

La prise en compte du vieillissement chez Adoma :

trois expérimentations d'adaptation du bâti et d'accompagnement des résidants âgés

Dans le cadre de son engagement en faveur des personnes âgées, Adoma expérimente sur des sites pilotes, un projet d'accompagnement spécifique conciliant à la fois :

- la dimension cadre de vie,
- et l'aide aux actes de la vie quotidienne avec les partenaires gérontologiques dans le cadre des dispositifs de droit commun.

Les objectifs des expérimentations d'adaptation dans les UV des FTM

Nombre de résidences constituées de **petites chambres en unités de vie**, et principalement occupées par une clientèle vieillissante originaire du Maghreb, ne pourront, à moyen terme, faire l'objet d'une réhabilitation.

C'est dans ce type d'établissements qu'Adoma veut aussi mettre en oeuvre des solutions d'amélioration de la vie quotidienne des résidants âgés pour préserver leur autonomie et ainsi favoriser leur maintien à domicile.

Entre 2005 et 2008, Adoma a mené trois expérimentations d'adaptation d'unités de vie au maintien à domicile. Selon les besoins repérés, ce sont, sur chaque site, une ou deux unités de vie qui sont traitées.

Les interventions concernent tant les chambres que les espaces en confort partagé des unités de vie ciblées.

De plus, toutes les dispositions d'accessibilité depuis l'espace public jusqu'aux unités de vie sont mises en oeuvre.

Le travail a consisté à rechercher les **compensations** susceptibles d'améliorer la vie quotidienne des résidants âgés et à permettre l'intervention d'aidants extérieurs.

Les adaptations répondent aux **dispositions ergonomiques** favorisant le **confort d'usage** des locaux par les résidants âgés.

La réglementation « handicapés » est respectée aussi souvent que possible. Toutefois, elle n'a pas toujours été applicable dans les espaces contraints traités.

Systématiquement, c'est une **démarche méthodologique globale** qui a été suivie et qui a consisté à :

- identifier et hiérarchiser les difficultés des personnes dans les actes de la vie courante
- identifier le partenariat gérontologique local
- repérer les contraintes architecturales et techniques du bâti
- déterminer les UV à adapter (nombre et localisation)
- proposer les restructurations idoines et choisir les équipements appropriés
- anticiper la réponse aux besoins et aux attentes des résidants en terme d'aide et de service

C'est donc un travail pluridisciplinaire et en partenariat qui a conduit aux réalisations présentées.

Les expérimentations ont permis d'élaborer :

- une méthodologie de travail basée sur une **démarche de projet global**

- des **préconisations et recommandations architecturales et techniques** pour des adaptations ou des aménagements sur d'autres sites concernés par le vieillissement des résidents

Arrivant à la phase d'exploitation des unités de vie ainsi traitées, il s'agit maintenant d'en tirer les **enseignements** et de poser les **questions** restées sans réponse pour élaborer des **projets innovants** permettant d'améliorer encore le maintien à domicile des résidents dans le cadre des dispositifs de droit commun.

Les foyers choisis pour l'expérimentation

Les 3 foyers de l'expérimentation ne sont pas inscrits au plan de traitement des foyers. Il s'agit de : Aix en Provence-Petit Barthélémy, Gennevilliers-Brenu et Argenteuil-Butte Blanche.

Leur capacité est importante (de 314 à 400 logements).

Ils sont constitués de chambres de petite taille (~7²50) organisées en unités de vie de 12 à 32 chambres avec, en confort partagé, des sanitaires (wc, douches, buanderie). Les chambres sont meublées d'une armoire, d'un réfrigérateur, d'une table, d'une chaise et d'une prise téléphone et équipées d'un lavabo.

Sur un site, tous les logements sont desservis par un ascenseur. Sur un autre site, l'ascenseur dessert des demi-paliers et sur le troisième, il n'y a pas d'ascenseur.

On trouve dans chaque résidence les bureaux, des espaces collectifs avec au moins une cafétéria ou une salle de rencontre et une laverie.

Les 3 résidences sont entourées d'espaces extérieurs plus ou moins importants et conviviaux et dont l'accessibilité est variable.

Les équipes projet

Un pilotage national par le médecin gériatre et une responsable des études architecturales et techniques de la Direction des Etudes et du Développement a été instauré avec un suivi des trois projets par les membres du comité de direction.

Localement, les équipes projet ont rassemblé :

- le directeur départemental
- le directeur d'agence
- le responsable de résidence
- le responsable de résidence adjoint (sur 2 sites)
- un responsable de résidence détaché sur la problématique vieillissement (sur le troisième site)
- le responsable du service technique régional (sur un site)
- la responsable des études architecturales et techniques de la Direction des Etudes et du Développement (pour les 2 sites franciliens)
- la responsable études et développement régionale
- la coordinatrice sociale-lien gérontologique (sur un site)

Connaissance de la clientèle

- **Les résidants**

Dans deux foyers, plus de 57% des personnes ont plus de 60 ans et plus de 82% ont plus de 55 ans. Ce sont à 98% des personnes originaires du Maghreb.

Dans l'autre foyer, c'est 50% de personnes de plus de 60 ans et 66% de plus de 55 ans. A 71%, les personnes sont originaires du Maghreb. A noter que 10% des personnes sont originaires d'Afrique subsaharienne et que 10% sont françaises.

- **Repérage des difficultés des résidants et médiation**

Un repérage systématique des difficultés rencontrées par les résidants pour la réalisation des actes de la vie quotidienne a été mené sur chaque site.

Une mission de repérage a été mise en place sur deux sites. Sur l'autre site, c'est l'équipe de la résidence secondée par la coordinatrice sociale gérontologique qui a réalisé ce repérage.

Sur chacun de deux des sites, une vingtaine de résidants sont repérés comme ayant des difficultés dans la vie courante. Il y a des aides à domicile pour 4 personnes sur un site.

Sur un site, ce sont 47 personnes qui sont repérées dont seulement 2 bénéficient de soins infirmiers à domicile.

Souvent, la difficulté à monter les escaliers est un indice révélateur de fragilité.

Les partenaires

- **Les partenaires opérationnels mobilisés pour l'élaboration du projet :**

Ont systématiquement été contactés le CCAS¹, le CLIC² (ou la coordination gérontologique), la CRAM³ en région (la CNAV⁴ en IDF), le service APA⁵ du Conseil Général, des services d'aide à domicile.

Sur un site, ont participé au projet le Centre Municipal de Santé et un réseau de santé.

- **Les partenaires institutionnels sollicités :**

La Ville, le Conseil Général, la CRAM (ou la CNAV), l'ACSE⁶ ont participé aux comités de pilotage.

¹ CCAS : centre communal d'action sociale

² CLIC : comité local d'information et de coordination pour les personnes âgées

³ CRAM : caisse régionale d'assurance maladie

⁴ CNAV : caisse nationale d'assurance vieillesse

⁵ APA : allocation personnalisée pour l'autonomie

⁶ Acisé : agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances

• PREAMBULE

La question du vieillissement des immigrés en foyers

La question du vieillissement des immigrés en France est aujourd'hui une problématique identifiée et reconnue par les pouvoirs publics. De récents rapports (IGAS⁷, CNAV, HCI⁸) font état des conditions de vie et de santé de cette population confirmant la vulnérabilité d'un public vieillissant confronté à des difficultés en termes d'accès aux soins et aux droits sociaux notamment en ce qui concerne les dispositifs gérontologiques.

Ces difficultés relèvent d'une incompréhension des dispositifs et des services par les personnes âgées, inscrites dans des représentations culturelles différentes et dans une conception particulière de la vieillesse, mais aussi d'une connaissance souvent insuffisante des réalités de vie du public immigré âgé par les professionnels.

Le maintien à domicile des personnes âgées en situation de dépendance ou de fragilité est rendu difficile en l'absence de solidarités familiales ou informelles suffisantes. Le mode de vie en unités de vie avec des espaces cuisine et sanitaires en confort partagé peut lutter contre cet isolement mais impose une promiscuité qui nécessite une réflexion sur les modes d'intervention des aidants au sein de ces unités adaptées.

Les actions d'Adoma

Devant ces constats et consciente des besoins non satisfaits, Adoma souhaite favoriser le maintien à domicile des personnes âgées qu'elle loge depuis longtemps et qui parfois deviennent dépendantes. Dans le cadre de cette politique, elle conçoit des projets d'accompagnement conciliant à la fois la dimension cadre de vie et la dimension médico-sociale de la prise en charge de la vieillesse en s'appuyant sur les services de droit commun. Adoma initie pour cela un travail collectif avec les partenaires gérontologiques.

• LE CONTEXTE (données locales)

1. Les résidents

- ✓ Données chiffrées
 - Nombre et pourcentage de résidents par tranches d'âge
 - Nationalité
 - Situation socio-économique
 - Types de ressources
 - Niveau de ressources
 - Durée de résidence en France, au foyer
 - Pratique des allers retours
 - ...
- ✓ Repérage des difficultés des résidents
 - Problèmes de santé et d'accès aux soins
 - Difficultés pour la réalisation des actes de la vie quotidienne
 - Difficultés administratives
- ✓ Souhaits et attentes des résidents
- ✓ Evaluation des besoins (éventuellement déjà réalisée)

⁷ IGAS : Inspection générale des affaires sociales

⁸ HCI : Haut conseil à l'intégration

2. Le foyer

- ✓ Description des unités de vie
- ✓ Description des espaces résidentiels
- ✓ Description des espaces extérieurs
- ✓ Situation géographique dans la ville et proximité des services
- ✓ ...

3. Les partenaires

- ✓ Partenaires institutionnels (DDASS, CG, Ville...)
- ✓ Professionnels de santé (médecins, infirmières, para-médicaux, hôpital et/ou clinique de proximité...)
- ✓ Services gérontologiques (CLIC, CCAS, services d'aide à domicile...)
- ✓ Services administratifs (CRAM, CAF, CCAS...)

4. Actions d'accompagnement en cours

5. Les problématiques identifiées pour le maintien à domicile

• LE PROJET DE VIE

1. Définition et principes

Le projet de vie définit les modalités d'accompagnement des personnes et les principes sur lesquels il s'appuie.

- ✓ Son objectif :
 - Maintenir le plus longtemps possible l'autonomie sociale, physique, et psychique des résidents et leur permettre de tendre vers le meilleur état de santé possible en intégrant une dimension préventive
- ✓ Il se réfère :
 - à la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante de la Fondation Nationale de Gérontologie (cf intranet : DED /vieillesse)
 - au projet social de la résidence
 - au règlement intérieur de la résidence
- ✓ Il s'inscrit :
 - dans une démarche de prise en charge globale de la personne
- ✓ Il intègre :
 - la reconnaissance des repères identitaires
 - l'accès aux services de droit commun de maintien à domicile
 - l'aide à la vie quotidienne
 - le maintien des liens sociaux
 - la participation des résidents
- ✓ Il respecte :
 - l'individualité de chacun
 - l'expression d'une volonté libre et autonome
- ✓ Il doit être :
 - évolutif et partagé

2. Bénéficiaires

Le projet concerne en priorité les personnes vieillissantes habitant la résidence et présentant des difficultés dans la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne ou dont l'état de santé nécessite une aide particulière.

L'accès à l'UV adaptée se fait sur la base du volontariat, à partir d'une demande des résidants, d'un signalement des services gérontologiques ou d'un professionnel de santé ou sur la base d'un repérage de l'équipe (fonction de veille).

3. Critères d'admission

- ✓ Etre âgé de plus de 60 ans (sauf handicap particulier à étudier)
- ✓ Présenter une situation de dépendance dans les actes de la vie quotidienne nécessitant l'intervention régulière d'un aidant
- ✓ Etre en situation de difficulté pour les actes de la vie quotidienne liée au bâti
- ✓ Etre fragilisé du fait d'un problème de santé
- ✓ Nécessiter une prise en charge sanitaire optimisée par un espace de vie plus adapté

4. Commission d'attribution et de suivi

- ✓ Sa composition :
 - un représentant du CLIC et/ou du CCAS
 - le service social CRAM
 - le service APA du CG
 - le responsable du service prestataire
 - un référent médical (médecin ou IDE) (si possible)
 - le DAG
 - le responsable de résidence ou son adjoint
 - le coordinateur social Adoma (si possible)
- ✓ Les rôles et missions des membres de la commission :
 - CLIC, CCAS : aide au montage des dossiers de demande d'aide, coordination gérontologique, évaluation de la dépendance, élaboration du plan d'aide (à préciser selon les pratiques locales)
 - Service APA du CG : évaluation de la dépendance et élaboration du plan d'aide pour les GIR 1 à 4 (à préciser selon les pratiques locales)
 - Service social de la CRAM : idem pour les GIR 5 et 6 (à préciser idem)
 - Service d'aide à domicile : employeur des auxiliaires de vie sociale en tant que prestataire de service au sein des UV adaptées
 - Le référent médical apporte conseils et connaissances sur la santé
 - L'équipe Adoma présente les dossiers et élabore le compte-rendu de la commission
- ✓ Les objectifs de la commission :
 - donner un avis motivé pour l'entrée du résidant dans l'UV adaptée en fonction du présent projet de vie et du plan d'aide personnalisé proposé à la personne
 - suivre et coordonner les interventions auprès des résidants concernés par le projet
 - préparer l'évaluation de l'action au moins une fois par an pour le comité de pilotage
- ✓ Sa fréquence : à définir

NB : Pour des personnes non résidentes de l'établissement, se référer au fonctionnement du COA⁹

⁹ COA : Comité Opérationnel d'Attribution

5. Les limites du maintien à domicile

Les limites du maintien à domicile sont variables d'une personne à l'autre et sont conditionnées par un ensemble de facteurs interdépendants.

Elles doivent être évaluées par les professionnels sanitaires et médico-sociaux compétents en concertation avec Adoma, dans le respect du choix de la personne lorsqu'elle dispose de sa capacité de jugement.

Elles peuvent être liées :

- au logement, notamment par rapport au handicap physique
- à l'environnement social, en particulier lorsque la personne présente des troubles du comportement ou une désorientation
- à la capacité financière de la personne en regard des aides nécessaires
- au contexte professionnel (palette de services à disposition, disponibilité et possibilités d'adaptation aux besoins de la personne âgée)
- au non respect du règlement intérieur et des conditions de sécurité de la résidence

• DESCRIPTION DES ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT

Le projet de vie s'inscrit dans une démarche globale d'accompagnement de la personne et prend en compte les dimensions suivantes : vie quotidienne, aspects sanitaires et vie sociale.

L'action développée vise à :

- ✓ apporter une aide pour la réalisation des actes de la vie quotidienne
- ✓ faciliter la prise en charge sanitaire en améliorant l'échange et l'information avec les professionnels de santé
- ✓ prévenir la perte d'autonomie en favorisant le maintien du lien social

1. L'aide à la vie quotidienne

En fonction des besoins spécifiques des personnes définis dans les plans d'aide, les interventions de l'auxiliaire de vie sociale peuvent concerner :

- l'entretien courant de la chambre
- l'entretien courant du linge
- les courses (remise d'espèces par les résidents)
- la préparation des repas
- l'aide partielle à la toilette et à l'hygiène
- l'aide à l'habillage
- l'aide aux transferts (par ex. lever, mise au lit)
- le rappel de la prise de médicaments préparés par un infirmier
- l'aide à la gestion administrative en complémentarité des services de droit commun
- l'accompagnement aux rendez-vous ou visites médicales
- l'écoute, la compagnie
- la stimulation
- l'incitation à la participation aux animations sur la résidence et à l'extérieur
- le lien avec la famille (courriers, appels...)

Un auxiliaire de vie sociale intervient sur un temps mutualisé au sein des unités adaptées pour répondre aux besoins des résidents.

La concertation sera permanente avec les professionnels (Adoma, personnels de santé et médico-sociaux, travailleurs sociaux).

Principes d'intervention :

- ✓ Faire ce que la personne ne peut plus faire et le faire **avec** la personne (prévenir la perte d'autonomie, apporter un mieux-être physique et moral)
- ✓ Mettre l'accent sur le relationnel (favoriser l'écoute, encourager le lien avec la famille, les autres résidants et l'extérieur)
- ✓ Intervenir en complémentarité des autres aides existantes (ex : aide aux démarches administratives, accompagnement véhiculé ...)
- ✓ Répondre de façon personnalisée au besoin d'aide dans le respect du rythme de vie de la personne (temps de repos, de sortie, de prière...)

Profil de l'intervenant :

- ✓ Savoir être : qualités relationnelles, capacités d'adaptation, aptitude au travail d'équipe et à la communication, éventuellement langue arabe parlée
- ✓ Savoir-faire : aide à la personne, tâches ménagères et administratives, capacités de mobilisation
- ✓ Qualification : DEAVS + formation/information par rapport au public

Intérêt de la mutualisation des aides à plusieurs résidants sur un même lieu de vie :

- ✓ Accès simplifié à l'aide à domicile
- ✓ Gestion simplifiée pour le prestataire et pour le bénéficiaire en cas de voyage au pays
- ✓ Le rattachement de l'aide à une unité de vie est un élément facilitateur pour son acceptation auprès des résidants
- ✓ Elle permet une aide progressive adaptée aux besoins mais aussi aux attentes des résidants
- ✓ Economie de moyens pour le financeur

2. L'accès aux soins

L'accès aux soins s'inscrit dans le cadre du maintien à domicile : la personne a son médecin traitant et bénéficie, si besoin, et sur prescription, de l'intervention de professionnels paramédicaux libéraux.

Dans l'UV adaptée :

- ✓ **Il n'y a pas :**
 - de médicalisation
 - de surveillance médicale
- ✓ **Mais :**
 - une vigilance accrue grâce à la présence de l'intervenant
 - une meilleure continuité des soins avec la fonction d'interface de l'auxiliaire de vie sociale et la mise en place d'un cahier de liaison
 - un lien plus aisé entre les professionnels de santé et la personne âgée
 - une « éducation à la santé »

3. La vie sociale et les loisirs

La vie sociale et les loisirs sont abordés à l'échelle de la résidence pour s'intégrer à part entière au projet social. Des actions spécifiques pourront être proposées au sein même des UV mais toujours en cohérence avec ce qui se passe sur la résidence. Les résidants seront toujours incités à participer aux actions collectives et ce dans le souci de maintenir le lien et de dynamiser la personne âgée.

Les actions collectives sont organisées avec le comité de concertation.

Le projet architectural

Il permet d'élaborer les solutions à mettre en œuvre et définit les équipements appropriés dans les logements :

- répondant aux difficultés des résidents
- facilitant l'intervention d'éventuels aidants

L'accessibilité aux pôles accueil, services et espaces résidentiels de l'établissement est aussi traitée. Ces travaux sont destinés à profiter à l'ensemble des résidents.

• Les espaces extérieurs

- Création de rampes à faible pente (4%) et installation de mains courantes aux entrées les plus utilisées
- Remise en état du revêtement de sol
- Aménagement d'un « coin détente »
- Amélioration de l'éclairage extérieur

• Les espaces communs

- Remplacement des portes du hall (difficiles à ouvrir) par des portes coulissantes automatiques
- Aménagement dans le hall de « coin salon »
- Installation de mains courantes

• Les unités de vie

Les circulations

- Installation de mains courantes
- Mise en place d'une signalétique adaptée
- Amélioration de l'éclairage dans les couloirs

Les sanitaires communs

- Création d'une salle d'eau (lavabo, douche, wc) aux normes handicapés
- Douches à siphon de sol avec barres d'appui
- Aménagement de wc avec cuvettes surélevées et barres d'appui

Un espace buanderie avec timbre d'office, machine à laver et sèche linge

Salon / salle à manger / cuisine

- Création d'un salon / salle à manger avec tables, chaises et fauteuils de repos contigu à la cuisine
- Equipement de la cuisine avec fours électrique et à micro-ondes, feux gaz sécurisés, réfrigérateurs et placards individuels, plans de travail à hauteur adaptée...

Les chambres

Dans toutes les chambres :

- Porte pleine isophonique avec clé électronique
- Mobilier intégré permettant d'optimiser l'espace (bagagerie, tiroirs sous le lit, penderie, étagères), d'un lit surélevé, d'un fauteuil de repos, d'une table ou tablette
- Possibilité d'installation d'un système d'interphone individuel depuis la porte de l'UV

Dans les chambres de 7^m250 : coin lavabo (plan vasque avec mitigeur décentré, étagères de rangement, miroir descendant jusqu'au plan vasque, éclairage amélioré)

Dans les chambres de 15 m² : création d'une salle d'eau individuelle adaptée

Sur un site, les chambres ont une surface de 11 à 13 m². Elles comportent toutes une salle de bain individuelle adaptée. Dans ce cas, il n'y a pas de sanitaires communs.

3 EXPERIMENTATIONS ADAPTATION AU VIEILLISSEMENT TABLEAU RECAPITULATIF

EXPERIMENTATION	GENNEVILLIERS	ARGENTEUIL	AIX EN PVCE
PROJET INITIAL			
Année de construction	1978	1971	1972
Nombre d'étages des bâtiments	R+6	R+2 & R+5 sur sous-sol	R+5
Typologie	396 ch de 7.5m ² + 4 ch de 10m ² 2 bâtiments	457 ch de 7.5m ² 2 bâtiments	312 ch de 7.5m ²
Classification incendie	3ème famille B	3ème famille B	3ème famille B
Nombre de chbres existantes / 1UV	16	36	12
Elément de confort/UV	Ch : L / 1 cuisine 3d-4wc 1 bac à laver	Ch : L / 2 cuisines 4d-4wc 1 bac à laver	Ch : L / 1 cuisine 3d-4wc 1 bac à laver
Desserte UV par ascenseurs	Oui / pour chaque bât	non	Oui sauf niveaux demi-palier
PROJET ADAPTE			
UNITES DE VIE / ESPACES COLLECTIFS			
Nombre de chbres adaptées / 1UV	10	18	8
Localisation UV adaptées	R+1	Rez De Hall	R+2 & R+3
Nombre d'UV traitées	2	1	2
Nombre de chambres UV adaptée	20	18	16
Chambres de ~7m ² L avec mobilier intégré	14 (2x7)		12 (2x6)
Chambres de ~11m ² LDW hdcp		2	
Chambres de ~13m ² LDW hdcp		16	
Chambres de ~15m ² LDW hdcp	6 (2x3)		4 (2x2)
UNITES DE VIE / ESPACES COLLECTIFS			
Cuisine-salle à manger	74m ² (2x37m ²)	46m ²	40m ² (2x20m ²)
Espace Salon		26m ² (2x13m ²)	30m ² (2x15m ²)
Sanitaires LDW hand	2		2
WC adaptés	4	1	4
Douches adaptées	4		2
Buanderie	1	1	1
Surface traitée unités de vie	~ 368m ²	~ 403m ²	~ 320m ²
TRAVAUX DE RENOVATION			
Ascenseur	renovation		1 (R+5)
	création	1 (R+5 et sous-sol)	1 (R+5)
Création extension hall	non	oui (17m ²)	non
Création rampes d'accès Hdcp	oui (70m ²)	oui (9m ²)	oui (69m ²)
Aménagement Hall + espaces collectifs	oui (~247m ²)	oui (~158m ²)	oui (~69m ²)
Aménagement espaces paysager	oui	non	oui
Escalier de secours			oui
Autres			
Désamiantage	non	oui	oui

Bilan de l'aide à domicile mise en place à Aix-en-Provence

• LE PROJET EXPERIMENTAL

- Un projet innovant lancé en 2005, dans le cadre d'une expérimentation nationale sur 3 sites Adoma, pour favoriser le maintien à domicile des résidents âgés, reposant sur :

✓ Une adaptation du bâti

✓ Une aide à la vie quotidienne en s'appuyant sur les dispositifs et services de droit commun

- Une démarche méthodologique globale à partir d'un diagnostic social, d'un repérage du partenariat et d'un état des lieux du bâti

Au final :

- Adaptation de 2 unités de vie de 8 chambres chacune (+ locaux collectifs de la résidence, aménagements extérieurs et accessibilité du bâtiment)

- Une aide à domicile mutualisée réalisée par le CCAS et financée forfaitairement par le Conseil Général, la CRAM-SE et Prémalliance

• LES COMMISSIONS D'ATTRIBUTION ET DE SUIVI

- Des critères d'admission établis avec les partenaires
- Un document de présentation des dossiers
- Un modèle de compte-rendu des commissions
- Une commission mensuelle depuis mai 2007
- Composition de la commission : service social de l'APA, CLIC, CCAS, service social CRAM-SE, équipe Adoma

Bilan des commissions d'attribution en novembre 08 :

Dossiers étudiés	Avis favorables	Avis défav.	Avis non prioritaire	Situations à suivre	Refus résident	Dossiers classés
59	33	9	5	3	14	13

Avis défavorables : troubles du comportement, projet de départ de la résidence, grande fréquence des allers/retours, statut des personnes (non retraitées)

Avis non prioritaires : fréquence des allers/retours

Situations à suivre : résidents réticents ou ayant besoin de temps pour réfléchir

Refus des résidents : refus d'aide à domicile, refus de changement de chambre, refus de cohabitation avec certaines personnes

• BILAN DE L'AIDE A DOMICILE SUR LES 2 UNITES DE VIE

Une mise en service progressive à partir de juillet 07 pour une UV et de décembre 07 pour l'autre UV

Une évaluation de la dépendance / des plans d'aide individualisés

Intervention d'une auxiliaire de vie sociale sur chaque unité de vie en semaine

33 heures d'aide à domicile effectuées par semaine (moyenne des interventions des mois de septembre à novembre 08, réparties comme suit :

UV 11 : ~3 heures 30 par jour sur 5 jours + 1 heure le samedi matin

UV 7 : ~2 heures 30 par jour sur 5 jours

+ 2 heures le mercredi pour les démarches administratives sur les 2 UV

• **PLANS D'AIDE**

UV 11 :

GIR	Nb. Pers.	Ménage	Courses	Repas	Linge	Aide adm.
2	1	Ts les j	3/4x/sem	A la demande	3x/sem	Forte demande
3	1	Ts les j	A la demande	Non	Ts les j	A la demande
4	1	1x/sem	Non	Non	1x/sem	A la demande
4	1	Ts les j	Non	Non	2x/sem	A la demande
4	1	2x/sem	A la demande	Non	2x/sem	Forte demande
5	1	3x/sem	A la demande	Non	1x/sem	A la demande
6	1	2/3x/sem	Non	Non	2/3x/sem	Non
6	1	1x/sem	Non	Non	1x/sem	A la demande

UV 7 :

GIR	Nb pers.	Ménage	Courses	Repas	Linge	Aide adm.
4	1	Ts les j	3/4x/sem	Ts les j	Ts les j	A la demande
4	1	1x/sem	A la demande	Non	1x/sem	A la demande
5	1	1x/sem	A la demande	Non	1x/sem	A la demande
6	2	1x/sem	A la demande	Non	1x/sem	A la demande
6	1	1x/sem	Non	Non	1x/sem	A la demande
6	1	1x/sem	Non	Non	1x/sem	Non

• **TEMPS ET COÛTS MOYENS D'INTERVENTION EN FONCTION DES GIR**

GIR	Nb d'heures moyen par GIR et par mois	Coût moyen par GIR et par mois (€)
2	21	366.66
3	18	314.28
4	12	209.52
5	6	122.22
6	6	104.76

(Base coût horaire : 17€46)

Éléments d'analyse :

➔ **APA à domicile** (données juin 08)

Coûts moyens mensuels :

· Dans les Bouches-du-Rhône, le coût moyen de l'APA à domicile est de 377.25€

· En France, le coût moyen de l'APA à domicile est de 493€ dont 411€ à la charge des départements

Montant maximal du plan d'aide : 1036.19€ en GIR 2, 777.32€ en GIR 3, 518.55€ en GIR 4

➔ **Plan d'actions personnalisé de la CNAV** (10% du montant de l'aide à domicile à charge pour le bénéficiaire pour les plus bas revenus)

Montant maximal de dépenses annuel : 3 000€ (participation du bénéficiaire comprise)

- **BILAN QUALITATIF**

Pour les résidents :

- Satisfaction exprimée
- Aide plus facilement acceptée
- Mise en place facilitée de l'aide (absence de dossier administratif)
- Continuité de l'aide (en retour d'hospitalisation, au retour du pays...)
- Remobilisation de l'environnement (famille, voisins)
- Prévention de la perte d'autonomie par la prise en charge améliorée, la stimulation, le lien social, la participation à des activités extérieures
- Amélioration visible de l'estime de soi

Pour les professionnels :

- Interventions facilitées dans des lieux adaptés et bien repérés
- Gain de temps
- Gestion des plannings simplifiée
- Temps d'intervention réparti sur la semaine (même si < 2 heures)
- Continuité de service en cas d'absence d'un résident
- Adaptation des interventions grâce à une meilleure connaissance du public
- Amélioration du lien avec les résidents / confiance acquise par des intervenants bien repérés
- Bonnes relations entre les équipes Adoma et les intervenants

- **EN CONCLUSION**

La mutualisation des aides individuelles et leur financement forfaitaire présente un double intérêt :

- ✓ **Un intérêt qualitatif** certain pour les bénéficiaires et les professionnels, gage de la possible mise en œuvre des aides à domicile auprès du public vieillissant des résidences et foyers avec :
 - Une vie sociale qui profite à tous les résidents fragilisés des unités de vie adaptées
 - Une prévention de la perte d'autonomie et de l'isolement qui découle spontanément de la présence sur site des intervenants
- ✓ **Un intérêt financier** par l'aide apportée au même endroit pour plusieurs bénéficiaires dans le respect des plans d'aide individuels avec :
 - Une répartition de l'aide sur la semaine permettant des aides fractionnées dans un lieu de vie spécifique de petit taille ne requérant pas les temps habituels d'intervention dans les logements des personnes âgées
 - Une économie de temps pour des aides cumulées possibles (courses pour 2 personnes par exemple)

A noter : un engagement des partenaires de poursuivre le financement mutualisé de l'aide à domicile pour la période 2009-2013

Les coûts des opérations

En matière de coût d'investissement, le bilan des 3 expérimentations met en évidence l'impact sur les coûts de la pluralité des réponses apportées en fonction des caractéristiques du bâti, des diagnostics, des programmes et choix de partis architecturaux.

Synthèse des montants investis :

Site	Programme	Capacité			Surfaces UV aménagées		Coûts			
		Avant travaux	Après travaux	Perte de capacité	Unités de vie m ²	Ratio surface m ² /ch	Invest. K€ valeur marché	Ratio K€/logt adapté	Trvx K€ valeur marché	Ratio K€/logt adapté
Gennevilliers	2 uv - 14 ch 7.5m ² L 6 ch 15 m ² LDW	32	20	12	368	18	961	48	734	36.7
Argenteuil	1 uv - 2 ch 11 m ² 16 ch 13 m ² LDW	36	18	18	403	22	1017	56	798	44.4
	création 1 ascenseur									
Aix en Provence	1 uv - 12 ch 7.5m ² L 4 ch 15 m ² LDW	24	16	8	320	20	878	55	752	47
	création 1 ascenseur modification 1 ascenseur									

Les ratios de coûts d'investissement par logement adapté créé s'établissent respectivement à 48 k€, 56 k€, 55 k€. Cette dispersion est notamment due aux caractéristiques des opérations et à la nature des travaux réalisés.

Le montant de l'investissement comporte :

- les travaux :
 - o les travaux d'adaptation du bâti (unité de vie et accessibilité) et les coûts des équipements spécifiques
 - o les travaux induits par l'état du bâti
- le coût du mobilier : intégré et/ou meublant
- les honoraires et frais divers
 - o études d'accompagnement et honoraires de maîtrise d'œuvre et prestataires
 - o conduite d'opération interne
 - o ...

Les montants de travaux sont répartis comme suit :

	Ratio K€/Logt adapté Investissements	Ratio K€/marché trvx	Marché de travaux répartition des coûts ratio k€/logt %		
			mobilier intégré	travaux unités de vie	travaux hors UV accessibilité asc. aménagts lcx collectifs
Gennevilliers	48	36.7	5.2	25	6
			14%	68%	18%
Argenteuil	56	44.4	5.3	23	13
			12%	53%	29%
Aix en Provence	55	47	5.5	14	26
			12%	30%	55%

Sur Aix et Argenteuil les travaux induits sur le bâti (désamiantage et menuiseries extérieures) représentent 6 et 2% non intégrés ci-dessus.

Nous observons une variation importante entre les opérations en fonction de la nature des travaux réalisés au sein des unités de vie et à l'extérieur des unités de vie.

L'impact des travaux liés à l'accessibilité dès lors qu'il existe une création d'ascenseur présente un impact variable suivant les opérations.

Sont pris en compte pour l'analyse des coûts travaux les facteurs suivants :

- **Le bâti existant** : les caractéristiques du bâti existant et le degré d'inadaptation des éléments du bâti aux personnes vieillissantes
- **Le programme** : le type de produit défini (surface et éléments de confort)
- **le projet : la nature des travaux réalisés**
 - o la nature des travaux et les choix d'équipement : intervention sur la structure, percements de porteur, décroissement, adaptation, sécurité incendie
 - o la nature des travaux d'accessibilité : espaces extérieurs, création ou non d'ascenseur, et les travaux dans les espaces collectifs
 - o les travaux induits : clos couvert, désamiantage
 - o la nature des matériaux et les choix d'équipement
- **Les conditions de passation des marchés et de réalisation**
 - o localisation des opérations : Ile de France ou région
 - o le mode de dévolution choisi (frais entreprise générale), l'appel d'offres, attractivité des marchés.

Financement

TRAVAUX / HONORAIRES / ASSURANCE /	Gennevilliers 20 chambres	Argenteuil 18 chambres	Aix en Provence 16 chambres
SUBVENTIONS			
PALULOS		118 914	56 610
Conseil Général (sub. compl. PALULOS)		106 140	
Conseil Général (aménagement hdcp)	200 000		
Conseil Régional			50 000
Communauté d'agglomération			56 610
Fondation Caisse d'Epargne			30 000
ACSE (escalier secours)			37 000
PRETS			
CDC	144 771	211 326	64 896
Collecteur 10%	288 000	259 200	
CNAV (prêt taux 0%)	192 582	184 821	
FONDS PROPRES			
hors mobilier	91 705	97 489	149 910
CRE 2007-2008 (gestion patrimoine)			126 901
TOTAL hors mobilier	917 058	977 890	758 437
MOBILIER			
Subvention ACSE (1 600€/ch)	32 000	28 800	25 600
Subvention Conseil Général		3 874	
Fonds propres mobilier	12 000	6 326	4 400
Total mobilier	44 000	39 000	30 000
TOTAL GÉNÉRAL	961 058 €HT	1 016 890 €HT	885 059 €HT

• Les subventions

Subvention Palulos

Elle est fonction de la part de financements Palulos restant disponible si des travaux ont été antérieurement réalisés sur le site.

Conditions d'obtention de la Palulos :

- chambres supérieures ou égales à 9m² ou statut résidence sociale existant
- conventionnement en RS

Subventions complémentaires à la Palulos recherchées auprès du Conseil Général et du Conseil Régional. Elles sont assujetties à l'obtention de la subvention d'Etat.

Subventions pour l'adaptation aux personnes handicapées recherchées auprès du Conseil Général et du Conseil Régional

Subventions recherchées auprès de la communauté d'agglomération

- **Les emprunts**

Comme pour des opérations classiques, des emprunts recherchés auprès de :

la CDC (prêt complémentaire Palulos, PAM, ...)

les collecteurs du 1% logement

la CNAV en IDF / CRAM (branche vieillesse) : attribution d'aides financières pour les lieux de vie collectifs destinés aux retraités relevant des GIR 5 et 6 socialement fragilisés (circulaires CNAV)

- **Financements spécifiques**

Caisse d'Épargne pour la Solidarité

Conseil Général, ACSE (pour le financement du mobilier)

Remarques :

- Il faut tenir compte du fait que le financement Palulos obtenu pour les logements adaptés amputera la Palulos disponible pour des travaux de réhabilitation future.
- Certaines conventions de financement impliquent des réservations qu'il faut anticiper
- La réflexion sur les redevances et la négociation avec la DDE sur le conventionnement en RS ou le maintien du statut de FTM doit être faite très tôt
- Un avenant à la convention APL est à prévoir

Redevances

Type de logement	Capacité	Redevance appliquée en logement adapté au vieillissement
« Petit Barthelemy » Aix en Provence		
Chambre 7.5m ² (L)	12	L+C=291€ / P+M=24€ Redevance=315€
Chambre 15m ² (LDW)	4	L+C=319.47€ / P+M=29€ Redevance=348.47€
« Bire blanc » Ardeche		
Chambre 10.8m ² (LDW)	2	L+C=325.09€ / P+M=16.91€ Redevance=342€
Chambre 12-13m ² (LDW)	16	L+C=335.94€ / P+M=17.06€ Redevance=353€
« Brenus » Gennevilliers		
Chambre 7.50m ² (L)	14	L+C=251.70€ / P+M=20€ Redevance=271.70€
Chambre 15m ² (LDW)	6	L+C=315€ / P+M=20€ Redevance=335€

Sur les trois expérimentations, les niveaux de redevance retenus pour les logements adaptés sont supérieurs à ceux pratiqués initialement, ce qui semble se justifier par l'adaptation des logements aux difficultés des résidents et le niveau de confort procuré (avec ou non augmentation de la surface des logements).

Aussi, sur chaque site, le souci a été de respecter les règles de la politique tarifaire et de préserver financièrement le passage des résidents en logements adaptés.

L'exigence de la solvabilisation du public vieillissant issu des chambres de FTM a conduit à limiter les tarifs dans la majeure partie des cas, de façon à maintenir en dessous de 30% la part des revenus consacrée au paiement de la redevance, déduction faite de l'APL.

- Ainsi, sur les trois sites, les taux d'effort des **isolés avec abattement** sont inférieurs à 25%, et les revenus dont ils disposent, une fois s'être acquittés de la redevance, sont toujours supérieurs à 300€.
- Pour les **isolés sans abattement**, le taux d'effort est globalement inférieur à 30%, excepté pour les résidents vivants dans les logements de 15m² à Aix-en-Provence disposant de ressources mensuelles comprises entre 500 et 1000 euros nets par mois. Ces résidents, moins couverts par l'APL, doivent en effet consacrer jusqu'à 30.6% de leurs ressources mensuelles à la charge de logement. Toutefois, cette catégorie n'est pas prioritairement visée par le projet de peuplement des unités de vie, et ceci limite l'impact négatif d'un tel niveau de redevance. Enfin, dans les trois expérimentations, les résidents isolés sans abattement ont un « reste à vivre » supérieur à 300€ par mois.

Globalement, les résidents des logements adaptés au vieillissement sont donc bien solvabilisés par l'APL, et peuvent y accéder dans de bonnes conditions financières.

Il existe aussi des contraintes fortes dans la fixation des redevances :

- **La réduction de la capacité de l'établissement** impute directement le chiffre d'affaires de l'agence. Il s'agit donc de tenter de limiter ces pertes.
- Les expérimentations concernent une ou deux unités de vie sur chaque site avec des **redevances pré-existantes** qui constituent donc des contraintes avec lesquelles les nouveaux tarifs doivent nécessairement être en concordance afin de :
 - préserver le différentiel de reste à payer des résidents
 - respecter le plafond maximum imposé par la convention APL déjà en place
 - maintenir une cohérence tarifaire au sein de l'établissement.

Des questions... et des solutions à trouver pour de nouveaux projets

- des coûts non négligeables à anticiper en interne
- des surfaces de chambres à arbitrer en fonction des besoins des résidents mais aussi en fonction des financements possibles (palulos si chambres > 9 m²)
- des financements de l'investissement à rechercher (variables selon les départements)
 - palulos oui/non
 - subventions aggro, CG, CR variables
- prêt CNAV pas systématique à négocier
- une perte de capacité non compensée
- passage en RS des UV ou de l'ensemble de l'établissement / maintien statut FTM
- une politique tarifaire soumise à des contraintes fortes
- un mode de fonctionnement qui doit tenir compte de la spécificité du public et du mode d'habitat collectif
- des négociations avec les financeurs des aides à domicile pour un service et sa rémunération globalisés

Annexe 2

TRAME DE PROJET DE VIE POUR L'ACCOMPAGNEMENT DES RESIDANTS AGES EN FOYERS-RESIDENCES

SOMMAIRE

PREAMBULE.....	2
CONTEXTE.....	2
1. les résidants	
2. le foyer	
3. les partenaires	
4. les actions d'accompagnement en cours	
5. les problématiques identifiées pour le maintien a domicile	
PROJET DE VIE.....	3
1. définition et principes	
2. bénéficiaires	
3. critères d'admission	
4. commission d'attribution et de suivi	
5. limites du maintien a domicile	
DESCRIPTION DES ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT.....	5
1. l'aide à la vie quotidienne	
2. la prise en charge sanitaire	
3. la vie sociale et les loisirs	

PREAMBULE

La question du vieillissement des immigrés en foyers

La question du vieillissement des immigrés en France est aujourd'hui une problématique identifiée et reconnue par les pouvoirs publics. De récents rapports (IGAS, CNAV, HCI) font état des conditions de vie et de santé de cette population confirmant la vulnérabilité d'un public vieillissant confronté à des difficultés en termes d'accès aux soins et aux droits sociaux notamment en ce qui concerne les dispositifs gérontologiques.

Ces difficultés relèvent d'une incompréhension des dispositifs et des services par les personnes âgées, inscrites dans des représentations culturelles différentes et dans une conception particulière de la vieillesse, mais aussi d'une connaissance souvent insuffisante des réalités de vie du public immigré âgé par les professionnels.

Le maintien à domicile des personnes âgées en situation de dépendance ou de fragilité est rendu difficile en l'absence de solidarités familiales ou informelles suffisantes. Le mode de vie en unités de vie avec des espaces cuisine et sanitaires en confort partagé peut lutter contre cet isolement mais impose une promiscuité qui nécessite une réflexion sur les modes d'intervention des aidants au sein de ces unités adaptées.

Les actions d'Adoma

Devant ces constats et consciente des besoins non satisfaits, Adoma souhaite favoriser le maintien à domicile des personnes âgées qu'elle loge depuis longtemps et qui parfois deviennent dépendantes. Dans le cadre de cette politique, elle conçoit des projets d'accompagnement conciliant à la fois la dimension cadre de vie et la dimension médico-sociale de la prise en charge de la vieillesse en s'appuyant sur les services de droit commun. Adoma initie pour cela un travail collectif avec les partenaires gérontologiques.

LE CONTEXTE (données à compléter localement)

1. Les résidents

- ✓ Données chiffrées
 - Nombre et pourcentage de résidents par tranches d'âge
 - Nationalité
 - Situation socio-économique
 - Types de ressources
 - Niveau de ressources
 - Durée de résidence en France, au foyer
 - Pratique des allers retours
 - ...
- ✓ Repérage des difficultés des résidents
 - Problèmes de santé et d'accès aux soins
 - Difficultés pour la réalisation des actes de la vie quotidienne
 - Difficultés administratives
- ✓ Souhaits et attentes des résidents
- ✓ Evaluation des besoins (éventuellement déjà réalisée)

2. Le foyer

- ✓ Description des unités de vie
- ✓ Description des espaces résidentiels
- ✓ Description des espaces extérieurs
- ✓ Situation géographique dans la ville et proximité des services
- ✓ ...

3. Les partenaires

- ✓ Partenaires institutionnels (DDASS, CG, Ville...)
- ✓ Professionnels de santé (médecins, infirmières, para-médicaux, hôpital et/ou clinique de proximité...)
- ✓ Services gérontologiques (CLIC, CCAS, services d'aide à domicile...)
- ✓ Services administratifs (CRAM, CAF, CCAS...)

4. Actions d'accompagnement en cours

5. Les problématiques identifiées pour le maintien à domicile

LE PROJET DE VIE

1. Définition et principes

Le projet de vie définit les modalités d'accompagnement des personnes et les principes sur lesquels il s'appuie.

- ✓ Son objectif :
 - Maintenir le plus longtemps possible l'autonomie sociale, physique, et psychique des résidents et leur permettre de tendre vers le meilleur état de santé possible en intégrant une dimension préventive
- ✓ Il se réfère :
 - à la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante de la Fondation Nationale de Gérontologie (cf intranet : DED /vieillesse)
 - au projet social de la résidence
 - au règlement intérieur de la résidence
- ✓ Il s'inscrit :
 - dans une démarche de prise en charge globale de la personne
- ✓ Il intègre :
 - la reconnaissance des repères identitaires
 - l'accès aux services de droit commun de maintien à domicile
 - l'aide à la vie quotidienne
 - le maintien des liens sociaux
 - la participation des résidents
- ✓ Il respecte :
 - l'individualité de chacun
 - l'expression d'une volonté libre et autonome
- ✓ Il doit être :
 - évolutif et partagé

2. Bénéficiaires

Le projet concerne en priorité les personnes vieillissantes habitant la résidence et présentant des difficultés dans la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne ou dont l'état de santé nécessite une aide particulière.

L'accès à l'UV adaptée se fait sur la base du volontariat, à partir d'une demande des résidents, d'un signalement des services gérontologiques ou d'un professionnel de santé ou sur la base d'un repérage de l'équipe (fonction de veille).

3. Critères d'admission

- ✓ Etre âgé de plus de 60 ans (sauf handicap particulier à étudier)
- ✓ Présenter une situation de dépendance dans les actes de la vie quotidienne nécessitant l'intervention régulière d'un aidant
- ✓ Etre en situation de difficulté pour les actes de la vie quotidienne liée au bâti
- ✓ Etre fragilisé du fait d'un problème de santé
- ✓ Nécessiter une prise en charge sanitaire optimisée par un espace de vie plus adapté

4. Commission d'attribution et de suivi

- ✓ Sa composition :
 - un représentant du CLIC et/ou du CCAS
 - le service social CRAM
 - le service APA du CG
 - le responsable du service prestataire
 - un référent médical (médecin ou IDE) (si possible)
 - le DAG
 - le responsable de résidence ou son adjoint
 - le coordinateur social Adoma (si possible)
- ✓ Les rôles et missions des membres de la commission :
 - CLIC, CCAS : aide au montage des dossiers de demande d'aide, coordination gérontologique, évaluation de la dépendance, élaboration du plan d'aide (à préciser selon les pratiques locales)
 - Service APA du CG : évaluation de la dépendance et élaboration du plan d'aide pour les GIR 1 à 4 (à préciser selon les pratiques locales)
 - Service social de la CRAM : idem pour les GIR 5 et 6 (à préciser idem)
 - Service d'aide à domicile : employeur des auxiliaires de vie sociale en tant que prestataire de service au sein des UV adaptées
 - Le référent médical apporte conseils et connaissances sur la santé
 - L'équipe Adoma présente les dossiers et élabore le compte-rendu de la commission
- ✓ Les objectifs de la commission :
 - donner un avis motivé pour l'entrée du résident dans l'UV adaptée en fonction du présent projet de vie et du plan d'aide personnalisé proposé à la personne
 - suivre et coordonner les interventions auprès des résidents concernés par le projet
 - préparer l'évaluation de l'action au moins une fois par an pour le comité de pilotage
- ✓ Sa fréquence : à définir

5. Les limites du maintien à domicile

Les limites du maintien à domicile sont variables d'une personne à l'autre et sont conditionnées par un ensemble de facteurs interdépendants.

Elles doivent être évaluées par les professionnels sanitaires et médico-sociaux compétents en concertation avec Adoma, dans le respect du choix de la personne lorsqu'elle dispose de sa capacité de jugement.

Elles peuvent être liées :

- au logement, notamment par rapport au handicap physique
- à l'environnement social, en particulier lorsque la personne présente des troubles du comportement ou une désorientation
- à la capacité financière de la personne en regard des aides nécessaires
- au contexte professionnel (palette de services à disposition, disponibilité et possibilités d'adaptation aux besoins de la personne âgée)
- au non respect du règlement intérieur et des conditions de sécurité de la résidence

DESCRIPTION DES ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT

Le projet de vie s'inscrit dans une démarche globale d'accompagnement de la personne et prend en compte les dimensions suivantes : vie quotidienne, aspects sanitaires et vie sociale.

L'action développée vise à :

- ✓ apporter une aide pour la réalisation des actes de la vie quotidienne
- ✓ faciliter la prise en charge sanitaire en améliorant l'échange et l'information avec les professionnels de santé
- ✓ prévenir la perte d'autonomie en favorisant le maintien du lien social

1. L'aide à la vie quotidienne

En fonction des besoins spécifiques des personnes définis dans les plans d'aide, les interventions de l'auxiliaire de vie sociale peuvent concerner :

- l'entretien courant de la chambre
- l'entretien courant du linge
- les courses (remise d'espèces par les résidents)
- la préparation des repas
- l'aide partielle à la toilette et à l'hygiène
- l'aide à l'habillage
- l'aide aux transferts (par ex. lever, mise au lit)
- le rappel de la prise de médicaments préparés par un infirmier
- l'aide à la gestion administrative en complémentarité des services de droit commun
- l'accompagnement aux rendez-vous ou visites médicales
- l'écoute, la compagnie
- la stimulation
- l'incitation à la participation aux animations sur la résidence et à l'extérieur
- le lien avec la famille (courriers, appels...)

Un auxiliaire de vie sociale intervient sur un temps mutualisé au sein des unités adaptées pour répondre aux besoins des résidents.

La concertation sera permanente avec les professionnels (Adoma, personnels de santé et médico-sociaux, travailleurs sociaux).

Principes d'intervention :

- ✓ Faire ce que la personne ne peut plus faire et le faire avec la personne (prévenir la perte d'autonomie, apporter un mieux-être physique et moral)
- ✓ Mettre l'accent sur le relationnel (favoriser l'écoute, encourager le lien avec la famille, les autres résidants et l'extérieur)
- ✓ Intervenir en complémentarité des autres aides existantes (ex : aide aux démarches administratives, accompagnement véhiculé ...)
- ✓ Répondre de façon personnalisée au besoin d'aide dans le respect du rythme de vie de la personne (temps de repos, de sortie, de prière...)

Profil de l'intervenant :

- ✓ Savoir être : qualités relationnelles, capacités d'adaptation, aptitude au travail d'équipe et à la communication, éventuellement langue arabe parlée
- ✓ Savoir-faire : aide à la personne, tâches ménagères et administratives, capacités de mobilisation
- ✓ Qualification : DEAVS + formation/information par rapport au public

Intérêt de la mutualisation des aides à plusieurs résidants sur un même lieu de vie :

- ✓ Accès simplifié à l'aide à domicile
- ✓ Gestion simplifiée pour le prestataire et pour le bénéficiaire en cas de voyage au pays
- ✓ Le rattachement de l'aide à une unité de vie est un élément facilitateur pour son acceptation auprès des résidants
- ✓ Elle permet une aide progressive adaptée aux besoins mais aussi aux attentes des résidants
- ✓ Economie de moyens pour le financeur

2. L'accès aux soins

L'accès aux soins s'inscrit dans le cadre du maintien à domicile : la personne a son médecin traitant et bénéficie, si besoin, et sur prescription, de l'intervention de professionnels paramédicaux libéraux.

Dans l'UV adaptée :

- ✓ Il n'y a **pas** :
 - de médicalisation
 - de surveillance médicale
- ✓ **Mais** :
 - une vigilance accrue grâce à la présence de l'intervenant
 - une meilleure continuité des soins avec la fonction d'interface de l'auxiliaire de vie sociale et la mise en place d'un cahier de liaison
 - un lien plus aisé entre les professionnels de santé et la personne âgée
 - une « éducation à la santé »

3. La vie sociale et les loisirs

La vie sociale et les loisirs sont abordés à l'échelle de la résidence pour s'intégrer à part entière au projet social. Des actions spécifiques pourront être proposées au sein même des UV mais toujours en cohérence avec ce qui se passe sur la résidence. Les résidants seront toujours incités à participer aux actions collectives et ce dans le souci de maintenir le lien et de dynamiser la personne âgée.

Les actions collectives sont organisées avec le comité de concertation.

**CONVENTION PARTENARIALE
pour l'intervention d'Auxiliaires de Vie Sociale sur les Unités de Vie
adaptées de la résidence du Petit Barthélémy à Aix en Provence**

Entre

Le CCAS de la Ville d'Aix en Provence sis
« Le Ligourès » Place Romée de Villeneuve
13090 Aix en Provence
*représenté par Mme Fatima Draouzia, Vice-Présidente du CCAS d'Aix en Provence
dûment habilitée par délibération du CA du CCAS en date du 24 mai 2007.*

ET

LA RESIDENCE SOCIALE Adoma « Le Petit Barthélemy » sis :
16 avenue du Petit Barthélemy
13090 Aix en Provence,
*représenté par M. Cyrille Métal, directeur de l'agence d'Aix en Provence dûment
habilité par délégation de pouvoir et de responsabilité établie par M. Philippe
Chantraine, directeur départemental des Bouches du Rhône, en date du 15
septembre 2005.*

PREAMBULE : MISSION DES DEUX PARTIES

La mission d'Adoma : loger les personnes en difficultés

Au service de l'Etat et des collectivités locales, Adoma propose et gère des logements pour des personnes et des familles aux ressources modestes.

Le Petit Barthélemy : site pilote pour une expérimentation vieillissement

Dans le cadre de son contrat d'objectifs avec l'Etat, Adoma se donne comme priorité de favoriser le maintien à domicile des résidants âgés. Pour cela elle expérimente des projets visant à améliorer la prise en compte du vieillissement et à améliorer les conditions du maintien à domicile.

La résidence sociale « le Petit Barthélemy » loge actuellement 314 personnes parmi lesquelles 68 % sont âgés de plus de 60 ans, c'est pourquoi elle constitue un site pilote dans ce type d'expérimentation.

L'expérimentation d'Aix en Provence repose sur 2 axes complémentaires :

- 1 l'adaptation du bâti pour favoriser l'autonomie des personnes en situation de dépendance et améliorer leur confort de vie
- 2 l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne

Cet accompagnement dans les actes de la vie quotidienne s'appuie sur la mise en œuvre d'un projet de vie intégré au projet social de la résidence permettant de favoriser l'accès aux dispositifs gérontologiques pour les résidants et d'expérimenter une adaptation de ces services dans le contexte d'une résidence sociale.

La mission du Service de Soutien à Domicile du CCAS

Le service a pour mission de maintenir les personnes âgées et/ou handicapées le plus longtemps possible à domicile en les aidant dans les actes de la vie quotidienne.

Ceci exposé, il a été arrêté et convenu ce qui suit,

ARTICLE 1 : OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet de définir les modalités et les conditions d'intervention du service d'aide à domicile du CCAS d'Aix en Provence dans le cadre de l'expérimentation d'adaptation du bâti et de l'accompagnement au vieillissement des résidents du Petit Barthélémy.

ARTICLE 2 : CONTENU DE L'INTERVENTION

L'action concerne l'intervention d'auxiliaires de vie sociale du service Soutien à Domicile du CCAS sur la demande des résidents afin de les aider dans les actes de la vie quotidienne. Cette intervention repose sur un principe de **mutualisation de l'aide** (au niveau de l'organisation et de la prise en charge financière).

Les interventions, les modalités de mise en œuvre, les conditions de fonctionnement sont précisées dans le **projet de vie** annexé à la présente convention (**annexe 2**).

Ce document servira de référence dans la phase expérimentale du projet.

ARTICLE 3 : MODALITE DE MISE EN PLACE DES INTERVENTIONS

Les agents du CCAS interviendront à la demande des résidents dès la mise en service des unités de vie adaptées :

1. juin 2007 pour l'Unité de Vie 11
2. septembre 2007 pour l'Unité de Vie 7

Les aides à domicile du Service de Soutien à Domicile du CCAS interviennent à la suite d'une évaluation du référent de secteur ou du responsable du service. Un planning d'intervention est établi sur la base de 3 heures 30 par jour du lundi au vendredi. Des modifications de planning peuvent intervenir, dans le cadre des horaires du service 8h-18h, 7 jours sur 7, en fonction de besoins spécifiques évalués.

Ces modifications doivent être préalablement communiquées au responsable de résidence et validées en commission de suivi.

Elles doivent être compatibles avec la dotation budgétaire des financeurs.

Les missions et le cadre d'intervention sont précisés dans le **règlement de fonctionnement** (annexe 3) du service d'aide à domicile du CCAS annexé à la présente convention.

Un **accord d'intervention** (annexe 4) du service d'aide à domicile du CCAS dans le cadre expérimental mutualisé des UV adaptées sera signé par chaque résident, le CCAS et Adoma.

Les besoins des résidants seront précisés au personnel du service d'aide à domicile du CCAS. Le service d'aide à domicile du CCAS fera part aux membres de la commission d'attribution et de suivi de l'effectivité des aides, des obstacles ou compromis trouvés avec les personnes concernées.

Adoma s'engage à participer à l'information et à la formation des agents du CCAS quant à la connaissance du projet expérimental et la connaissance du public, en participant en cas de besoin aux réunions de service mensuelles regroupant l'ensemble des aides à domicile.

Adoma s'engage à faciliter l'intervention des agents du CCAS (fourniture des clés de la résidence, vestiaire...), à informer le service de toute modification nécessaire au planning et à exercer une fonction d'interface auprès des résidants en cas de nécessité.

Adoma établira un plan de prévention qui intègre les règles de sécurité par rapport aux conditions de travail des agents du CCAS, sur la résidence.

ARTICLE 4 : LIEUX D'INTERVENTION

La présente convention concerne l'intervention spécifique aux deux unités de vie adaptées de la Résidence « Le Petit Barthélémy » à Aix en Provence.

ARTICLE 5 : REMUNERATION

L'action sera financée via les dotations allouées à Adoma par les partenaires institutionnels compétents dans la prise en charge de l'aide aux personnes âgées (Conseil Général, CRAM-SE, Prémalliance) selon tableau joint en annexe 1.

L'intervention du Soutien à Domicile du CCAS sera facturée à Adoma (agence d'Aix en Provence) sur présentation d'une facture mensuelle établie à partir d'un état de présence rempli par l'aide à domicile lors de chaque intervention sur l'unité de vie adaptée.

Nota : Cette présente convention est assujettie à la signature de la convention de financement qui lie Adoma, le Conseil général, la CRAM et Prémalliance.

Si les unités de vie sont mises en fonctionnement avant la signature de la convention sus-citée, Adoma s'engage à prendre à sa charge les interventions du personnel du CCAS pendant une durée maximum de trois mois au terme desquels la présente convention serait caduque si la convention de financement n'était pas signée par tous les partenaires.

ARTICLE 6 : DUREE DE LA CONVENTION

La convention est conclue à la signature jusqu'au 31 décembre 2008.

Elle deviendrait caduque trois mois après le démarrage de l'action si la convention de financement avec le Conseil Général, la CRAM-SE et Prémalliance n'était pas signée.

La période jusqu'au 31 décembre 2008 correspond à la phase d'expérimentation du

projet. A l'issue d'une évaluation globale, et sous réserve de l'accord des organismes financeurs, les modalités de partenariat seront re-précisées.

ARTICLE 7 : RESILIATION

En cas de non respect par l'une ou l'autre des parties des engagements pris dans la présente convention, celle-ci pourra être résiliée de plein droit par l'une des parties sous condition d'un préavis de 2 mois donné par lettre recommandée avec accusé de réception.

Dans ce cas, un état des dépenses est dressé, et un solde est réalisé et versé au prestataire de service.

Ce dernier se réserve la possibilité de suspendre ses interventions conformément aux circonstances définies dans son règlement intérieur.

ARTICLE 8 : EVALUATION DE L'ACTION

La commission d'attribution et de suivi prépare l'évaluation de l'action en octobre et en mai pour le comité de pilotage, dont la composition est :

1. le Conseil Général 13
2. la CRAM Sud-Est
3. PREMALLIANCE
4. Le CCAS
5. Le CLIC
6. Adoma

Article 9 : Litiges

En cas de litiges, les parties s'efforceront de régler l'affaire à l'amiable. A défaut d'accord, l'affaire sera soumise aux tribunaux compétents.

Fait à Aix en Provence, le

En deux exemplaires originaux

Pour le CCAS d'Aix en Provence
La Vice-Présidente
Mme Draouzia

Pour Adoma
Le Directeur de l'Agence d'Aix en Provence
C. Métal

CONVENTION DE FINANCEMENT pour l'aide au maintien à domicile mutualisée sur les UV adaptées de la résidence Adoma du Petit Barthélémy

Entre

Le Conseil Général des Bouches du Rhône

*représenté par Monsieur Jean-Noël GUERINI, président du CG13, dûment habilité par
délibération de la commission permanente du 21 décembre 2007*

La CRAM Sud-Est

Représentée par Monsieur Jean-Louis THIERRY, Directeur Général

Le Groupe PREMALLIANCE

Représenté par Monsieur Claude VINCENT, Directeur Général

et

ADOMA

Représentée par Monsieur Philippe CHANTRAINE, Directeur Départemental

PREAMBULE :

Le Petit Barthélémy : site pilote pour une expérimentation vieillissement

Dans le cadre de son contrat d'objectifs avec l'Etat, Adoma se donne comme priorité de favoriser le maintien à domicile des résidants âgés. Pour cela elle expérimente des projets visant à améliorer la prise en compte du vieillissement et à améliorer les conditions du maintien à domicile.

La résidence sociale « le Petit Barthélémy » loge actuellement 314 personnes parmi lesquelles 68 % sont âgés de plus de 60 ans, c'est pourquoi elle constitue un site pilote dans ce type d'expérimentation.

L'expérimentation d'Aix en Provence repose sur 2 axes complémentaires :

- l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne des 16 résidants des deux unités de vie adaptées
- l'adaptation du bâti pour favoriser l'autonomie des personnes en situation de dépendance et améliorer leur confort de vie. Cette adaptation fait l'objet d'un financement autre que la présente convention.

Cet accompagnement dans les actes de la vie quotidienne s'appuie sur la mise en œuvre d'un projet de vie intégré au projet social de la résidence permettant de favoriser l'accès aux dispositifs gérontologiques pour les résidants et d'expérimenter une adaptation de ces services dans le contexte d'une résidence sociale.

Ceci exposé, il a été arrêté et convenu ce qui suit,

ARTICLE 1 : OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet de définir les modalités de financement de l'intervention mutualisée d'aide humaine auprès des résidents âgés pour les actes essentiels de la vie quotidienne dans le cadre des dispositifs de droit commun pour le maintien à domicile des personnes âgées.

Cette expérimentation a pour objectif de prévenir la perte d'autonomie en :

- favorisant le maintien du lien social
- offrant des logements adaptés
- apportant une aide pour assurer les actes de la vie quotidienne

ARTICLE 2 : CONTENU DE L'INTERVENTION :

L'intervention des auxiliaires de vie sociale du CCAS d'Aix en Provence apporte une aide personnalisée aux résidents dans les actes de la vie quotidienne. Elle repose sur un principe de mutualisation au niveau de l'organisation et de la prise en charge financière des aides. Cette intervention fait l'objet d'une convention entre le CCAS d'Aix-en-Provence et Adoma.

Les interventions, les modalités de mise en œuvre, les conditions de fonctionnement sont précisées dans le projet de vie annexé à la convention CCAS d'Aix-en-Provence/Adoma, qui servira de référence dans la phase expérimentale du projet.

ARTICLE 3 : MODALITE DE MISE EN PLACE DES INTERVENTIONS

L'intervention des services du CCAS d'Aix en Provence se fera dès la mise en service des unités de vie adaptées :

- ✓ fin juin 2007 pour l'Unité de Vie 11
- ✓ septembre 2007 pour l'Unité de Vie 7

Les agents du CCAS interviendront sur la base d'un mi-temps de travail par unité de vie dans le cadre des horaires du service (8h-18h, 7 jours sur 7), en fonction de besoins spécifiques évalués.

Adoma s'engage à participer à l'information et à la formation des agents du CCAS quant à la connaissance du projet expérimental et à la connaissance du public.

ARTICLE 4 : COMMISSIONS D'ATTRIBUTION ET DE SUIVI DES BENEFICIAIRES DES UNITES

Les modalités de fonctionnement de ces commissions sont précisées dans le projet de vie.

- ✓ - composition :
- un représentant du CLIC

- un référent médical (médecin ou IDE)
 - le responsable de résidence ou son adjoint Adoma
 - un coordinateur social Adoma
 - la responsable du service du CCAS
 - le service social CRAM
 - le service gestion des aides du Conseil Général 13
 - le service d'action sociale de Prémalliance
- ✓ fréquence : à partir de mai 2007, 1 fois par mois pendant la phase expérimentale soit jusque fin 2008
- ✓ Objectifs de la commission :
- valider l'entrée du résidant en fonction du projet de vie annexé et du plan d'aide personnalisé proposé à la personne
 - suivre et coordonner les interventions auprès du résidant à partir du cahier de liaison
 - préparer l'évaluation de l'action en octobre et en mai

ARTICLE 5 : FINANCEMENT

Les dotations seront allouées par les partenaires institutionnels compétents dans la prise en charge de l'aide aux personnes âgées (Conseil Général, CRAM-SE, Prémalliance). Ces dotations seront versées en une seule fois par année.

Pour l'exercice 2007,

- ⇒ la participation annuelle du Conseil Général s'élève à 6 667 €.
- ⇒ la participation annuelle de la CRAM Sud-Est s'élève à 5 333 €.
- ⇒ la participation annuelle de Prémalliance s'élève à 1 333 €.

Pour l'exercice 2008,

- ⇒ les participations annuelles du Conseil Général , de la CRAM et de Prémalliance feront l'objet d'un avenant

ARTICLE 6 : DUREE DE LA CONVENTION

La convention est conclue pour l'exercice 2007, elle est renouvelable pour l'année 2008 par voie d'avenant pour le Conseil Général , la CRAM Sud-Est et le Groupe Prémalliance.

Cette période de 18 mois correspond à la phase d'expérimentation du projet. A l'issue d'une évaluation globale, les modalités de partenariat seront re-précisées entre Adoma et les organismes financeurs signataires de la présente convention.

ARTICLE 7 : JUSTIFICATION

A la clôture de l'exercice annuel, ADOMA s'engage à produire la liste des résidants des unités de vie 7 et 11, ainsi que les factures du CCAS correspondant aux heures d'auxiliaires de vie effectuées dans ces unités de vie.

ARTICLE 8 : EVALUATION ET SUIVI DE L'ACTION

Les commissions d'attribution et de suivi mensuelles préparent l'évaluation de l'action et précisent le GIR de chacun des 16 résidants concernés.

Un comité de pilotage se réunira en janvier 2008 pour une première évaluation globale puis en mai et octobre 2008.

Les membres du comité de pilotage sont :

- ⇒ le Conseil Général 13
- ⇒ la CRAM Sud-Est
- ⇒ PREMALLIANCE
- ⇒ Le CCAS
- ⇒ Adoma

ARTICLE 9 : CONTROLE DES DOTATIONS

Adoma s'engage à faciliter le contrôle de la réalisation des actions rattachées à la présente convention, notamment l'accès aux documents comptables et administratifs, par les partenaires financeurs.

ARTICLE 10 : LITIGES

En cas de litiges, les parties s'efforceront de régler l'affaire à l'amiable. A défaut d'accord, l'affaire sera soumise aux tribunaux compétents.

Fait à Marseille, le
En quatre exemplaires originaux

Pour le CG

Le Président
Jean-Noël GUERINI

Pour la CRAM Sud-Est

Monsieur Jean-Louis THIERRY
Directeur Général

Pour le groupe PREMALLIANCE

Le Directeur Général
Claude VINCENT

Pour Adoma

M Philippe CHANTRAINE
Directeur Départemental