 F
Fauteuil garde-robe	Oui	Oui si usage limité	Oui	Oui, mais après la troisième semaine d'utilisation	78 F par semaine jusqu'à la 52 ^e semaine, 48 F ensuite.
Lit médical	Non	Oui	Oui	Oui, mais après la troisième semaine d'utilisation	559,96 F pour la prestation garde-robe 65 F par semaine jusqu'à la 65 ^e semaine, 40 F ensuite.
Matelas, pour lit médical	Oui	Non	Oui	Oui	Remboursé sur présentation d'une facture acquittée : 750 F. Si gaufrier (matériel anti-escarres) : 1 372 F.
Souleve-malade	Non	Oui	Oui	Non	115 F par semaine jusqu'à la 32 ^e semaine, 71 F ensuite.
Chaise percée avec accoudoirs	Oui	Non	Oui	Oui	Remboursé sur facture acquittée : 673 F
Déambulateur	Oui	Oui (selon durée utilisation)	Oui	Oui	Remboursé sur facture acquittée. Achat : 353 F ; location : 14,5 F par semaine jusqu'à la 26 ^e semaine, 8,80 F par semaine ensuite.
Coussin d'aide à la prévention d'escarres	Oui	Non	Oui	Oui	Classe 1 : 200 F ; classe 2 : 486 F ; classe 3 : 900 F ; classe 4 : 1 300 F.
Cerceau pour lit	Oui	Non	Oui	Non	12 F

Dans les systèmes à alarme les plus perfectionnés, l'appel à la station centrale d'écoute est activé par une simple pression sur un émetteur radio d'alarme que la personne âgée garde en permanence sur elle et qui se présente sous la forme d'un pendentif ou d'un bracelet.

Un système d'interphonie entre la centrale et l'abonné autorise un dialogue direct sans avoir à décrocher le téléphone, ce qui permet de choisir l'intervention la plus appropriée (SAMU, médecin traitant, voisins...).

La location coûte aux abonnés environ 100 F par mois.

❖ **Les difficultés architecturales.**

Si certaines normes sont exigées depuis la loi d'orientation de 1975, obligeant pour les constructions neuves à considérer l'accessibilité des lieux d'habitation et leur adaptabilité, de nombreux logements anciens présentent parfois des difficultés insurmontables d'accès et d'aménagement.

Pour les retraités ou personnes âgées désireuses d'apporter à leur domicile certaines améliorations, le centre d'amélioration du logement (PACT) présent dans chaque département agit pour tout ce qui concerne l'hygiène, la salubrité et le confort.

Les retraités ou personnes âgées, qu'ils soient propriétaires ou locataires, peuvent bénéficier de ces travaux. Le PACT étudiera avec l'intéressé le projet d'amélioration, recherchera le meilleur financement possible (le PACT n'a pas de fonds propres), règlera les factures et contrôlera les travaux.

L'aide financière est accordée selon les revenus. Dans l'attribution de subventions, les Caisses de Retraites principales ou complémentaires jouent un rôle important (accords signés avec le PACT). De plus, des aides partielles peuvent être accordées par divers services sociaux : caisse d'allocation

familiale, bureau d'aide sociale...

D'autres aides financières peuvent-être apportées :

- la Prime à l'Amélioration de l'Habitat (PAH) destinée aux propriétaires habitant leur logement et devant permettre de mettre le logement aux normes minimales d'habitabilité.

- la subvention de l'Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat (ANAH) pour les locataires, avec accord du propriétaire, d'un logement achevé avant le 1er septembre 1948 (amélioration des conditions d'habitat) ou avant le 31 décembre 1975 (économie d'énergie).

87 - HAUTE-VIENNE

PRINC 1 - Caractéristiques des résidences principales selon l'âge de la personne de référence du ménage

CARACTÉRISTIQUES DES RÉSIDENCES PRINCIPALES	ENSEMBLE DES MÉNAGES		Personne de référence étrangère	ÂGE DE LA PERSONNE DE RÉFÉRENCE						Nombre total de personnes
		%		15 à 29 ans	30 à 39 ans	40 à 49 ans	50 à 59 ans	60 à 74 ans	75 ans ou plus	
ENSEMBLE DES RÉSIDENCES PRINCIPALES	143 516	100,0	3 092	16 544	24 928	24 800	21 128	32 664	23 452	345 212
STATUT D'OCCUPATION :										
Propriétaire	82 832	57,1	580	1 848	12 384	16 492	14 764	22 996	14 348	215 152
Locataire ou sous-locataire	51 344	35,8	2 424	13 540	11 292	7 172	5 500	7 768	6 072	111 424
Logé gratuitement	9 340	6,5	88	1 156	1 252	1 136	864	1 900	3 032	16 636
CONFORT :										
Ni baignoire ni douche, sans WC intérieur	7 660	5,3	252	460	352	532	1 044	2 232	3 040	13 476
Ni baignoire ni douche, avec WC intérieur	4 972	3,5	200	284	292	284	500	1 184	2 468	8 232
Baignoire ou douche, sans WC intérieur	2 992	2,1	88	576	460	444	372	680	460	8 824
Baignoire ou douche, WC intérieur, sans chauffage central	17 864	12,4	312	1 776	3 044	2 240	2 508	5 040	3 256	45 268
Baignoire ou douche, WC intérieur, avec chauffage central	110 028	76,7	2 240	13 448	20 780	21 320	16 704	23 548	14 228	271 412
NOMBRE DE VOITURES DE TOURISME :										
Ménage ne disposant d'aucune voiture	32 780	22,8	1 020	3 616	1 740	1 676	2 276	8 636	14 836	48 200
Ménage disposant d'une seule voiture	68 484	47,7	1 572	9 636	12 484	10 724	9 772	18 148	7 720	158 428
Ménage disposant de 2 voitures ou plus	42 252	29,4	500	3 292	10 704	12 400	9 080	5 880	896	138 584

II.3.b. Aides (27) (23) (14) (28).

L'aide sociale est le terme global qui regroupe toutes les aides et prestations prévues au niveau national par le code de la Famille et de l'Aide Sociale.

Pour obtenir cette aide, il suffit de s'adresser au Centre Communal d'Actions Sociales (CCAS) qui existe dans chaque commune, ou dans chaque groupement de communes.

La gamme des prestations d'Aide Sociale aux personnes âgées à domicile, qui peuvent être attribuées en nature ou en espèces comprend :

❖ L'aide-ménagère.

Elle permet de fournir une assistance matérielle et une présence à ceux qui en ont besoin. Le service d'aide-ménagère est géré directement par le CCAS, par un centre social, ou par une association.

La durée mensuelle d'intervention de l'aide-ménagère est fixée par la commission d'admission de l'aide sociale, dans la limite de 30 heures par mois. Le prix horaire moyen de base serait 82 F au 1er juillet 1995. La participation financière de la personne âgée est calculée par la caisse de retraite. Or, il faut savoir que chaque caisse de retraite a sa propre politique d'attribution des heures (la CRAMCO autorise jusqu'à 60 heures par mois), son propre pafond de ressources et son propre barème de participation.

Pour obtenir une prise en charge de l'aide-ménagère par l'aide sociale, il faut

être âgé de 65 ans au moins (60 ans en cas d'inaptitude au travail) et avoir des ressources inférieures à 36 670 F par an pour une personne seule et à 64 180 F pour un couple (au 1er janvier 1991).

Le médecin traitant n'a pas besoin de mettre le diagnostic sur l'ordonnance. Il lui suffit d'écrire une ordonnance du type : *"je certifie que l'état de M. Y ... nécessite l'attribution d'x heures d'aide-ménagère"*.

Une allocation représentative de services ménagers peut être versée lorsqu'il n'existe aucun service d'aide-ménagère organisé dans la commune ou lorsque celui-ci est insuffisant et ne peut faire face aux demandes. En Haute-Vienne, il existe actuellement deux services d'aide-ménagère :

- l'Association d'Aide à Domicile aux personnes âgées de Limoges. Elle intervient sur les arrondissements de Limoges et Bellac. Coût horaire global en 1996 : 80 F 79.

- l'Association d'Aide à Domicile aux personnes âgées de St Junien et sa région. Coût horaire global en 1996 : 80 F 49.

	Pourcentage de prise en charge en heures	Pourcentage de prise en charge en bénéficiaires	Moyenne d'heures attribuées
C.R.A.M.C.O.	46,80	46,90	11,05 H/M
AIDE SOCIALE	23,61	17,40	15,03 H/M
M.S.A.	5,39	8,97	6,66 H/M
A.V.A.	3,16	3,85	9,1 H/M
ORGANIC	2,94	3,09	10,54 H/M
AUTRE	15,40	16,69	10,22 H/M
PLEIN TARIF	2,70	3,10	9,67 H/M

11,07 H/M

HAUTE-VIENNE - SOURCE D.I.S.S.D.

✧ L'auxiliaire de vie

Elle a une mission d'accompagnement auprès de la personne handicapée dans la vie quotidienne lorsqu'il n'est susceptible de tenir le rôle de tierce personne dans son lieu de vie ordinaire. Son intervention se différencie de celle de l'aide-ménagère puisque c'est la notion de handicap et non d'âge qui prime. Le financement des services d'auxiliaire de vie est assuré conjointement par l'Etat (sous forme de subventions versées aux directions départementales de l'action sanitaire et sociale : DDASS) et par une participation des bénéficiaires. Le montant de cette participation varie en fonction des ressources et de la gravité du handicap.

Pour pouvoir supporter les frais occasionnés par l'emploi d'une auxiliaire de vie, il est possible d'obtenir des aides financières :

- la majoration pour assistance d'une tierce personne, versée par les assurances sociales, en complément de la pension d'invalidité ou de la pension vieillesse, servie à des personnes dont le besoin d'assistance s'est révélé avant leur 65^{ème} anniversaire

- l'allocation compensatrice pour tierce personne (demande déposée auprès du CCAS ou de la COTOREP : commission technique d'orientation et de reclassement professionnel) versée sous condition de ressource, par l'aide sociale aux handicapés dont le taux d'incapacité atteint au moins 80 %.

- les personnes âgées peuvent être exonérées de la cotisation patronale de sécurité sociale pour l'emploi d'une tierce personne.

Indications pratiques :

- l'allocation compensatrice est moins avantageuse que la majoration pour tierce personne et ne peut se cumuler avec celle-ci. En revanche,

l'allocation compensatrice peut se cumuler avec l'allocation aux adultes handicapés ou tout autre avantage de vieillesse ou d'invalidité n'ayant pas le même objectif.

- l'allocation compensatrice peut donner lieu à récupération sur la succession du bénéficiaire (sauf si les héritiers sont les enfants, son conjoint ou la personne qui a assuré la charge de façon effective et constante).

- en cas d'hospitalisation à domicile, le paiement de la majoration pour tierce personne est maintenu.

- la personne qui bénéficie de l'une ou de l'autre de ces prestations n'a pas droit à l'aide-ménagère.

En Haute-Vienne,

il existe 3 services d'auxiliaires de vie dans le département : deux conventionnés en 1981

- l'Association d'Aide à Domicile aux Handicapés et Malades Isolés (ADHMI)

- l'Association des Paralysés de France (APF)

- un service local conventionné en 1984, géré par le Comité local de la Croix Rouge Française de Condat-Solignac-le Vigen et du canton de Pierre-Buffière (CRF).

En 1989, les services d'auxiliaires de vie sont intervenus auprès de 269 personnes soit :

GESTIONNAIRES ASSOCIATIONS	NOMBRE EQUIVA- LENTS TP AUX DE VIE	BENEFICIAIRES			NOMBRE TOTAL BENEFI- CIAIRES
		handica- pés moins de 60 ans	handica- pés de + de 60 ans	Pers âgées handica- pées 60 ans et +	
Association d'aide à domicile aux han- dicapés et malades isolés (A.D.H.M.I)	23	41	-	116	157
Association des Pa- ralysés de France	23	42	45	8	95
Croix Rouge Fran- çaise SOLIGNAC.	2,5	0	0	17	17
TOTAL	48,5	83	45	141	269

Coût horaire global 1995 :

APF : 90 FF

ADHMI : 87 F 15

A noter qu'il existe une participation de l'Etat et du Conseil Général :

allocation compensatrice : 44 F/h, tierce personne : 51 F/h.

✚ Garde à domicile

Ce sont en général des personnes âgées de 70 ans et plus, profitant de l'exonération d'une partie des cotisations patronales, qui bénéficient de ce service.

La garde à domicile peut intervenir de jour, comme de nuit, en semaine comme le week-end et les jours fériés.

Elle peut être demandée soit occasionnellement pour "soulager" les familles, leur permettant de s'absenter, soit de façon durable pour "soutenir" les familles et compléter les autres services intervenant dans le cadre du soutien à domicile.

L'intervention de la garde à domicile a pour but premier d'éviter le recours à des solutions d'urgence comme l'hospitalisation dite "de circonstance".

Dans certains cas, la sécurité sociale peut prendre en charge une partie des frais. Mais ces interventions sont très limitées et règlementées : pour en bénéficier, il faut avoir recours à un infirmier diplômé, dont la présence de jour comme de nuit est reconnue nécessaire par le médecin traitant.

Sur la Haute-Vienne, plusieurs associations peuvent aider à trouver une garde à domicile, essentiellement :

- l'Association de garde à domicile (AGAD) qui demande une cotisation annuelle de 85 F, 51 F par heure de garde en semaine majorée de 25 % dimanche et jours fériés. Prestations plus ou moins remboursées par les caisses de retraites.

- l'Association d'Aide à Domicile Des Personnes Agées (ADDPA)

Mais aussi :

- l'Association pour l'Aide à Domicile aux Handicapés et Malades Isolés (ADHMI)
- le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS)
- le Centre Permanent d'Intervention Sociale (CPIS)

❖ **Livraison des repas à domicile**

Ce service consiste à apporter régulièrement, à domicile un repas chaud ou froid. Il est habituellement prévu pour des situations exceptionnelles (maladie, sortie d'hôpital ...) ou de courte durée (convalescence, absence de l'aide-ménagère ...) car il n'est pas forcément souhaitable d'éviter systématiquement la confection des repas à une personne âgée. Par ailleurs, il a une visée préventive, en permettant une alimentation équilibrée et une surveillance régulière.

Le département de la Haute-Vienne compte actuellement 33 services de repas à domicile (décembre 1993) pour un prix moyen variant de 24 à 37,50 F.

Le conventionnement des services de repas à domicile au titre de l'aide sociale permet la participation financière des bénéficiaires en fonction de leurs ressources selon un barème départemental propre aux portages de repas à domicile.

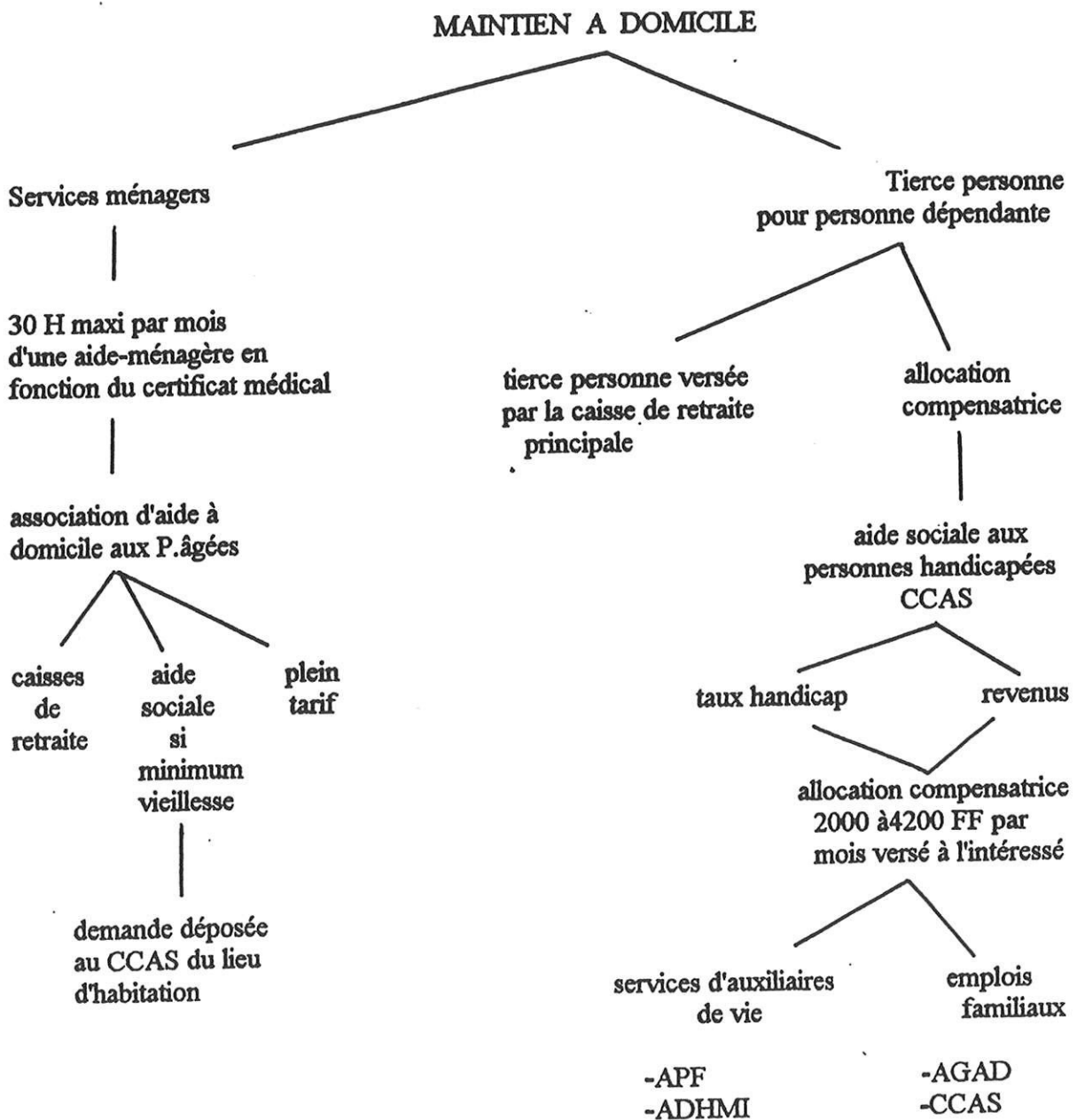
A noter également :

❖ **certains services de dépannage**

- portage de médicaments
- travaux de jardinage
- aides pour les démarches administratives

✦ **embauche directe d'une aide**

Par le biais du chèque emploi service qui permet l'embauche directe d'une aide en évitant de nombreuses formalités administratives.



II.3.c Service de soins à domicile

Ce service permet l'intervention à la demande du médecin traitant d'une véritable équipe d'infirmières, d'aide-soignantes ... susceptibles d'assurer tous les soins nécessaires pour éviter une hospitalisation ou favoriser un retour après séjour hospitalier pour les personnes atteintes d'une maladie peu grave. Le critère de l'intensité des soins est déterminant pour distinguer cette formule de l'hospitalisation à domicile.

Différents soins sont effectués par ce service :

- soins techniques : piqûres, pansements, sondages, traitements et prévention d'escarres, surveillance cardiovasculaire
- soins d'hygiène : toilette, aide à la rééducation et à la motricité
- soins complémentaires : ils relèvent d'auxiliaires médicaux, kinésithérapeutes, pédicures, ...

Le coût des différentes interventions, à l'exception de la kinésithérapie, pédicures, est inclus dans un forfait annuel et global fixé pour chaque service par le Préfet et pris en charge à 100 % par l'assurance maladie.

Le département de la Haute-Vienne est entièrement couvert en service de soins à domicile.

En décembre 1993, il existait 18 services.

II.3.d. L'hospitalisation à domicile

La création et les objectifs des services d'hospitalisation à domicile (HAD) ont été définis en 1970 (loi du 31 décembre) et modifiés en 1978 (loi du 4 janvier). C'est la circulaire du 12 mars 1986 qui en précise le développement :

"L'HAD recouvre l'ensemble des soins médicaux et paramédicaux délivrés à domicile à des malades dont l'état ne justifie pas le maintien au sein d'une structure hospitalière. Les soins doivent être d'une nature et d'une intensité comparables à ceux qui étaient susceptibles de leur être prodigués dans le cadre d'une hospitalisation."

L'HAD est en mesure d'assurer aux personnes prises en charge l'ensemble des types de soins ou de traitements suivants : consultations, explorations, analyses, bilans, traitements prolongés, kinésithérapie, rééducation fonctionnelle ...

Il met à disposition des usagers une équipe hospitalière comprenant notamment : des infirmières, des aide-soignantes, des kinésithérapeutes, des aide-ménagères, une assistante sociale et fournit aussi du matériel médical.

Le malade a le libre choix du médecin traitant sous la responsabilité duquel il est placé dès son entrée à son domicile.

Pour pouvoir bénéficier de l'HAD, il faut avoir au préalable séjourné dans un hôpital (public ou privé non lucratif) ou du moins avoir eu une consultation par le médecin coordinateur. En revanche, il n'y a aucune restriction d'âge ni de maladie (mises à part les maladies mentales). Par

ailleurs, l'admission en HAD est subordonnée au résultat d'une enquête sociale qui doit établir si la situation du malade (logement, entourage familial) est compatible avec une HAD.

L'HAD, comme tout service hospitalier bénéficie d'un prix de journée pris en charge par les différents organismes d'assurance maladie dans des conditions identiques à l'hospitalisation à temps complet et fonctionne 24 h sur 24. Ce prix de journée comprend les frais : du personnel de pharmacie, des actes de laboratoire, des actes de radiographies courants, du matériel médical, des transports aller-retour entre l'hôpital et le domicile. Ce prix de journée est donc compris, à l'exception des honoraires du médecin traitant et quelques actes ou traitements spécifiques ou coûteux limitativement fixés.

Le prix de la journée est variable d'une structure à l'autre : 450 F à 900 F pour l'HAD de l'assistance publique de Paris, 650 F pour santé service au 1er janvier 1991. A titre de comparaison, ce prix représente environ le quart du prix de journée pratiqué à l'hôpital.

En Haute-Vienne, l'HAD du CHU de Limoges est une structure d'accueil spécialisée dans les soins aux personnes âgées de plus de 16 ans. Le prix de la journée est d'environ 700 F.

II.3.e Hôpital de jour

Il permet de délivrer, à certaines personnes âgées, des soins médicaux complets en conservant les avantages psychologiques et humains du maintien à domicile. C'est aussi un moyen de dédramatiser l'hospitalisation. En effet, c'est une solution pour tous ceux qui redoutent d'être hospitalisés : il offre des soins dans la journée avec possibilité de regagner son domicile le soir.

Son action, orientée vers le retour à l'autonomie de la personne âgée, associe la famille et se fait en collaboration et en coordination avec les autres intervenants du maintien à domicile (médecin, infirmière, aide-ménagère ...)

On distingue plusieurs types d'hôpital de jour :

- l'hospitalisation à but diagnostic,
- l'hospitalisation permettant de mener à bien un traitement délicat ou long et astreignant,
- l'hospitalisation pour thérapeutique médicale de courte durée,
- l'hospitalisation pour rééducation lourde,
- l'hospitalisation de type psychosociale.

L'hôpital de jour ou de nuit en structure psychiatrique à orientation psychogériatrique est possible s'agissant de personnes de plus de 60 ans, souffrant de difficultés d'adaptation à la vie quotidienne dues à des problèmes psychologiques, ou présentant des troubles intellectuels.

Ce type de prise en charge est assurée dans le département à :

- l'hôpital de jour pour personnes âgées, rue Pétoniaud Beaupeyrat à Limoges

- l'hôpital de jour Le Sillon au CHS Esquirol
- l'hôpital de jour du Muret à Ambazac
- l'hôpital de jour de Saint Junien
- l'hôpital de jour de Saint Yrieix.

Les malades sont pris en charge par la sécurité sociale comme pour une hospitalisation classique et relèvent, pour la plupart d'entre eux, étant donné les affections présentes, d'une prise en charge à 100 %.

Cependant, il faut dépendre du secteur desservi par cet hôpital et être envoyé par son médecin traitant après demande préalable à la CPAM.

II.3.f Le bénévolat (29)

Le bénévolat peut prendre bien des formes. Il peut s'agir d'une assistance auprès de patients pour les repas, les changements de position, l'aménagement de la pièce, etc ... Il permet une distraction par la conversation, des jeux, des lectures et permet de soutenir le patient par sa disponibilité, son silence et son écoute.

❖ Les clubs de retraités et associations corporatives.

Déjà cités précédemment, ces types d'associations, développés surtout au départ pour lutter contre la solitude et l'isolement, ont favorisé un certain nombre de loisirs. Cependant, actuellement, les clubs souffrent d'un non renouvellement de leurs adhérents, les jeunes retraités ne se reconnaissant plus dans l'image véhiculée par ce type d'association.

❖ L'Université du 3^{ème} âge

❖ Les Petits Frères des Pauvres

❖ SOS Amitié - SOS solitude

Sur la Haute-Vienne en particulier :

❖ **Association Présence**

Des permanences journalières permettent de recevoir tous ceux qui se sentent seuls, en proie à un sentiment d'indifférence, d'abandon.

❖ **Centre de Volontariat de Limoges et du Limousin**

(contact au CIPA)

Pour trouver une activité de bénévolat correspondant à ses compétences, à ses aptitudes, à ses souhaits.

❖ **Association d'Aide aux Familles des Personnes Agées Intellectuellement Dépendantes (AAFPAD).**

Située à Limoges, elle se propose d'aider et soutenir les aidants, la famille, les malades par :

- des informations sur la maladie, les droits sociaux, les possibilités d'aides à domicile, les établissements d'accueil.
- la diffusion aux adhérents d'un bulletin de liaison.

❖ **La famille (30) (31).**

Avant que ne se créent les conditions d'émergence d'un marché des soins, la prise en charge et l'assistance aux malades relevaient, en premier ressort, de la sphère familiale. Celle-ci n'était relayée ou remplacée qu'en cas d'incapacité, d'insuffisance ou d'inexistence de la famille. Les solidarités ancestrales traditionnelles avaient déjà leurs failles et leurs limites. Ce relai était alors le fait d'institutions caritatives et religieuses.

Quand les conditions scientifiques et techniques l'ont rendue possible, la thérapeutique a fait l'objet d'un marché professionnel quasi exclusif, étroitement règlementé par le corps médical, marché que la législation sociale a rendu accessible au plus grand nombre.

L'habitude de recourir aux actes médicaux, en se diffusant, à peu à peu supplanté une part de plus en plus importante de la prise en charge traditionnelle par la famille, processus autorisé par un contexte financier longtemps permissif qui ignore les soins profanes.

La conséquence immédiate de ce processus s'est traduite par un retrait des compétences de la famille en matière de rétablissement de l'état de santé, mais également pour des actes plus anodins et non techniques de l'hygiène de vie quotidienne.

La famille peut devenir un maillon officiel et fiable de la chaîne thérapeutique si l'on ne considère plus son intervention comme allant de soi, et simultanément, comme quantité négligeable au regard de l'intervention professionnelle. Il faut donc l'informer, mesurer et valoriser son apport malgré des difficultés méthodologiques indéniables. Des tentatives en ce sens montrent, par exemple, qu'en ce qui concerne les personnes âgées dépendantes, le maintien à domicile des états extrêmes peut finir par coûter sensiblement plus cher qu'un hébergement en institution dès lors que les prestations produites par la famille ne sont plus systématiquement négligées.

Par ailleurs, certaines études signalent que si le maintien à domicile s'effectuait vraiment avec l'apport de toutes les ressources souhaitables, y compris dans les cas de dépendances moyennes, son coût serait probablement

équivalent à celui des soins dispensés en milieu institutionnel. Ceci montre l'importance de la contribution familiale, et corrolairement, l'insuffisance de la contribution des ressources formelles lorsque le maintien à domicile est privilégié dans le seul but de réduire les dépenses de soins.

La plupart du temps, le conjoint ou les enfants sont les premiers aidants, mais il s'opère une répartition des tâches entre la famille et les professionnels.

Les associations assurent le lever et le coucher, le ménage, les courses, toutes tâches pour lesquelles une reconnaissance professionnelle a lieu, toilette et ménage étant le moins souvent pris en charge par l'entourage. Le partage des soins professionnels (médicaux, nursing) est rendu indispensable par le déficit d'aide qui apparait systématiquement durant le week-end et les vacances; ils sont donc effectués dans une forte proportion par des membres de la famille.

Le soutien familial comble, supplée les carences des services publics. Il les régule en s'adaptant aux contraintes budgétaires, organisationnelles contribuant donc ainsi à l'efficacité institutionnelle. Il est capable de répondre adéquatement aux situations "intermédiaires", qui sont les plus fréquentes lorsque la personne aidée n'est ni vraiment malade, ni vraiment valide, et que ses besoins ne sont pas exclusivement médicaux, mais sociaux et affectifs.

Cependant, il est important de noter que, contrairement à une idée reçue, l'existence de liens familiaux très denses n'est pas obligatoirement un facteur faisant pencher les choses dans le sens du maintien à domicile.

Par ailleurs, la surprotection d'une personne âgée par un entourage anxieux est un facteur d'infantilisation bien connu.

II.4. Maintien à domicile et médecin généraliste

(33) (13) (31) (22)

La consultation du médecin traitant s'effectue à domicile à partir du moment où certains facteurs sont associés : le facteur dominant est l'altération de l'autonomie du patient âgé et l'existence de troubles de l'orientation. La restriction du périmètre d'évolution, qui résulte de la dépendance, joue un rôle aggravant sur cette dernière ; elle rend évidemment nécessaire la prise en charge médicale au domicile. On peut aussi interpréter dans ce sens l'influence d'autres facteurs qui favorisent la visite à domicile tel que l'absence de conjoint

La visite à domicile permet au médecin d'évaluer le milieu de vie de ses malades et de repérer des dysfonctionnements non perceptibles depuis son cabinet.

Cependant, ces visites à domicile impliquent pour le médecin une importante mobilisation de temps et un surcoût par rapport à la consultation pour le patient.

Le maintien à domicile est un des domaines où il ne faut pas attendre que le problème se pose pour chercher à le résoudre.

Cette prise en charge précoce va faciliter l'action du généraliste en lui permettant de disposer de plus de temps pour sensibiliser la personne âgée aux risques de perte d'autonomie, pour lui répéter les informations et les explications concernant les aides techniques et les aménagements nécessaires, de lever certains blocages, enfin, de la faire participer aux choix et aux décisions.

Le médecin traitant doit- être ainsi le pivot du maintien à domicile car il en est le prescripteur. Il est le coordinateur de l'équipe et il assure le suivi et l'évaluation avec l'ensemble de ses partenaires médicaux et paramédicaux.

Le médecin de la personne âgée est devenu souvent son confident, son ami, son conseiller. Il joue souvent le lien avec la famille, les centres de soins, l'infirmière, et même son aide-ménagère. Le médecin s'adresse à des sujets fragiles, atteints de polypathologies difficiles à cerner et encore plus difficiles à traiter. Il doit sentir la priorité des soins, éviter de polymédicaliser et ne pas hésiter à expliquer plusieurs fois les médicaments à prendre.

Il appartient au médecin de faire différentes démarches administratives pour obtenir de l'aide par les associations d'aide à domicile. Il doit également faire la demande aux caisses de sécurité sociale de l'exonération du ticket modérateur concernant les affections de longue durée (selon la loi du 31 décembre 1986).

Enfin, il doit aider la personne âgée dans ses derniers moments, la soulager avec respect et dignité, ne pas s'acharner médicalement s'il n'y a plus d'espoir et donner un soutien moral à la famille ainsi qu'à l'entourage.

Le rôle pivot du médecin traitant s'exerce donc dans plusieurs axes :

- médical :

Visites régulières, prescriptions diverses

- coordination :

Connaissance des structures, contact avec les professionnels de la santé

- interlocuteur privilégié :

Disponibilité, écoute.

II.5. Risques et limites du maintien à domicile

(19) (22) (26)

II.5.a Les risques du maintien à domicile

❖ Les chutes à domicile

C'est le risque le plus important dans le cadre du maintien à domicile. Les chutes représentent une des causes les plus fréquentes de mortalité chez les personnes âgées.

Il arrive souvent que le sujet âgé, après avoir chuté, reste pendant plusieurs heures au sol avant que l'on ne s'en rende compte.

Le médecin traitant décide en général l'hospitalisation en urgence, et après diverses explorations, le sujet âgé rentre chez lui. Lors d'une nouvelle chute, une nouvelle hospitalisation est décidée et il s'en suit en général un placement en institution. Cependant, ce placement pourrait être différé, sauf s'il existe des causes saumatiques avérées empêchant le maintien à domicile par l'amélioration du logement (système d'alarme, éviter les sols glissants, rampes, ...) et l'entretien de la validité motrice de la personne âgée (kinésithérapie, gymnastique, appareillage de la vue, de l'ouïe ...)

❖ Les troubles psychiques et les troubles du comportement

Les facteurs de risques psychiques peuvent se résumer à une faiblesse ou une inconsistance d'investissements affectifs. Il apparaît qu'une affectivité saine et bien investie dans le dialogue avec l'autre peut sauvegarder la

cohésion de la personnalité de la personne âgée et lui apporter de l'aide en cas de besoin.

A côté de cela, il faut aussi compter sur les atteintes de la thymie avec apathie profonde, angoisse, difficilement traitables; les troubles du comportement menaçant la sécurité de la personne âgée, elle-même, mais aussi des autres (conflits avec le voisinage, syndrome dépressif majeur, accident de gaz, feu électricité, eau, désorientation temporeux-spatial ...).

❖ **Les facteurs de risques sociaux.**

L'appartenance aux classes socioéconomiques et socioculturelles les plus défavorisées et l'isolement sont deux facteurs de risques sociaux importants de même que l'absence d'environnement socioaffectif.

❖ **Les facteurs de risques somatiques.**

Il s'agit tout d'abord des atteintes de l'autonomie dans un petit espace (mobilité, toilette, habillement, alimentation).

L'afférentation, la communication sont aussi déterminantes dans le concept d'autonomie. Les chutes que nous avons déjà envisagées et leurs conséquences multiples font également partie des facteurs de risques somatiques.

Enfin, il ne faut pas omettre tous les états pathologiques préexistants, s'aggravant et devenant incompatibles avec le maintien à domicile.

II.5.b Les limites du maintien à domicile

❖ L'augmentation de l'âge.

Le progrès médical, l'extention des pratiques préventives et la couverture sociale des dépenses médicales ont contribué à augmenter le nombre d'années à vivre. Désormais, la demande des soins à domicile émane d'une clientèle plus âgées. Il en résulte que la population concernée se trouve dans une situation physique ou mentale plus "dégradée".

Certaines données font état de 45 % de dépendants lourds. Or, bien souvent, les services de soutien à domicile n'ont pas été conçus ou n'ont pas les moyens de faire face à une telle demande.

❖ Contraintes d'ordre règlementaire et financier.

De nombreux écueils se présente

- Le montant de l'allocation tierce personne ne couvre pas les frais de garde permanente, voire même uniquement nocturne.

- Le nombre d'heure d'aide-ménagère accordé reste insuffisant.

- La prise en charge des personnes âgées est parfois suspendue les week-end et les jours fériés.

- La personne âgée doit pouvoir faire l'avance des dépenses de santé. Les remboursements se font souvent attendre.

Ces problèmes contraignent les services à apporter une aide insuffisante et émiettée.

Des inadaptations du même ordre se retrouvent dans certains services de maintien à domicile et conduisent à une saturation. Les prises en charge de longues durées (2/3 de l'ensemble) et l'insuffisance des places disponibles risquent, à terme, de rendre caduc un tel système (liste d'attente, entre temps l'aggravation devient trop lourde pour l'entourage qui se tourne vers d'autres solutions).

❖ L'entourage.

Les limites au maintien à domicile relèvent également de l'environnement, qu'il soit géographique ou affectif.

La famille ou les voisins peuvent exister ou se sentir écrasés par une prise en charge pour laquelle peu de soutien leur est apporté.

Parfois, la lourdeur de la prise en charge, le sentiment de risque permanent, l'absence de possibilité de temps pour souffler, provoquent des situations d'angoisse, de fatigue et conduisent l'environnement à ne plus supporter les conditions de vie qu'ils assument avec la personne qu'ils aident et à désirer un placement parfois sans délai.

❖ Médecin porte-à-faux.

La personne handicapée, âgée, demande au médecin une disponibilité qu'il n'a pas toujours. De plus, les difficultés au maintien à domicile (famille défaillante, soucis économiques, refus de prendre en charge), conduisent parfois le médecin à résoudre des problèmes non médicaux par une décision médicale (placement). Ce rôle ne devrait pas lui incomber.

III. LES RESSOURCES LA PERSONNE AGEE.

III.1. -Historique des retraites.

III.2. -Montant des ressources.

III.2.a - les retraites.

- . la retraite maximale,**
- . la retraite minimale,**
- . les retraites complémentaires.**

III.2.b - le minimum vieillesse

III.2.c - en cas de décès du conjoint,

III.2.d - autres allocations.

III. LES RESSOURCES DE LA PERSONNE

AGÉE. (34) (35) (36) (37) (38) (8)

III.1. HISTORIQUE DES RETRAITES.

La loi du 5 avril 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes vient appliquer aux personnes âgées le système d'assistance généralisée qui existe depuis 1893, en matière de santé. Elle institue un régime, (en principe), obligatoire pour les salariés dont la rémunération annuelle est inférieure à 3 000 F, et, facultatif pour ceux dont le salaire est compris entre 3 000 F et 5 000 F. La cotisation patronale et la cotisation ouvrière sont l'une et l'autre égale à 9 F l'an pour les hommes et à 6 F l'an pour les femmes.

Est prévu également une allocation viagère versée par l'Etat sans condition de ressources et qui est donc en quelque sorte, l'ancêtre de notre minimum vieillesse non contributif.

La gestion de ces retraites est organisée par capitalisation des cotisations ouvrières et paysannes, et confiée soit à des institutions déjà existantes, soit à des caisses créées spécialement à cet effet.

La retraite peut- être obtenue à partir de 65 ans.

La Confédération Générale des Travailleurs, alors dans ses débuts, combat la loi de 1910 qu'elle dénonce comme "une escroquerie et une retraite pour les morts".

Jaurès, lui, défend cette loi.

Toujours est-il que malgré la relative modestie de ses pensions et cotisations, la loi de 1910 fut mal appliquée. Le nombre de cotisants aurait

probablement dû atteindre 7 000 000. Or, si l'on enregistra 3 400 000 assurés en 1913, ce nombre retomba ensuite pour se stabiliser autour de 1 600 000.

En juillet 1920, dans un contexte de fortes luttes sociales, le gouvernement nomma une commission interparlementaire chargée d'étudier un projet d'assurance sociale. Un projet de loi fut déposé en mars 1921 et adopté par la Chambre des Députés en 1924. Mais, en raison des retards dans la discussion au Sénat, il ne fut adopté de façon définitive que le 5 avril 1928 et n'entra en vigueur qu'en avril 1930 à la suite de certaines modifications qui durent lui être apportées.

Selon la loi de 1930, sont obligatoirement affiliés aux assurances sociales les salariés de l'Industrie et du Commerce dont les salaires sont inférieurs à un certain plafond (en principe 15 000 F de salaire annuel en 1930). Mais sont maintenus, parallèlement à ce régime général, des régimes particuliers à certaines catégories de salariés qui avaient vu le jour antérieurement? Quelque peu précisé par des décrets-lois de 1935, ce régime d'affiliation restera en vigueur jusqu'en 1945. Le financement du régime général est assuré par des cotisations ouvrières et patronales (de 4 % du salaire chacune, soit 8 % au total).

En ce qui concerne la vieillesse, le régime est à deux étages, un peu comme en 1910, avec une rente et un minimum vieillesse. La rente peut-être versée aux plus de 60 ans et elle résulte de paiements de cotisations inscrits au compte de l'assuré. La seconde partie de la prestation (minimum vieillesse) n'intervient que si la rente est inférieure à 40 % du salaire annuel: elle complète alors la rente jusqu'à ce plancher. Mais pour pouvoir la toucher, il fallait justifier de 30 années de cotisations (la 1 ère cohorte à la toucher aurait donc été celle qui aurait atteint 60 ans en 1960).

Sinon, le plancher était abaissé d'un trentième des 40 % pour chaque année de cotisations manquante, avec un minimum d'allocation très faible et sous la condition d'un minimum de 5 années de cotisation.

Après la Seconde Guerre Mondiale, l'ordonnance du 4 octobre 1945 crée le régime général de la sécurité sociale. C'est la loi du 22 mai 1946 qui décide de la généralisation de la sécurité sociale: le principe est posé sur l'assujétissement obligatoire aux assurances sociales de tous les français résidants sur le territoire national.

La même année, la loi du 13 septembre stipule que toute la population devra être affiliée à l'assurance vieillesse au 1er janvier 1947.

En fait, l'ordonnance de 1945 comportait, entre autre, deux grands principes valables pour la protection vieillesse: la généralisation de cette protection et l'unification des régimes. Le premier principe fut progressivement appliqué mais il fallut attendre 1975 pour qu'on pût considérer que la généralisation était effective pour tous. Quant au second principe, il était probablement trop ambitieux et tenait sans doute trop peu compte des legs historiques comme des intérêts que ne manqueraient pas de défendre les différentes catégories socioprofessionnelles.

L'idée d'un régime vieillesse unique fut en fait abandonné dès 1947 et la loi du 17 janvier 1948 institua 4 régimes non autonomes pour les non-salariés:

- la CANCAVA pour les artisans,
- l'ORGANIC pour les professions industrielles et commerciales,
- le régime des professions libérales, éclaté par profession et qui correspond aujourd'hui à 13 caisses différentes (médecins, architectes...).
- le régime des exploitants agricoles qui ne fut en fait réellement organisé que par la loi du 10 juillet 1952.

En outre, les régimes spéciaux (mineurs, SNCF...) dont la survie était considérée comme provisoire dans l'ordonnance de 1945, furent ensuite pérennisés.

Parallèlement, comme la retraite du régime général ne portait que sur le salaire plafonné, il y avait place, au-delà de ce plafond, pour des régimes de retraite complémentaire.

Les salariés, cadres, étaient évidemment les plus intéressés à la mise en place de tels régimes et dès le 14 mars 1947, une convention collective nationale créait l'AGIRC (Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres). Progressivement, dans le même esprit, apparurent en 1953, l'IRCACIM (Institution de Retraite Complémentaire des Agents de Maîtrise et des Contre-Maîtres), et, en 1957, l'UNIRS (Union Nationale des Institutions de Retraite des Salariés) qui concernait les non-cadres.

Après accord interprofessionnel est créée, le 8 décembre 1961, l'ARRCO (Association des Régimes de Retraites Complémentaires) chargée de réaliser la nécessaire compensation entre les nombreuses caisses de retraites complémentaires des non-cadres. Elle inclut l'UNIRS.

En décembre 1972, la loi est venue rendre obligatoire l'affiliation à un régime complémentaire pour tous les salariés du régime général et du régime agricole (mais non ceux du régime spéciaux).

Malgré la généralisation de la protection vieillesse, certaines personnes âgées, qui n'avaient pas travaillé, n'avaient pas cotisé ou qui ne bénéficiaient pas de pension de réversion, restaient sans ressources suffisantes. C'est pourquoi une loi du 30 juin 1956 créa le Fond National de Solidarité (FNS) instituant un minimum vieillesse.

III.2. MONTANTS DES RESSOURCES.

III.2.a. Les retraites.

La retraite de base que verse la sécurité sociale est revalorisée 2 fois par an, au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet.

❖ La retraite maximale.

La retraite (non comprise la retraite complémentaire) ne peut-être supérieure à 50 % du plafond mensuel de la sécurité sociale, c'est à dire à 6 340,00 F par mois (février 94). Le plafond de la sécurité sociale est en effet fixé à 12 680 F depuis le 1^{er} janvier 1994.

Au montant de cette retraite peuvent se rajouter :

- La majoration pour conjoint à charge : 333,33 F au 1^{er} janvier 1994.
- La bonification pour enfants, égale à 10 % de la pension ; celle-ci est acquise si vous avez élevé 3 enfants.
- La majoration pour tierce personne: 5 530,82 F par mois au 1^{er} janvier 94.

❖ La retraite minimale.

Le montant de la retraite, s'il est trop faible, sera porté, depuis le 1^{er} janvier 1994, à 3 057,97 F par mois. Pour obtenir ce minimum, il faut avoir cotisé au moins pendant 150 trimestres au régime d'assurance vieillesse des salariés. Si la durée de cotisation est moindre (mais avec bénéfice du taux plein, donc 50 %, du fait du total des durées de cotisations tous régimes confondus), ce montant minimum sera réduit au prorata. Il n'est pas applicable aux pensions liquidées à taux réduit, (moins de 50 %).

Cette règle ne vaut que pour les retraités qui ont fait liquider leur pension à partir du 1^{er} avril 1983. Si la retraite a été liquidée avant cette date, le minimum applicable est de 1 360,91 F par mois depuis le 1^{er} janvier 1994. Ce chiffre est cependant théorique, puisqu'à partir de 65 ans, ou 60 ans dans certains cas, il y a possibilité de droit au minimum vieillesse.

❖ Les retraites complémentaires

L'allocation de retraite complémentaire est calculée sur un système de points et le montant est obtenu en multipliant le total de points par la valeur du point en vigueur lors du versement. Cette allocation vient ensuite s'ajouter au régime de base.

En prenant par exemple, l'AGIRC, la valeur du point était fixé à 2,303 F en 1993, le salaire référence s'établissant 19,28 F.

Trop de retraites complémentaires existent pour pouvoir se pencher sur chacune.

III.2.b Le minimum vieillesse

Le minimum vieillesse constitue le minimum de ressources garanti à toute personne âgée de 65 ans (60 ans en cas d'inaptitude au travail). Ces allocations sont dites contributives car elles ne sont pas la contrepartie du versement de cotisations mais subordonnées, pour leur attribution à des conditions de ressources.

Au 1er juillet 1995, le minimum vieillesse est revalorisé et se décompose ainsi :

- une allocation de base (allocation aux vieux travailleurs salariés, allocation spéciale de vieillesse, ou encore allocation vieillesse aux mères de famille) : 1415,83 F par mois.

- l'allocation supplémentaire (versée, dorénavant, par le Fond de Solidarité Vieillesse au lieu du Fond National Solidarité) fixée pour une personne seule à 1906,66 F par mois et pour chaque conjoint bénéficiaire 1546,37 F par mois.

Il en résulte un minimum vieillesse mensuel égal, depuis le 1er juillet 1995, à 3322,49 F pour une personne seule.

Le minimum vieillesse est accordé si les ressources annuelles de 1994 ne dépassent pas 40 834,00 F pour une personne seule, 71 525,00 F pour un couple.

Les sommes versées par le Fond National de Solidarité peuvent être récupérées sur la succession de l'allocataire décédé lorsque l'actif successoral est supérieur à 250 000 F et seulement sur la partie de l'actif dépassant ce chiffre.

III.2.c En cas de décès du conjoint

Si, au décès du conjoint, le survivant est âgé de moins de 55 ans, il peut prétendre à l'allocation veuvage. Cette allocation dégressive est versée pendant 3 ans (5 ans au maximum si à la date du décès le survivant avait au moins 50 ans).

Son montant mensuel est, à compter du 1er janvier 1994 de :

- 2927 F la 1ère année,
- 1923 F la 2ème année,
- 1464 F les années suivantes.

Il ne faut pas avoir disposé, au cours des 3 mois civils qui ont précédé la demande d'allocation de veuvage, de ressources supérieures à 10973 F.

Par ailleurs, les veufs ou veuves ont droit à une pension de reversion qui atteint environ 60 % de la pension conjoint disparu.

III.2.d. Autres allocations

Déjà étudié dans le chapitre II, elles se décomposent en aides pour le logement (PAH, ANAH) et prestations d'aide sociale (aide-ménagère, tierce personne ...).

Une nouvelle allocation est à l'étude : la prestation autonomie. Elle est expérimentale en Haute-Vienne.

-La prestation expérimentale dépendance.

La prestation expérimentale dépendance (PED) est composée de deux prestations juridiquement distinctes, complémentaires ou alternatives :

- l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) à la charge du département est régie par les dispositions de la loi n° 75-534 du 31 décembre 1977 modifiée.

- La prestation supplémentaire dépendance (PSD), financée par les régimes de retraites parties à la convention dans la limite des crédits dont ils

disposent à cette fin, chaque caisse agissant pour ses ressortissants propres. Il s'agit de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, de la Mutualité Sociale Agricole, des A.V.A., de l'ORGANIC.

La prestation supplémentaire dépendance est versée pendant un an à compter de sa date d'effet, sauf cas particulier. L'allocation compensatrice continue, quant à elle, à être attribuée pour des périodes variables et le plus communément pour 5 ans.

L'allocation compensatrice est attribuée à un taux variant entre 40 et 80 % de la majoration tierce personne des régimes de vieillesse et d'invalidité.

Le montant global de la prestation expérimentale dépendance ne saurait excéder 80 % de la majoration tierce personne des régimes de vieillesse et d'invalidité.

La convention est conclue pour une période d'un an à compter du 1er janvier 1995, à titre expérimental et sur 11 départements dont la Haute-Vienne. Elle sera prorogée de droit en cas de poursuite de l'expérimentation telle que prévue à l'article 38 de la loi du 25 juillet 1994 et jusqu'au terme de celle-ci.

Peuvent faire l'objet d'une instruction au titre de la prestation expérimentale dépendance les demandes émanant de personnes :

- résidant en Haute-Vienne depuis au moins 3mois,
- âgées de 60 ans et plus,
- titulaire à titre principal d'une pension, rente ou allocation des régimes de retraite signataires de la convention ou conjoint ayant droit d'un ressortissant de ces caisses, ne relevant pas à titre personnel d'un régime non signataire,
- dont le revenu net imposable ne dépasse pas manifestement le plafond de la prestation expérimentale dépendance,

- qui ne sont pas hébergées dans un établissement social ou médico-social au sens de la loi du 30 juin 1975.

Les demandes ne répondant pas à l'une de ces quatre dernières caractéristiques sont traitées au titre des allocations compensatrices de droit commun. De même, les demandes d'aggravation visant à l'augmentation du taux d'une allocation compensatrice sont instruites dans le cadre du dispositif classique.

Constitution de la demande d'allocation dépendance, compensatrice :

- *annexe 3.*

**IV. CONSEQUENCES SOCIOECONOMIQUES
DU VIEILLISSEMENT.**



IV. CONSEQUENCES SOCIOECONOMIQUES DU VIEILLISSEMENT (8)

D'après les experts, à l'horizon 2010, la sommation des projections de charges établie par les régimes conduirait à leur augmentation de près de 60 %.

A l'horizon 2040, le travail de modélisation sur un régime unique de retraite mené par le Ministère des Finances aboutit à une augmentation des charges et des cotisations de 120 %.

Les causes en sont bien connues, et communes à l'ensemble des pays industrialisés : des pensions de plus en plus élevées compte-tenu de l'arrivée à maturité de nos régimes, servies de plus en plus tôt et de plus en plus longtemps à des générations de retraités de plus en plus nombreuses notamment après 2005.

Les multiples études, rapports, discussions et débats relatifs aux retraites font comprendre à certains qu'en cotisant aux caisses de retraites ils ne font peut-être pas une aussi bonne opération qu'on voudrait le leur faire croire, en tous cas, une opération beaucoup moins rentable que leurs aînés.

La baisse des rendements (définis comme le rapport entre les pensions obtenues et les cotisations versées) commence à être bien connue.

L'idée qu'il ne pourrait plus y avoir assez de jeunes pour payer des retraites confortables aux cotisants actuels fait son bonhomme de chemin.

Le système de retraites par répartition infondée est donc une sorte de bombe à retardement qui risque d'exploser vers 2020-2040.

Le facteur déclanchant de l'explosion est l'augmentation du taux de prélèvement sur le revenu des actifs au bénéfice des retraites. Il provoquera d'abord le mécontentement, puis l'indignation, puis la révolte. En effet, en occident, on voit mal l'armée tirant sur des réfractaires aux cotisations vieillesse et la police politique venant se saisir au petit matin des leaders du mouvement contestataire.

Le jour où le ras le bol des actifs déboucherait, par la médiation de meneurs compétents, sur un mouvement de protestation de grande ampleur, il n'y aurait pas de réaction permettant d'étouffer la révolte dans l'oeuf. Cette révolte déboucherait probablement sur une mise en cause totale de notre de protection sociale.

Une solution serait fixer au taux de prélèvement un plafond impossible à dépasser. Cela signifie que l'on distribuerait aux retraités ce qui aurait été prélevé conformément à l'engagement pris par les jeunes, et pas davantage. Le montant des pensions et les conditions de départ à la retraite s'ajusteraient sur les prélèvements et non l'inverse. Les droits des retraités cesseraient de prévaloir sur les cotisants et de se transformer en obligations de plus en plus lourdes, pesant sur ces derniers.

Par ailleurs, les élus au gouvernement sont soumis à la contrainte électorale.

Une bonne partie de leurs comportements s'explique en conséquence par les servitudes de la pêche aux voix. Or, de ce point de vue, les personnes âgées comptent énormément et de plus en plus. Un électeur rationnel se prononce en faveur d'un accroissement des taux de cotisation s'il y trouve personnellement son compte.

Les retraités, qui toucheront davantage, sont donc favorables dans leur ensemble. Quant aux actifs, ils font un rapide calcul : ceux qui n'ont plus que quelques années à cotiser ont avantage à ce que passe la mesure car le surcroît de prélèvement, subi dans l'immédiat, sera largement compensé par l'augmentation des pensions futures. Par contre, ceux qui ont toute leur carrière devant eux seront d'un avis contraire.

Supposons que le point d'équilibre se situe à 45 ans, c'est-à-dire que les électeurs de plus de 45 ans soient en général favorables au développement des transferts et les plus jeunes en majorité défavorables. Ceux dont l'opinion compte électoralement sont uniquement les votants ; avec l'apport des voix des 45-60 ans, la solution favorable aux retraités est assurée d'une confortable majorité.

Cependant, il ne faut pas oublier que la vieillesse actuelle consomme et dépense. Elle doit se loger, se vêtir, se nourrir, elle a des loisirs, elle voyage, tant qu'elle reste active et autonome. En suite, elle crée des emplois dans le maintien à domicile et en institution. En terme économique, le financement des retraites doit-être conçu comme un investissement ; il est trop souvent vu comme une dépense morte destinée à maintenir en vie des personnes inutiles alors que cet argent est réintroduit dans les circuits monétaires.

Pourtant, une meilleure répartition des charges entre classes d'âges et entre catégories professionnelles, de nouvelles organisations du travail au cours de l'année et au cours de la vie, une harmonisation des politiques de l'emploi devront être étudiées.

Sans doute même de nouveaux devoirs s'imposeront-ils aux retraités qui ne pourront être passifs, ils devront eux aussi participer à la vie sociale, au nom même de la solidarité dont ils bénéficient de la part des actifs.

Beaucoup plus complexes et difficiles à résoudre sont les difficultés soulevées par la vieillesse qui doit-être protégée. A côté d'une vieillesse dépensière existera toujours une vieillesse qui coûte.

En moins d'un siècle, l'espérance de vie a augmenté pour certains de 30 à 40 ans. Ce phénomène tient à trois facteurs essentiels :

1) Une meilleure alimentation. Une meilleure hygiène. Les carences observées dans l'enfance qui gênaient le développement et fragilisaient l'individu pour le reste de ses jours ont pratiquement disparues.

2) Les progrès médicaux, qui ne concernent pas uniquement la thérapeutique, mais aussi la prévention.

3) L'éclatement des isolats. Longtemps, les couples se sont formés à l'intérieur d'un même groupe. Il en résultait ainsi un taux élevé d'endogamie.

La survie prolongée de gens qui ont perdu une partie plus ou moins importante de leurs capacités est le prix que nous avons à payer, nous, sociétés évoluées et riches, pour le gain fantastique de survie sans incapacité, de guérison totale, de rétablissement d'un certain nombre de malades qui, dans les années précédentes, étaient perdus plus ou moins rapidement. Par conséquent, cette charge nouvelle de la dépendance prolongée, n'est pas autre chose que le revers d'une médaille dont l'avert est extrêmement brillant.

CONCLUSION

Les personnes âgées tiennent donc une place importante aussi bien quantitativement qu'économiquement et représentent une force électorale grandissante.

Il s'avère difficile de les négliger et cette partie de la population se retrouve souvent sujet de reportages télévisuels ou journalistiques, de congrès et législations.

Pourtant, les personnes âgées ont toujours du mal à trouver leur place.

Nous déplorons encore trop d'inégalités entre pays, régions et catégories socioprofessionnelles dans l'accessibilité aux soins et services sociaux.

Par ailleurs, se pose le problème éthique lié à l'admissibilité aux soins de santé en prenant l'âge comme critère.

Ainsi, l'âge chronologique, valeur statistique, standard médical, s'oppose à un âge biographique qui tient compte de l'histoire du patient, de sa condition générale et de ses valeurs.

Les critères à retenir ne sont pas la rentabilité coût-bénéfice qui est discriminatoire, ni les critères de qualité de vie en raison des comparaisons interpersonnelles également discriminatoires qu'ils peuvent entraîner.

Le critère décisionnel le plus acceptable est la condition physique globale du patient approchée par une démarche centrée sur l'intérêt du malade et conforme au principe de proportionnalité qui suppose la connaissance de l'utilité réelle du travail et de la visée psychologique.

La limite d'âge est alors déterminée par le but thérapeutique qu'il faut définir selon cette approche.

Face aux personnes âgées qui oscillent entre la peur de l'abandon et celle de l'acharnement psychologique, il faut donc proposer un abord biographique en basant la décision psychologique sur des données scientifiques et en tenant

compte des limites de l'autonomie individuelle, de la justice sociale et de la visée psychologique.

ANNEXE 1

Modifications biologiques reliées à la sénescence

1. CHANGEMENTS STRUCTURAUX

- a. Cellules et tissus
 - Diminution du nombre de cellules actives
 - Apparition de lipofuscine dans plusieurs cellules et tissus
 - Ralentissement dans la multiplication cellulaire
 - Diminution du nombre des globules (rouges et blancs) et perte d'efficacité
 - Modification des tissus gras et sous-cutanés
 - Atrophie et perte d'élasticité tissulaire
- b. Composition globale du corps et poids corporel
 - Augmentation du tissu gras par rapport au tissu maigre
 - Modifications dans le poids corporel et le poids des organes
- c. Muscles, os et articulations
 - Diminution de 25 à 30 % de la masse musculaire (parfois 50 %)
 - Baisse dans la mobilité de plusieurs articulations
 - Amincissement des disques vertébraux provoquant une réduction de la taille de 1,2 à 5 cm
 - Réduction de la dimension de la cage thoracique
 - Pertes de calcium (ostéoporose)
- d. Peau et tissu sous-cutané
 - Perte des tissus de support sous-cutanés; sécheresse et amincissement de la peau; possibilité d'ecchymoses et de kératoses; modifications vasculaires et cutanées multiples
 - Atrophie et baisse d'efficacité des glandes sébacées et sudoripares
 - Perte d'élasticité de la peau
 - Persistance du pli cutané
 - Apparition des rides
 - Accentuation des proéminences osseuses
 - Affaissement des joues, du menton et des paupières, et allongement des lobes des oreilles
- e. Téguments
 - Poils minces, rares sauf dans la figure
 - Perte de cheveux, calvitie ou canitie
 - Grisonnement et décoloration des cheveux
 - Épaississement des ongles (onychogryphose)

2. CHANGEMENTS FONCTIONNELS

- a. Système cardio-vasculaire
 - Dégénérescence calcique des valvules
 - Diminution de 18 % du volume d'eau
 - Diminution de 40 % du débit cardiaque (capacité maximale)
 - Augmentation de la tension artérielle au repos (systole et diastole)
 - Redistribution du flot sanguin: le cerveau, les artères coronaires et les muscles squelettiques reçoivent plus de flux résiduel que le foie et les reins
 - Perte d'élasticité des vaisseaux et accumulation de dépôts sur les parois artérielles
 - Augmentation de la résistance des vaisseaux périphériques (1% par année)
- b. Système respiratoire
 - Perte de la capacité d'expansion des poumons
 - Diminution de 50 % de la capacité respiratoire
 - Diminution de la consommation basale d'oxygène
 - Possibilité d'emphysème et bronchites séniles
 - Atrophie et rigidité pulmonaire
 - Problèmes d'expectoration des sécrétions bronchiques
- c. Système rénal et urinaire
 - Diminution du nombre de néphrons
 - Diminution du taux de filtration glomérulaire, de filtration tubulaire, du flux sanguin rénal et de la «clearance» urinaire
 - Possibilité d'incontinence d'abord chez les femmes, ensuite chez les hommes
 - Mictions plus fréquentes et moins abondantes
- d. Système gastro-intestinal
 - Modifications des tissus dentaires, ajustement plus difficile des prothèses dentaires, édentement, caries, etc.
 - Cicatrisation plus lente des muqueuses orales
 - Perte du tonus musculaire
 - Atrophie des glandes salivaires
 - Baisse du sens du goût
 - Atrophie de la muqueuse gastrique et de la sécrétion des sucs digestifs (lipose)
 - Diminution de la sécrétion d'acide chlorhydrique (60 %), de la pepsine et du suc pancréatique
 - Diminution du tonus et de la motilité gastrique engendrant une diminution de la vidange gastrique et du péristaltisme
 - Troubles d'absorption
 - Diminution légère du poids du foie et des cellules fonctionnelles
 - Diminution de la sécrétion d'enzymes hépatiques et de l'action antitoxique du foie
 - Baisse légère de l'absorption intestinale
 - Diminution de la motilité du gros intestin et retard d'évacuation (fécalomes, constipation, etc.)
- e. Système nerveux et sensoriel
 - Diminution du nombre d'unités fonctionnelles au cerveau
 - Perte de masse cérébrale (5 à 10 %)
 - Baisse de la consommation d'oxygène par le cerveau et de la perfusion cérébrale
 - Déclin graduel de la conduction nerveuse (10 à 15 %) et retard dans le temps de réaction
 - Diminution de la conduction périphérique (nerfs) surtout après 40 et 50 ans et des neurotransmetteurs
 - Perte d'efficacité des propriocepteurs (surtout douleur, toucher)
 - Difficulté dans le contrôle de la posture et dans l'équilibre
 - Perte de la motricité fine
 - Altération du contrôle du système autonome
 - Diminution de la capacité mnémonique à court terme
- Système sensoriel
 - Élévation du seuil de perception de la saveur et des odeurs
 - Diminution des sensations tactiles et de celles reliées à la pression et à la température
 - Diminution auditive (presbyacousie) surtout pour les sons aigus
 - Présence de sensations auditives anormales (acouphènes)
 - Diminution, à partir de 20 ans, de l'adaptation aux faibles éclairages et à la vision nocturne
 - Présence de presbytie ou presbyopie (vers 40 ou 50 ans)
 - Réduction de l'acuité visuelle et de la vision périphérique
 - Possibilité de cataractes séniles et/ou de glaucome
- f. Système endocrinien et métabolique
 - Perturbations dans le métabolisme du glucose chez 70 % des personnes âgées
 - Ralentissement de l'utilisation périphérique de la thyroxine
 - Altérations mineures du fonctionnement corticosurrénalien
 - Baisse du métabolisme basal
 - Diminution, à partir de 35 ou 45 ans, du taux d'oestrogène
- g. Système reproducteur
 - Atrophie des organes génitaux internes et externes
 - Modification du rythme d'érection et d'éjaculation
 - Modification de la libido chez l'homme et la femme
- h. Système immunitaire
 - Lenteur de la réponse immunitaire à un antigène
 - Immunodéficience relative
- i. Rythmes biologiques et sommeil
 - Modification des phases du sommeil
 - Périodes plus fréquentes de sommeil léger
 - Répartition différente des heures de sommeil

ANNEXE 2

NOM:	PRÉNOM:	DATE DE NAISSANCE:
	TT6	

Dates		Visite 1	Visite 2	Visite 3	Visite 4	Visite 5	Visite 6
PSYCHISME	normal						
	troubles mineurs, patient adapté						
	désorientation						
	démence, coma						
DÉPLACEMENT	quartier						
	maison						
	chambre						
	lit						
HYGIÈNE ET TOILETTE	sans aide						
	aide transitoire						
	aide quotidienne légère						
	aide quotidienne lourde						
SPHINCTERS	normal						
	incontinence urinaire occasionnelle						
	incontinence urinaire permanente						
	incontinence urinaire et fécale						
ALIMENTATION	mange seul						
	aide légère pour couper						
	est nourri par un tiers						
	sonde/gavage						
VISION	bonne						
	peut lire						
	ne lit pas mais peut se déplacer						
	aveugle						
ENTOURAGE	quantitatif +++ ++ +						
	qualitatif +++ ++ +						
	décision logement adapté placement acceptation						
	escarre						
	chutes fréquentes						
	fécalome						
	troubles déglutition						
	surdité						
	stomie						

Test de Folstein sur l'état mental

Nom _____ Âge _____ Date de naissance _____ Date _____

DEMANDEZ AU SUJET DE DIRE:

Son nom _____ Sa date de naissance _____ Sa profession _____

Cote maximale . Cote du sujet

ORIENTATION

- 1) Demandez au sujet le jour de la semaine (), la date (), le mois (), l'année (), la saison () 5 ()
- 2) Demandez-lui ensuite d'identifier où il est: province (), ville (), rue (), immeuble (), étage () 5 ()

ENREGISTREMENT

- 3) Mentionnez trois objets (MAISON, ARBRE, VOITURE). Prenez une seconde pour prononcer chaque mot. Par la suite, demandez au sujet de répéter les trois mots. Donnez un point par bonne réponse. Répétez la démarche jusqu'à ce que le sujet apprenne tous les mots. Comptez le nombre d'essais et notez-le. 3 ()
 Nombre d'essais: _____

ATTENTION ET CALCUL

- 4) Demandez au sujet de faire la soustraction par intervalles de 7 à partir de 100: 5 ()
 $100 - 7 = ()$ $93 - 7 = ()$ $86 - 7 = ()$ $79 - 7 = ()$ $72 - 7 = ()$
 Donnez un point par bonne réponse.
 (Une autre épreuve serait de demander au sujet d'épeler le mot «MONDE» à l'envers.)

ÉVOCATION

- 5) Demandez au sujet de nommer les trois objets déjà mentionnés: MAISON (), ARBRE (), VOITURE (). 3 ()

LANGAGE

- 6) Montrez au sujet un crayon et une montre et demandez-lui de les nommer (2 points). 9 ()
 Demandez au sujet de répéter la phrase suivante: «PAS DE SI, NI DE MAIS»(1 point)
 Demandez au sujet d'obéir à un ordre en trois temps:
 «Prenez ce morceau de papier avec la main droite, pliez-le en deux et mettez-le sur le plancher (3 points).
 Demandez au sujet d'écrire une phrase (1 point).
 Demandez au sujet de lire cette phrase tout en suivant l'instruction suivante: «FERMEZ VOS YEUX» (1 point).
 Demandez au sujet de copier le dessin ci-dessous (1 point).



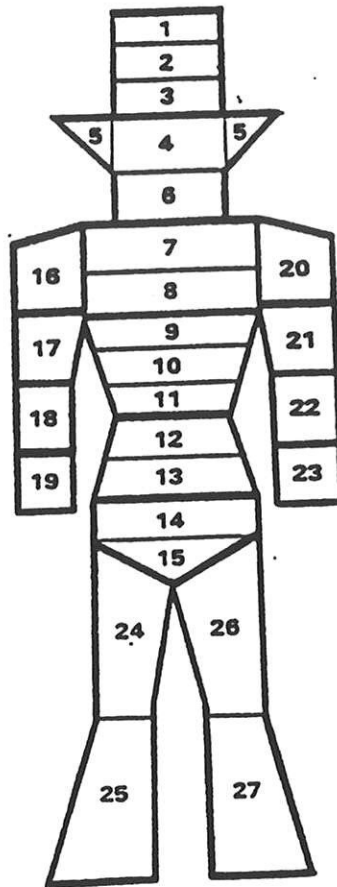
Indiquez dans quel état se trouve le patient: vigilance, somnolence, stupeur, coma. _____

CODE TOTALE: ()

Le résultat obtenu est un indice des diagnostics suivants:

- 10 et -: Démence
- 20 et -: Pseudo-démence
- 25 et -: Dépression
- 27 et +: État normal

GERONTE s'établit comme suit :



Nom, prénom
Date

1. Cohérence
2. Orientation T.S.
3. Insertion sociale
4. Vue
5. Ouïe
6. Parole
7. Hygiène haute
8. Hygiène basse
9. Habillage : haut
10. Habillage : moyen
11. Habillage : bas
12. Facilité d'alimentation
13. Type d'alimentation
14. Continence urinaire
15. Continence anale
16. Objets usuels
17. Cuisine
18. Ménage
19. Communication
20. Transports
21. Achats
22. Visites
23. Activités
24. Validité globale
25. Validité à l'intérieur
26. Aide à la validité
27. Validité à l'extérieur

Le système GERONTE est une échelle visuelle d'expression de l'autonomie sous forme de silhouette .

Cette échelle permet le recueil d'informations sous la forme de 27 propositions définies par 3 niveaux .

0 = ne fait rien/ reporté sur la silhouette = blanc

2 = fait tout de manière adaptée / reporté sur la silhouette = noir

1 = toutes propositions entre 0 et 2 / reporté sur la silhouette = hâchuré

ANNEXE 3

DEMANDE
D'ALLOCATION DEPENDANCE - D'ALLOCATION COMPENSATRICE
CERTIFICAT MEDICAL

NOM MARITAL :

NOM DE JEUNE FILLE :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

taille :

poids :

Diagnostic principal motivant la présente demande:

Antécédents médicaux, chirurgicaux, gynéco-obstétricaux ayant des conséquences sur le taux d'incapacité :

Pour chaque type de déficience : décrire
la nature des troubles, leur fréquence, leur évolution prévisible, les contraintes liées au
traitement (fréquence des hospitalisations et /ou nécessité de rééducations spécialisées)
pour les conséquences sur les actes de la vie : se reporter à la grille A.G.G.I.R.

I - DEFICIENCES INTELLECTUELLES v compris troubles du psychisme,
difficultés du comportement, déficiences du langage - de la parole (troubles de la mémoire,
de l'orientation temporo-spatiale, de l'humeur, de la vigilance, crise comitiale, dysarthrie ...)

II - DEFICIENCES MOTRICES ET DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

Préciser la localisation (en particulier des paralysies), les troubles sensitifs associés, l'état des réflexes, les limitations d'amplitude articulaire... Préciser l'appareillage/l'aide technique, la tolérance...

(joindre au présent certificat les documents, les comptes-rendus présentant un intérêt pour apprécier l'importance du handicap et le niveau de dépendance)

III - DEFICIENCES DE LA VISION

(en cas de cécité ou de quasi-cécité, joindre un certificat médical ophtalmologique)

Acuité visuelle après correction (en dixième) : oeil droit = oeil gauche =

Etiologie :

Amélioration par traitement chirurgical : possible impossible

Troubles associés :

IV - DEFICIENCES DE L'AUDITION

Intensité des troubles :

Appareillage: OUI NON Si oui, appareillage adapté: OUI NON

Etiologie :

Troubles associés (acouphènes, vertiges...) :

V - DEFICIENCES DE LA FONCTION CARDIO-RESPIRATOIRE

(Signes fonctionnels de décompensation cardiaque, assistance éventuelle ...)

VI - DEFICIENCES DES FONCTIONS DIGESTIVE ET URINAIRE

(Troubles de la déglutition, du transit, hépatiques, type d'alimentation...)

(Troubles de la continence urinaire et anale diurne et/ou nocturne, stomies, dialyse, sonde, protections ...)

VII - AUTRES DEFICIENCES : ENDOCRINIENNES (diabète, obésité...), DU SYSTEME IMMUNITAIRE ET HEMATOPOIETIQUE... (état général ...)

(joindre au présent certificat les documents, les comptes-rendus présentant un intérêt pour apprécier l'importance du handicap et le niveau de dépendance)

TRAITEMENT

(préciser le nom des spécialités)

EVALUATION DE L'AUTONOMIE (grille A.G.G.I.R.)

Cette grille est destinée à évaluer la perte d'autonomie de la personne âgée à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne. Il ne faut pas tenir compte de l'aide apportée par les aidants et les soignants. En revanche, les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne (lunettes, cannes, fauteuil roulant, prothèses...).

A - B - C

1	COHERENCE : converser et/ou se comporter de façon logique et sensée	
2	ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et le lieux	
3	TOILETTE : (visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage)	HAUT
	(membres inférieurs, pieds, régions intimes)	BAS
4	HABILLAGE-DESHABILLAGE-PRESENTATION : HAUT (vêtements passés par les bras et/ou la tête)	
	MOYEN (fermeture des vêtements : boutonnage, fermeture Eclair, ceinture, bretelles, pressions)	
	BAS (vêtements passés par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas, les chaussures)	
5	ALIMENTATION : SE SERVIR (couper la viande, peler un fruit, remplir son verre...)	
	MANGER (manger les aliments préparés, les porter à la bouche et avaler)	
6	ELIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire	URINAIRE
	assumer l'hygiène de l'élimination fécale	ANALE
7	TRANSFERTS : se lever, se coucher, s'asseoir : passer d'une des trois positions à une autre, dans les deux sens	
8	DEPLACEMENTS A L'INTERIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...	
9	DEPLACEMENTS A L'EXTERIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
10	COMMUNICATION A DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme	

A = fait seul totalement, habituellement, correctement

B = fait partiellement

C = ne fait pas

INTERVENANTS ACTUELS*(préciser le type et la fréquence d'intervention)***para-médicaux**

(S.A.D. ou infirmière à domicile, H.A.D., secteur psy., hôpital de jour, kiné.)

sociaux

(aide-ménagère, auxiliaire de vie, employée de maison, repas à domicile, garde à domicile, télé-alarme ...)

BESOINS EN INTERVENANTS
CONCLUSIONS*(préciser le type et la fréquence d'intervention)*A le
signature (indispensable)**Cachet du Médecin**
(indispensable)**CERTICAT REMPLI :** au cabinet au domicile
du patient en équipe
pluri-disciplinaire sur pièces

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

BIBLIOGRAPHIE.

ILLUSTRATIONS.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

- (1) BOURDELAIS P.
L'ÂGE DE LA VIEILLESSE.
Editions O. JACOB pages : 18-32, 53-53,75.
- (2) DE BEAUVOIR S.
La vieillesse.
Editions GALLIMARD, tome 1, page : 13.
- (3) BERGER L., MAILLOUX-POIRIER D.
Personnes Agées.
Editions Etudes Vivantes. pages : 3, 38, 61-67, 103-193, 464, 485.
- (4) LENET-GAUTRAT M., FONTAINE A.
Gérontologie sociale.
Que sais-je ? pages : 4-7, 58, 59.
- (5) LAFOREST
Introduction à la gérontologie. pages : 15-35.
- (6) MONTAIGNE
Essais
Oeuvres complètes. Livre 1. chapitre LVII. pages : 312-313.
- (7) JAQUELOT P.
L'art de vivre longuement. page 17.
- (8) PEQUIGNOT H.
La personne âgée dans la société. page 19.
DAUVERCHAN J.C.
Les personnes âgées dépendantes. page 76.
LAROQUE G.
Les problèmes socioéconomiques. page 79.
SOURNIA J.C.
Que fait l'Europe
Europe blanche XII. pages 88-89.
- (9) INSEE
Les personnes âgées- 1990. pages 8-9.
- (10) VALLY M.A.H.
Le maintien à domicile des personnes âgées : "le centre de jour".
Thèse n°14.1990. Cochin Port Royal. page 4.

- (11) BOUGET D., FROSSARD M., TARTARIN R., TRIPIER P.
Le prix de la dépendance.
La documentation française. page 1.
- (12) GRUMBACH R.
A savoir en gériatrie.
Edition Sandoz.
- (13) RANCE Ph.
Le généraliste et les aides techniques dans le maintien à domicile
des personnes âgées.
Thèse n°1127, 1988, Paris VI. pages : 4, 19, 22, 108.
- (14) Conseil Général. DISS
Plan gérontologique départemental 1991.
- (15) NYS J.F.
Les effets économiques du vieillissement en France.
Encyclopédia Universalis. pages 2,3.
- (16) ALBAREDE J.L., VELLAS P.
L'année gérontologique 1992.
Springer Publishing Compagny. pages 410-415.
- (17) UNITED NATIONS
World populations trends and policies
Volume 1. page 135.
- (18) INSEE
Atlas démographique Haute-Vienne 1990. pages 6-9.
- (19) PEROLAT E.
Mesures médicales et sociales en faveur du maintien à domicile
des personnes âgées.
Thèse n°143, 1986, Montpellier, pages 43-71.
- (20) Droit civil
"Affaiblissement dû à l'âge" article 490.
"Obligation alimentaire" articles 571-205.
Précis Dalloz. 5^{ème} édition, 1993.
- (21) ARNAL J., GARBARG S., MOREAU P.
Le troisième âge? Pathologie médicale et sociale.
Edition Sandoz. page 198.

- (22) FREMAUX P.
Maintien à domicile des personnes âgées dépendantes dans le Dunkerquois. Thèse n° 356, Lille, 1989, pages 28, 105.
- (23) HILLY C.
Intérêt de la création de petites unités de maintien à domicile pour les personnes âgées dans l'économie régionale.
Thèse n° 323, Pharmacie Limoges 1993, page 25.
- (24) NIEMEC C.
En quoi l'entrée en structure d'hébergement est-elle un révélateur des insuffisances de la politique de la vieillesse.
Mémoire pour diplôme de Conseiller en Economie Sociale et Familiale. Session 1993, pages 4-5.
- (25) LESEMAN F., MARTIN C.
Les personnes âgées. Solidarités familiales et politiques sociales.
Notes et études documentaires.
La documentation française. page 17.
- (26) TAILLEE B.
Structures sociales et médicales. Problèmes médicaux liés au maintien à domicile de la personne handicapée adulte dans le Maine et Loire. Thèse n°90. Angers, 1990, pages 12, 71-77.
- (27) LEPINE N., NOBECOURT M.P.
Quand nos parents vieillissent.
Editions Acropole. pages 119,120.
- (28) DASS du LIMOUSIN
Fichier national des établissements sanitaires et sociaux.
Service statistiques, décembre 1993.
- (29) BURUCOA B.
La place du bénévolat dans les services palliatifs.
La Revue du Praticien. Tome 7 du 20 décembre 1993.
n°239. page 97.
- (30) BUNGENER M., LESEMAN F., MARTIN C.
Les personnes âgées.
Famille et alternative à l'hospitalisation.
La documentation française, 1993, pages 29-49, 212-213.
- (31) La personne âgée.
Editions PLOTON. page 82.

- (32) BONNEL M.
Le maintien à domicile en pratique libérale.
Le Concours Médical, 1985, vol. 108, fascicule n°3, page 130.
- (33) CHAPUT E., CZERNICHOW P., GODARD J., LAINE P.,
LESUEUR D., LIBERT A., MANOUVRIER C., MORLIERE P.,
ZOLL C.
Facteurs différentiels de recours à la visite à domicile et à la
consultation des patients âgés.
La Revue de Gériatrie, 1993, Vol.18, n° 1 pages 22, 24.
- (34) BARBEAU A.
La fin des retraites ?
Editions Pluriel. page 283-88.
- (35) GIBAUD I.
Vos retraites en 1994.
Le Particulier, février 1994. n° 854, pages 32-34.
- (36) GIBAUD I.
Retraites : faites le compte de vos trimestres.
Le Particulier, mai 1994. n° 857, pages 24-29.
- (37) BELAKHOVSKY C.
Le minimum vieillesse.
La Revue de Gériatrie, 1981, tome 6, n°2, page 81.
- (38) BICHOT J.
Quelles retraites en l'an 2000 ?
Editions ARMAND COLIN. pages 156-160.

BIBLIOGRAPHIE.

- 1- ARNAL J., GARBARG S., MOREAU S.,
Le troisième âge. Pathologie médicale et sociale.
Abrégés médicaux SANDOZ.
- 2- CHAUNU P., DUMOND G.F, LEGRAND J., SAUVY A.
La France ridée.
Editions Pluriel.
- 3- DUFOURG E., LABOUZE P.,
Un habitat pour le grand âge?. Projet JANUS.
Thèse diplôme d'architecture 1993.
- 4- LAMY J.C.
Le maintien du malade à domicile.
Thèse n°45, Clermont I, 1990, Pharmacie.
- 5- PAILLAT P.
Vieillesse et vieillesse.
Que sais-je ?
- 6- WERMELINGER D.
Le cantou de Thuillat.
Mémoire diplôme d'infirmière. 1993.
- 7- CODES DALLOZ, 8 ème édition 1989.
Codes de la Santé Publique de la Famille et de l'Aide Sociale.
- 8- La Documentation Française- 2ème édition 1975.
Pour mieux informer la personne âgée.
- 9- Les Fiches d'Aides Sociales
Editions ESF- 1983.
- 10- INSEE
STATISS, Mémento 95, Limousin.
- 11- Le Particulier n°87. mars 1994.
La Sécurité Sociale.
Remboursement, indemnités et prestations.

- 12- Réadaptation. 1993. n° 397. Préparation et prise en charge au domicile du para et du tétraplégique.
- 13- La Revue de Gériatrie.
Tme 19. n°4, avril 1994.

ILLUSTRATIONS

- Tête de Vieillard, Greuze.
Le Louvre. Département des Arts Graphiques.

- Le Père de Famille Expliquant la Bible. Greuze.
"Greuze" par Louis Hautecoeur, 1913.
Editions P. Marcel.

- Le Vieil Homme. Greuze.
Le Louvre. Département des Arts Graphiques.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION. _____	p. 11
I. LES PERSONNES AGEES. _____	p. 13
I. 1. HISTORIQUE. _____	p. 14
I. 2. DEFINITION DE LA VIEILLESSE. _____	p. 17
I. 3. LE VIEILLISSEMENT. _____	p. 20
I. 4. LA DEPENDANCE. _____	p. 23
I. 5. LE VIEILLISSEMENT ET SES CHIFFRES. _____	p. 32
I.5.1 En France,	
I.5.2 En Haute-Vienne.	
I. 6. PROTECTION DES DROITS ET DES LIBERTES _____ DES PERSONNES AGEES.	p. 40
II. MAINTIEN A DOMICILE. _____	p. 50
II. 1. POURQUOI ? _____	p. 54
II. 2. HISTORIQUE ET EMERGENCE DE LA POLITIQUE _____ DE VIEILLESSE EN FRANCE ET EN HAUTE-VIENNE.	p. 56

II. 3. MOYENS PERMETTANT LE MAINTIEN à DOMICILE. __ p. 65

II. 3.a - Matériel.

- ✦ aides techniques,
- ✦ téléalarme,
- ✦ difficultés architecturales.

II. 3.b -Aides.

- ✦ aideménagère,
- ✦ auxiliaire de vie,
- ✦ garde à domicile,
- ✦ livraison des repas à domicile,
- ✦ services de dépannage,
- ✦ embauche directe d'une aide.

II. 3.c - Service de soins à domicile.

II. 3.d - Hospitalisation à domicile.

II. 3.e - Hôpital de Jour.

II. 3.d - Le bénévolat.

- ✦ les clubs de retraités et associations corporatives,
- ✦ l'Université du 3ème âge,
- ✦ les Petits Frères des Pauvres
- ✦ S.O.S. Amitié. S.O.S. Solitude
- ✦ Association Présence,
- ✦ Centre de Volontariat de Limoges et du limousin,
- ✦ Association d'Aide aux Familles des Personnes Agées
Intellectuellement Dépendantes
- ✦ la famille.

II. 4. MAINTIEN à DOMICILE EN PRATIQUE LIBERALE. ____ p. 86

II. 5. RISQUES ET LIMITES DU MAINTIEN à DOMICILE. ____ p. 88

II. 5.a- Les risques du maintien à domicile.

- ✦ les chutes à domicile,
- ✦ les troubles physiques et les troubles du comportement,
- ✦ les facteurs de risques sociaux,
- ✦ les facteurs de risques somatiques.

II. 5.b- Les limites du maintien à domicile.

- ✦ l'augmentation de l'âge,
- ✦ contraintes d'ordre réglementaire et financier,
- ✦ l'entourage,
- ✦ médecin porte à faux.

III. LES RESSOURCES DE LA PERSONNE AGEE.	p. 92
III. 1.-Historique des retraites.	p. 93
III. 2.-Montant des ressources.	
III. 2.a- les retraites.	
✦ la retraite maximale,	
✦ la retraite minimale,	
✦ les retraites complémentaires.	
III. 2.b- le minimum vieillesse,	
III. 2.c- en cas de décès du conjoint,	
III. 2.d- autres allocations.	
 IV. CONSEQUENCES SOCIOECONOMIQUES DU VIEILLISSEMENT.	 p. 103
 CONCLUSION	 p. 109
 ANNEXES	 p. 112
 REFERENCES	 p. 124

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vous êtes souvent confronté au problème de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. De l'obtention d'une aide ménagère à l'admission dans une institution de long séjour, les conditions et les modalités d'attribution de ces aides sont nombreuses et varient selon les organismes chargés de leur gestion.

Prestations en espèces (au 01/01/96)

LES PENSIONS ET RETRAITES

■ Pension de Vieillesse de la Sécurité Sociale (retraite principale)

Elle peut bénéficier d'une majoration pour conjoint à charge et d'une majoration pour tierce personne (en cas d'état de dépendance médicalement reconnu avant 65 ans).

- Minimum annuel : 37.321,66 F pour 150 trimestres de cotisations
- Maximum annuel : 78.360,00 F

■ Retraite Complémentaire

- peut compléter la pension de la Sécurité Sociale

■ Pension de Réversion

54% de la pension du conjoint défunt :

- minimum annuel : 16.610,00 F
- majoration pour enfant à charge : 476,04 F/mois.

Plafond de ressources annuel : 76.918,00 F



LES AIDES

■ Minimum Vieillesse

Destiné à ceux qui n'ont pas ou peu cotisé à une assurance vieillesse. Il comprend :

L'allocation de base

— Une retraite versée par la Sécurité Sociale :

- personne seule : 39.869,00 F/an
- ménage : 71.525,00 F/an.

Plafond de ressources annuel :

- personne seule : 40.834,00 F
- ménage : 71.525,00 F

— Des allocations d'assistance (16.610,00 F/an, non cumulables avec la première) sous conditions de ressources :

Allocation Spéciale de Vieillesse, Allocation aux Vieux Travailleurs Salariés, Allocation aux Vieux Travailleurs Non Salariés.

Plafond de ressource : voir ci-dessus

L'allocation supplémentaire (article L.815-2 ou L.815-3 du code de la S.S. - ex Fond National de Solidarité)

complète l'allocation de base pour atteindre le Minimum Vieillesse.

- bénéficiaire seul : 23.259,00 F/an
- ménage 2 allocataires : 19.152,50 F/an par allocataire.

Plafond de ressource : voir ci-dessus

■ Allocation Compensatrice pour Tierce Personne

Cette allocation est accordée aux personnes reconnues invalides (à partir de 80%) par la COTOREP et qui doivent faire appel à un tiers pour effectuer les actes essentiels de la vie. Cette allocation est versée par l'Aide Sociale. La demande s'effectue auprès de la COTOREP ou auprès du B.A.S. de la commune, qui transmet le dossier à la COTOREP. Elle ne peut pas être cumulée à la majoration pour tierce personne versée par la Sécurité Sociale.

Elle est soumise à des conditions de ressources :

Plafond de ressources annuel au 26/09/95 :

- personne seule : 39.250,00 F
- ménage : 78.500,00 F

Montant de l'allocation au 26/09/95 : de 26.024,46 F à 52.048,92 F/an

L'allocation compensatrice est cumulable avec un avantage vieillesse. Elle peut être suspendue après un certain délai, en cas d'hospitalisation continue du bénéficiaire, et supprimée si celui-ci ne justifie plus le recours à une tierce personne. Toujours attribuée à titre temporaire, elle peut être révisée à la demande de l'administration ou à celle de l'intéressé. Rôle du médecin : établir un certificat médical détaillé exposant la nature du handicap et la nécessité d'un tiers pour les actes ordinaires de la vie. Cette allocation serait remplacée en 1997 par la "prestation autonomie".

■ Allocation Logement

L'allocation logement est accordée à la personne si :

- elle est âgée d'au moins 60 ans et : reconnue inapte au travail, ancien déporté, interné ou ancien combattant,
- elle est âgée d'au moins 65 ans et : est locataire ou sous-locataire ; vit dans une maison de retraite, un foyer-logement, un centre de long séjour, à l'hôtel ou dans un meublé.

Les ressources sont modestes et ne doivent pas dépasser un certain plafond. Pour le calcul, de nombreux facteurs interviennent : lieu de résidence, montant du loyer, statut d'occupation, etc. La demande est à effectuer auprès de la C.A.F. du lieu de résidence et seule la caisse peut fournir le montant exact de l'allocation à laquelle la personne a droit.

Nota Bene : Dans le cas où le bénéficiaire ne peut pas acquiescer de la différence de coût entre ce qu'il perçoit de la part des différents organismes et le coût réel de la prestation, soit les organismes concernés se paieront sur la vente des biens de la personne, soit ils demanderont à la famille de participer à cette dette, en fonction de leurs revenus, les montants étant déterminés par jugement. Cette modalité s'appelle "l'obligation alimentaire".

BON A IMPRIMER N° 57

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

CHAMPELOVIER Christelle.-Les personnes âgées en France et en Hte-Vienne. -
(Thèse : méd.,Limoges 1996.)

RESUME:

Depuis la fin de la Deuxième Guerre Mondiale, l'espérance de vie n'a cessé d'augmenter.

La baisse de la fécondité, l'augmentation de l'espérance de vie entraînent un certain vieillissement de la population.

Selon l'époque, l'image de vieillesse varie et la définition de la vieillesse est difficilement déterminée.

A travers l'historique, les statistiques et la politique de vieillesse, nous essayons de comprendre quelle est la place en France et en Haute-Vienne des personnes âgées et quels sont les moyens mis en oeuvre pour leur permettre de rester à domicile.

Nous terminons en traitant des conséquences socioéconomiques du vieillissement et concluons par l'aspect épineux de l'admissibilité aux soins de santé en prenant l'âge comme critère.

MOTS-CLES:

- Personnes âgées.
- Haute-Vienne.
- Maintien à domicile.
- Aspects économiques et sociaux.

JURY:

Président : Monsieur le Professeur LABROUSSE.
Juges : Madame le Professeur ARCHAMBAUD.
Monsieur le Professeur DUDOGNON.
Monsieur le Professeur MOULIN.

Monsieur le Docteur SAUVAGE.