

IUT Paris Descartes

Département Carrières sociales

Option : assistance sociale

Rubrique « Meilleurs travaux étudiants »
du département Carrières sociales de l'IUT de Paris
Accueil de la page :
<<https://www.iut.parisdescartes.fr/metiers-du-social-socioculturel/meilleurs-travaux-etudiants-carrieres-sociales/>>

L'accueil familial des personnes âgées

Mémoire de DUT

Session de mai 2012

BOUCHER Marion

Directrice de mémoire : FELDMAN Marion

*Je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Marion Feldman,
pour son soutien et sa patience.*

« Poser le problème de la vieillesse, en France, c'est essentiellement rechercher quelle place peut et doit être faite aux personnes âgées dans la société française d'aujourd'hui et plus encore, dans celle de demain. »

Haut comité consultatif de la famille et de la population

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE	1
1. État des lieux : le vieillissement et les actions en faveur des personnes âgées	3
1.1 Les caractéristiques principales du vieillissement	3
1.1.1 Les effets du vieillissement normal	4
1.1.2 Les pathologies du vieillissement	6
1.1.3 Les personnes âgées et la dépendance	10
1.2 La prise en charge des personnes âgées dépendantes	13
1.2.1 L'évolution des politiques de la vieillesse en France, de 1945 à la fin du XX ^{ème} siècle....	13
1.2.2 La politique d'action sociale en faveur des personnes âgées, aujourd'hui	17
2. L'accueil familial des personnes âgées : présentation générale.....	20
2.1 Description et développement de l'accueil familial.....	20
2.1.1 Un dispositif d'accueil personnalisé	21
2.1.2 Historique et cadre légal.....	23
2.2 La réglementation de l'accueil familial.....	26
2.2.1 L'agrément : une habilitation indispensable.....	26
2.2.2 L'organisation de l'accueil : des relations contractuelles	28
3. Les enjeux et les limites de l'accueil familial	31
3.1 L'accueil familial : un quotidien difficile	31
3.1.1 Une adaptation réciproque.....	31
3.1.2 Vie professionnelle et vie privée	33
3.2 Accueil familial ou hébergement en institution ?	34
3.2.1 L'aspect relationnel	35
3.2.2 Vers le maintien de l'autonomie	36
3.2.3 Les enjeux économiques.....	38
3.3 L'avis des professionnels de la santé et du social	39
CONCLUSION	42
BIBLIOGRAPHIE	44
Annexe A : Grille d'entretien destinée aux accueillants familiaux	I
Annexe B : Contrat type d'accueil de personnes âgées.....	II

INTRODUCTION

Dans une société où l'espérance de vie croît chaque année de plus d'un trimestre, il n'est pas rare que soient abordées les problématiques liées à la vieillesse.

D'après le dictionnaire *Larousse*, la vieillesse est la « dernière période de la vie, caractérisée par un ralentissement ou un affaiblissement des fonctions¹ ». Cette définition semble simple mais la question de la vieillesse sous-tend des critères qui ne sont pas évidents à définir. Elle peut notamment évoquer à chacun des termes différents : personnes âgées, vieillards, aînés, retraités, séniors, vieux, etc.

Depuis le XIX^e siècle en France, la définition retenue pour définir la vieillesse s'apparente à l'âge de la retraite, soit 60 à 62 ans en France. Pourtant, cette définition a entraîné des polémiques car de nombreux professionnels pensent que la simple considération de l'âge n'est pas suffisante.

De plus, la vieillesse est fréquemment assimilée à la maladie et à la dépendance. Cette idée semble assez négative car la vieillesse serait perçue comme étant une simple restriction des capacités physiques et intellectuelles. Aujourd'hui, beaucoup de personnes âgées ont des conditions de vie difficiles et ont besoin d'aide sur un plan médical et social. Cependant, il est essentiel de noter qu'il n'y a pas une, mais plusieurs vieillesse. Les personnes de 60 ans et plus n'ont pas toutes des problèmes de santé et un besoin de soins médicaux mais il est vrai que les personnes âgées dépendantes sont de plus en plus nombreuses. En 2020, on comptera environ 1 200 000 personnes âgées dépendantes, soit une augmentation de 43% par rapport à 2000. Elles sont principalement touchées par des problèmes liés à un mauvais état de santé et à un manque de ressources. Les maladies neuro-dégénératives telles que la maladie d'Alzheimer, de Parkinson et les maladies apparentées, touchent aujourd'hui environ 12% des personnes âgées de plus de 70 ans et elles sont à l'origine de 70% des placements en institution².

Les réflexions autour de la vieillesse ont beaucoup évolué ces dernières années. Au cours du XX^e siècle, la question de la vieillesse est abordée de manière différente : elle

¹ *Larousse* : (page consultée le 19/03/2012), <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vieillesse>.

² PUPPIS, Florent, cours de *Publics : institutions et enjeux du vieillissement* à l'IUT Paris Descartes, 2011-2012.

est devenue une étape que chacun s'attend à vivre et que la majorité des personnes devrait connaître.

Aujourd'hui, l'espérance de vie est de 77,8 ans pour les hommes et 84,5 pour les femmes. Elle a augmenté de plus de 10 ans pour les hommes et les femmes, depuis le milieu du XX^e siècle. Cela est notamment dû aux évolutions dans les domaines économique, médical, social et culturel. En effet, à l'époque du Moyen Âge, jusqu'au XVIII^e siècle, la mortalité des enfants et des jeunes adultes était élevée, peu de personnes atteignaient 60 ans³.

Pourtant, ces évolutions apparaissent comme étant un réel problème social. En effet, l'augmentation de l'espérance de vie et du nombre de personnes âgées a introduit la question des retraites et des dépenses de santé. Les préoccupations des pouvoirs publics sont aujourd'hui de mesurer les pertes, les manques et les besoins des personnes âgées et de trouver des solutions appropriées. Des moyens variés sont donc mis en place par les pouvoirs publics pour venir en aide aux personnes âgées. Il existe plusieurs alternatives : le maintien à domicile avec mise en place d'aides adaptées, le placement en maison de retraite, en résidence, ou l'accueil familial. La mise en place de l'accueil familial s'est présentée dans les années 60, comme étant une réponse à un besoin de maintien à domicile.

La question qui se pose ici est la suivante : quels sont les limites et les enjeux de l'accueil familial des personnes âgées ?

Pour tenter de répondre à cette problématique, une réflexion sera construite en trois étapes. Dans une première partie, il s'agira de décrire les effets du vieillissement et d'évoquer les problèmes liés à la dépendance. De plus, cette partie rendra compte des Politiques Vieillesse existantes en France, depuis le milieu du XX^e siècle.

Dans la deuxième partie, nous présenterons l'accueil familial des personnes âgées en évoquant notamment la réglementation, les conditions d'hébergement et les contrats.

La troisième partie fera l'objet d'un questionnement général. Nous nous interrogerons sur le fait que ce dispositif soit peu connu en France, en identifiant les enjeux et les limites de celui-ci. À l'aide des entretiens effectués, nous décrirons les avantages et

³ HENRAD, Jean-Claude. *Les multiples facettes du vieillissement* (page consultée le 19 mars 2012) : <<http://www.ces-asso.org/sites/default/files/henrad.PDF>>.

inconvénients de l'accueil familial. Puis, l'objectif sera de comparer ce dispositif avec le placement en institution.

DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

Recherches documentaires

Pour réaliser ce mémoire, j'ai effectué des recherches sur le vieillissement, les politiques de la vieillesse et l'accueil familial. J'ai principalement utilisé quelques ouvrages sur l'accueil et des documents tirés d'internet⁴.

Les entretiens

Afin d'en connaître davantage sur le dispositif d'accueil familial et de recueillir l'avis de professionnels de la santé et du social, j'ai fait le choix d'effectuer des entretiens avec des accueillants familiaux, des travailleurs sociaux et un médecin coordinateur. Pour cela, j'ai préparé trois grilles d'entretien différentes.

1^{er} entretien

Le premier entretien a été effectué avec une **accueillante familiale**, que nous appellerons M^{me} X. Les coordonnées de M^{me} X ont été trouvées sur un site internet dédié à l'accueil familial⁵, dans la rubrique des petites annonces. En effet, M^{me} X a déposé une annonce afin de proposer un accueil permanent ou temporaire. Elle accueille actuellement une personne, que nous appellerons Danièle, âgée de 89 ans (accueillie depuis 3 ans).

L'entretien a été effectué par téléphone car nous ne pouvions pas nous rencontrer : M^{me} X vit dans le département des Alpes-de-Haute-Provence.

L'entretien a duré 50 minutes. Je me suis appuyée sur la grille d'entretien, réalisée au préalable⁶ mais au fil de l'entretien, j'ai également pu aborder d'autres sujets avec M^{me} X.

⁴ Voir la bibliographie.

⁵ Site internet de l'association Famidac (page consultée le 30/04/12) : <http://www.famidac.fr/rubrique31.html>.

⁶ Voir l'annexe A « Grille d'entretien destinée aux accueillants familiaux ».

2^e entretien

J'ai effectué un deuxième entretien avec une **accueillante familiale**, afin d'avoir un autre récit d'expérience. J'ai trouvé les coordonnées de Mme Y sur le site internet de l'association et j'ai pris contact par téléphone. M^{me} Y accueille une personne âgée de 75 ans. Elle a obtenu un agrément pour trois personnes, mais les deux autres personnes accueillies sont décédées il y a quelques mois.

L'entretien a duré 30 minutes, et cette fois, j'ai eu l'occasion de l'enregistrer, afin d'avoir plus d'éléments à citer pour appuyer ma réflexion.

3^e entretien

Pour effectuer un entretien avec des **travailleurs sociaux**, j'ai contacté les deux assistantes de service social avec qui j'ai effectué mon stage de première année. Elles travaillent au sein du service social du Centre Hospitalier Départemental Stell (Rueil-Malmaison, 92). Leur mission principale est d'organiser les sorties d'hospitalisation avec les patients et leur famille. L'une d'entre elles se charge principalement des services de gériatrie.

L'entretien s'est déroulé au sein du service social de l'hôpital et a duré 30 minutes. Les assistantes sociales ont préféré répondre ensemble à mes questions dans le but de se compléter. Cet entretien a été enregistré.

4^e entretien

Ce dernier entretien a été effectué avec le **médecin coordinateur** de l'EHPAD Jules Parent (l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes). Cet EHPAD dépend de l'Hôpital Stell. Lors de mon stage de première année, j'avais eu l'occasion de la visiter et de rencontrer certains des professionnels. Les assistantes sociales de l'hôpital m'ont communiqué les coordonnées du médecin coordinateur, Monsieur G.

Nous avons effectué l'entretien au sein de l'EHPAD Jules Parent, dans le bureau du Docteur G. L'entretien a duré 30 minutes et a été enregistré.

1. État des lieux : le vieillissement et les actions en faveur des personnes âgées

Selon deux auteurs espagnols, Brian L. MISHARA et Robert G. RIEGEL, la vieillesse est « une période inévitable et naturelle de la vie humaine caractérisée par une baisse des fonctions physiques, la perte du rôle social joué comme adulte, des changements dans l'apparence physique et un acheminement graduel vers une diminution des capacités⁷ ».

Pour cette partie, nous nous appuyerons principalement sur le cours concernant *Les institutions et les enjeux du vieillissement*⁸ ainsi que sur des documents extraits d'internet.

1.1 Les caractéristiques principales du vieillissement

Le vieillissement est un processus qui touche tous les êtres vivants dès leur naissance. Il correspond à l'avancée en âge. Le vieillissement est une évolution naturelle dans le développement humain, qui peut s'expliquer par différentes théories telles que la théorie génétique, la théorie du vieillissement cellulaire, la théorie de l'usure, etc.

Il existe différents types de vieillissement. Tout d'abord, le « vieillissement normal » ou sénescence. Il correspond à l'ensemble des processus moléculaires, physiologiques et psychologiques qui surviennent à partir de l'âge mûr. En d'autres termes, c'est « le vieillissement naturel des tissus et de l'organisme⁹ », en l'absence de maladie.

A contrario, le vieillissement pathologique se définit par un vieillissement au cours duquel apparaissent des maladies.

Il est important de préciser qu'il est difficile de mesurer le vieillissement biologique, car le processus de sénescence est généralement plus rapide lorsque des maladies apparaissent.

⁷ MISHARA B. R., RIEGEL R. G., *Le vieillissement*, Paris : Presses Universitaires de France, 1984.

⁸ PUPPIS, Florent, cours de Publics : institutions et enjeux du vieillissement à l'IUT Paris Descartes, 2011-2012.

⁹ Larousse (page consultée le 19/03/201) :

<<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/s%C3%A9nescence>>

1.1.1. Les effets du vieillissement normal

La rédaction de cette partie a été effectuée à l'aide d'un document réalisé par le D^r Lucien MIAS, *Le vieillissement physiologique ou sénescence*¹⁰.

Lors du vieillissement normal, les principales modifications apparaissent au niveau interne ou physiologique mais les signes extérieurs sont les plus repérables. En effet, la vieillesse est souvent identifiée suite à des changements externes : la diminution de la taille (due à l'affaissement de la colonne vertébrale), l'apparition de cheveux gris, la transformation de la peau (plus lisse et amincie), la diminution du nombre de tissus musculaires, etc. Ces changements corporels dépendent des modifications internes.

Au niveau du **système nerveux**, il y a une perte de neurones avec l'âge. Le poids du cerveau diminue, mais il est important de noter que cela n'implique pas forcément une diminution de sa fonction. Les zones ayant été développées tardivement par le fœtus seront les premières à être atteintes.

Concernant les **organes des sens**, les personnes âgées sont fréquemment touchées par une baisse de la vue, qui se traduit par une diminution des capacités de focalisation (presbytie), des difficultés liées à la localisation des objets et des troubles causés par l'augmentation des cataractes¹¹. Une diminution de l'acuité auditive apparaît également avec l'âge et porte principalement sur les sons aigus (haute fréquence). La perte des sons à haute fréquence a des conséquences sur la perception de la voix. De plus, les personnes âgées sont touchées par une réduction du goût et de l'odorat.

Au niveau des **fonctions respiratoires**, les personnes âgées ont souvent du mal à respirer par le nez. Cela est dû à une réduction de la capacité de diffusion de l'oxygène. Elles ont également une faible tolérance à l'effort car elles sont victimes d'une réduction de la capacité ventilatoire.

De plus, en vieillissant, c'est tout le **système digestif** qui se voit modifié. Les modifications de toutes les fonctions digestives ont des conséquences sur la phase buccale, la phase gastrique et la phase intestinale : perte de plusieurs dents, régression des tissus

¹⁰ MIAS, Lucien. *Le vieillissement physiologique ou sénescence*, 1997. (page consultée le 12/05/2012) <<http://papidoc.chic-cm.fr/580vieilliphysio.html>>.

¹¹ Larousse : « La cataracte est une zone opacifiée de l'œil. »

musculaires qui provoque une gêne à la mastication, ralentissement du transit intestinal, etc. Tous ces changements obligent la personne âgée à restreindre son alimentation, à sélectionner les aliments et à manger de manière à faciliter la mastication.

Les personnes âgées sont également confrontées à une réduction de la masse musculaire, un amincissement et une fragilité importante du cartilage articulaire.

Concernant le système **reproducteur**, le vieillissement est à l'origine de la baisse des fonctions sexuelles. Pour les femmes, on remarque une baisse de la sécrétion en œstrogènes et pour les hommes, une diminution progressive de la sécrétion de testostérone et une augmentation du volume de la prostate.

Le **système rénal** subit un ralentissement fonctionnel à tous les niveaux. Cela se traduit par une accumulation de déchets dans les reins, des troubles au niveau de l'élimination urinaire et par des problèmes d'incontinence.

Le **système cardiovasculaire** est également atteint à l'approche de la vieillesse. Cela se caractérise notamment par une hausse de la tension artérielle, des anémies¹² et une perte de la force du myocarde¹³.

Le vieillissement a également des répercussions sur les **fonctions cognitives** et la mémoire. Les personnes âgées sont parfois atteintes de troubles de la perception, de l'orientation et du jugement. Les fonctions intellectuelles diminuent avec l'âge et l'attention n'est plus la même. Au niveau de la mémoire, les personnes âgées ont parfois des difficultés à retenir des informations verbales et la mémoire à court terme est atteinte plus rapidement que la mémoire à long terme.

Enfin, les personnes âgées sont touchées par la réduction de leurs **fonctions physiques**. C'est un changement externe qui permet d'identifier la vieillesse. Le rythme de la personne âgée est fortement diminué tant au niveau des mouvements (lenteur, démarche hésitante, davantage de précautions) qu'au niveau des réflexes, de l'équilibre, et des temps de réaction.

¹² *Ib.* : « L'anémie correspond à une diminution de la concentration en hémoglobine ».

¹³ *Ib.* : « Le myocarde est la partie principale de la paroi du cœur, constituée surtout de tissu musculaire ».

Comme nous avons tenté de le démontrer dans cette partie, la personne âgée est concernée par de nombreux changements fonctionnels, qui ralentissent son rythme. Du point de vue biologique, le trait principal du vieillissement normal est un processus d'accroissement de la vulnérabilité et de réduction des capacités d'adaptation aux variations de l'environnement. De plus, certaines personnes âgées sont affectées par l'apparition de maladies et peuvent être davantage atteintes sur le plan physique et intellectuel.

1.1.2. Les pathologies du vieillissement

Pour cette partie, je me suis appuyée sur le cours *Publics : institutions et enjeux du vieillissement*¹⁴ et de *Psychopathologie*¹⁵.

Les changements physiologiques décrits ci-dessus concernent la majorité des personnes âgées. Cependant, il existe également des pathologies dites « du vieillissement » ; elles sont plus rares mais sont souvent plus graves.

- Le **diabète** est une maladie chronique qui peut provenir d'une incapacité partielle ou totale, du pancréas à fabriquer l'insuline¹⁶ ou d'une inaptitude des cellules elles-mêmes à utiliser l'insuline pour absorber le glucose. Dans les deux cas, les cellules sont privées de leur principale source d'énergie. Il s'ensuit donc des conséquences physiologiques importantes, comme une fatigue extrême, des problèmes de cicatrisation, des sensations de soif et de faim constantes ainsi qu'une perte de poids.

Il existe deux types de diabète. Le diabète de type 1 correspond à une insuffisance d'insuline. Les personnes malades sont alors obligées de se faire des piqûres chaque jour. Le diabète de type 2 est dû à une mauvaise utilisation de l'insuline pour absorber le glucose.

¹⁴ PUPPIS, Florent, cours de Publics : institutions et enjeux du vieillissement à l'IUT Paris Descartes, 2011-2012.

¹⁵ KLEIN, André. *Cours de Psychopathologie* à l'IUT Paris Descartes, 2011-2012.

¹⁶ Larousse : « L'insuline est une hormone qui régule la concentration de sucre dans le sang. »

Le diabète fait partie des maladies qui peuvent provoquer des maladies cardiaques et des accidents vasculaires. Cette maladie concerne les personnes de tout âge mais de plus en plus de cas sont décelés chez les personnes âgées.

- Les **maladies respiratoires** ou « pneumopathies » surviennent suite à une régression du système respiratoire. Les muscles respiratoires s'affaiblissent et la cage thoracique devient plus rigide. Les maladies respiratoires peuvent aller d'un simple rhume à un cancer. En effet, toute maladie respiratoire peut se compliquer et devenir une maladie plus ou moins grave comme une bronchite, une pneumonie, etc. Les personnes âgées sont principalement touchées par des insuffisances respiratoires chroniques, notamment au cours du sommeil. Ces faiblesses sont d'autant plus importantes lors de situations de stress.

- Les **maladies cardiovasculaires** correspondent à des maladies liées à un dysfonctionnement du cœur. En effet, elles sont généralement provoquées par un vieillissement du cœur et/ou des poumons. En général, les personnes touchées par une maladie du cœur sont essouffées très facilement, elles ont une tension élevée et certains de leurs organes ou tissus gonflent (œdèmes).

Parmi ces maladies, on retrouve l'infarctus du myocarde ou « crise cardiaque ». Celui-ci est causé par la mort d'une partie du cœur, qui n'est plus alimenté en oxygène.

- Les **maladies neurologiques** correspondent à des atteintes lésionnelles au niveau du cerveau, qui sont à l'origine de nombreux troubles cognitifs.

Ce sont des maladies chroniques et évolutives que l'on retrouve souvent chez le sujet âgé. En d'autres termes, ce sont des maladies qui se développent par phases et qui nécessitent une prise en charge sur une période de plusieurs années. Parmi ces maladies, on retrouve notamment **la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson et les accidents vasculaires cérébraux.**

La maladie d'Alzheimer est la forme de démence la plus fréquente chez les personnes âgées. On compte 2 000 nouveaux cas par an et aujourd'hui, 870 000 personnes sont atteintes de cette maladie. C'est une maladie neuro-dégénérative qui entraîne une perte progressive des fonctions mentales, causée par la mort

progressive des neurones. Au fur et à mesure que la maladie affecte une nouvelle région du cerveau, elle peut entraîner la perte de certaines fonctions. Les lésions débutent dans les zones du cerveau qui sont impliquées dans la mémoire puis s'étendent à d'autres régions qui interviennent dans le langage, les capacités gestuelles et le raisonnement. En effet, les premiers signes se traduisent par une perte de la mémoire « à court terme » (les faits les plus récents) ainsi que par des troubles du langage, du comportement et des troubles de l'orientation spatiale et temporelle. En général, l'entourage de la personne âgée repère les premiers signes car la personne cherche ses mots, fait des erreurs dans la structure des phrases ou le choix des mots. Ensuite, la personne malade a davantage de difficultés à s'exprimer et à comprendre ce qu'on lui dit. Cela a d'importants retentissements sur la qualité de communication et sur le comportement de la personne : agitation, sentiment de persécution, et troubles au niveau gestuel.

Il y a différents stades d'évolution de la maladie mais il faut savoir qu'il est impossible de rétablir les fonctions des cellules qui ont été endommagées. Cependant, il existe des traitements et des stratégies pour aider la personne atteinte de la maladie.

La maladie de Parkinson est une maladie dégénérative qui apparaît suite à la mort progressive du cerveau. L'atteinte du cerveau, due à un déficit de dopamine¹⁷, va avoir des conséquences sur les mouvements. En effet, les gestes effectués deviennent incontrôlables et on remarque des tremblements importants ainsi qu'une modification de la démarche (lenteur, perte d'équilibre, raideur). Il est parfois difficile de repérer cette maladie car les signes peuvent être similaires à ceux du vieillissement normal. C'est une maladie rare avant 45 ans : les troubles liés à la maladie apparaissent généralement entre 60 et 70 ans. Elle concerne aujourd'hui 1,5% des personnes âgées de plus de 65 ans et elle touche principalement les hommes¹⁸.

¹⁷ La dopamine est une des substances neuro-transmettrices du système nerveux, qui intervient notamment au niveau de neurones responsables du contrôle des mouvements du corps.

¹⁸ *Passeport Santé* (page consultée le 05/05/2012) :

<http://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=maladie_parkinson_pm>.

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) résultent d'une « défaillance de la circulation du sang », qui atteint une partie plus ou moins importante du cerveau. C'est une attaque subite et relativement grave. D'après le vocabulaire médical, on parle d'une « obstruction ou d'une rupture d'un vaisseau sanguin » qui provoque la mort des cellules nerveuses. Les séquelles dépendent en partie de l'importance de la lésion du cerveau. Les conséquences de ces AVC sont multiples : la plupart des personnes présentent des séquelles mais certains récupèrent toutes leurs fonctions. Généralement, les personnes rencontrent des difficultés pour s'exprimer et écrire, ainsi que des troubles liés à la concentration et à la mémoire. Quand une partie du cerveau est très endommagée, il arrive que des personnes soient paralysées.

Les personnes les plus touchées par les AVC sont des personnes ayant déjà eu un accident de ce type ou les personnes présentant d'autres types de pathologies (trouble cardiaque, diabète), ou d'autres troubles tels que des apnées du sommeil ou des migraines. Les personnes âgées sont donc concernées car elles présentent généralement des troubles ou pathologies de ce type.

- Enfin, beaucoup de personnes âgées présentent des **troubles mentaux**. Ils peuvent être de différents types.

La **dépression** est une maladie fréquente chez les personnes âgées. Elle se caractérise par une grande tristesse et une perte de plaisir et d'envie pour la plupart des activités. Les conséquences de cette maladie sont lourdes tant au niveau relationnel que sur un plan humain. Ce sont généralement des personnes qui ont une vision très pessimiste du passé et elles ont des difficultés à se projeter dans l'avenir. Elles pensent que leur situation actuelle ne pourra pas être meilleure. La dépression peut provoquer des perturbations de la vie affective et se traduit également par un sentiment d'incapacité et d'inutilité relativement fort ainsi qu'une perte de l'estime de soi.

Les personnes dépressives sont très fragilisées. Elles peuvent présenter des troubles importants de l'humeur, des troubles du sommeil (insomnie, hypersomnie) ainsi que des troubles liés aux conduites alimentaires (grignotements, anorexie, boulimie).

Il existe différents modes d'expression spécifiques de la dépression : la régression¹⁹, la fugue, le suicide, etc. Les suicides de la population de 60 ans et plus, représentent plus de 30 % du total des suicides et sont notamment plus importants chez les hommes. Le suicide est davantage prémédité pour les personnes âgées que pour les autres tranches d'âges car la crise précédant le geste suicidaire est plus atténuée avec l'âge.

Le syndrome dépressif peut masquer, ou être le début, d'un syndrome démentiel ou d'une maladie d'Alzheimer. Très souvent le manque d'entrain, la perte de désir, d'appétit et la réduction des initiatives sont diagnostiqués comme étant des troubles dépressifs alors qu'ils peuvent être des signes de démence.

De plus, il est important de noter que la dépression du sujet âgé n'est pas nécessairement liée à l'apparition d'une maladie et qu'elle ne doit pas être considérée comme liée à la vieillesse.

Suite à un affaiblissement intellectuel, les personnes âgées peuvent également présenter des **troubles psychiatriques** ; et ce, même s'ils n'en avaient pas eus auparavant. Ces troubles peuvent être liés à des réactions d'angoisse mais ils se traduisent le plus souvent par des délires de persécution, accompagnés d'interprétations et/ou d'hallucinations. C'est ce que l'on appelle la paranoïa d'involution.

1.1.3 Les personnes âgées et la dépendance

Pour cette partie, nous avons utilisé un article publié par le Collège National des Enseignants de Gériatrie²⁰.

Comme nous l'avons vu précédemment, la vieillesse est une période au cours de laquelle de nombreux troubles peuvent apparaître et le développement de certaines maladies peut bousculer l'équilibre du sujet âgé.

¹⁹ *Larousse* : « La régression est un mécanisme de défense qui se traduit par un retour à un stade antérieur du développement psychique ».

²⁰ Collège National des Enseignants de Gériatrie. « Autonomie et dépendance », *Corpus de Gériatrie*. Janvier 2000. (page consultée le 25/03/2012)
<http://www.chups.jussieu.fr/polys/geriatrie/tome1/08_dependance.pdf>

Aujourd'hui en France, 850 000 personnes sont atteintes d'une maladie altérant les fonctions cognitives.

Les données produites par L'Institut National de la Santé et de la Recherche médicale (INSERM) montrent que les pathologies du vieillissement sont de moins en moins invalidantes ou responsables d'incapacités. Cependant, aujourd'hui encore, 10% des personnes âgées de plus de 80 ans sont dépendantes, 18% des personnes de plus de 85 ans et 30% des plus de 90 ans.

Avant de décrire les causes et les conséquences de la dépendance, il me semble nécessaire de définir ce terme. Je me suis appuyée sur la définition établie par le Collège National des Enseignants de Gériatrie : « la dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement ».

Les maladies représentent la cause première de la dépendance, et notamment les pathologies citées ci-dessus : maladie d'Alzheimer, AVC, maladies cardiovasculaires, etc. Cependant, la dépendance peut résulter de l'enchevêtrement de trois facteurs : l'environnement, les maladies psychiques et les maladies physiques. Il peut arriver que plusieurs causes soient à l'origine de la dépendance d'une même personne.

La dépendance peut être amenée de manière plus ou moins brutale, selon le type de maladies rencontrées. Prenons l'exemple d'une personne qui fait une mauvaise chute et se fracture le col du fémur, la perte d'autonomie sera importante et brutale car du jour au lendemain, la personne ne pourra plus ou presque plus se déplacer. Nous pouvons alors parler d'une entrée dans l'incapacité, qui nécessitera d'avoir recours à un tiers.

La notion d'autonomie est elle, souvent assimilée à celle de la dépendance. L'autonomie correspond à la capacité de se gouverner soi-même et d'effectuer certaines tâches de la vie quotidienne sans aide extérieure. La perte d'autonomie se définirait donc par une incapacité dite fonctionnelle, qui priverait les personnes d'une part de liberté. En effet, en plus d'une perte de la capacité à agir, les personnes âgées perdent parfois leur capacité de jugement et ainsi leur capacité de pouvoir choisir.

Les conséquences de la dépendance et de la perte d'autonomie sont plus ou moins importantes. D'une part, la dépendance a des conséquences majeures sur la vie quotidienne de la personne âgée. Prenons l'exemple d'une personne âgée dépendante, qui vit à domicile. Son état de santé lui permet d'y rester mais la présence d'une personne sera nécessaire. Nous pouvons imaginer que la situation peut être vécue difficilement par la personne âgée. D'une part, la présence d'une personne « inconnue » au sein de son domicile peut être dérangeante et le fait d'être aidée à faire des tâches de la vie quotidienne témoigne d'une incapacité, que les personnes ont parfois du mal à reconnaître. Les membres du Collège National des Enseignants de Gériatrie explique que « lorsque l'aide provient de personnes étrangères à la famille, telles que des aides ménagères, il faut vaincre la réticence de la personne qui considère comme un gêne, voire un danger, cette intervention extérieure ». De plus, lorsque la dépendance est importante, la relation avec les aidants peut parfois être synonyme de conflits et de révolte, notamment si l'on parle de l'aide à toilette : c'est un geste de la vie quotidienne intime et il peut-être difficile d'accepter qu'une personne extérieure soit présente dans cette sphère de l'intimité.

Dans les cas où le niveau de dépendance nécessite un placement en institution, la situation est d'autant plus complexe. La personne âgée est amenée à abandonner son domicile et le changement de lieu de vie peut être vécu comme une rupture.

Enfin, la dépendance a des conséquences sur la vie affective. Les personnes âgées deviennent parfois dépendantes de leur entourage, et cela provoque une réactivation des modes de relation anciens. Selon la personnalité de chacun, le besoin d'aide peut être vécu comme étant pénible ou au contraire, certains considèrent que cela présente des « bénéfices secondaires²¹ ».

²¹ MIAS, Lucien. *Le vieillissement physiologique ou sénescence*, 1997. (page consultée le 12/05/2012) <<http://papidoc.chic-cm.fr/580vieilliphysio.html>>

1.2 La prise en charge des personnes âgées dépendantes

Même si l'on a réfléchi depuis l'Antiquité sur l'âge de la vieillesse, les questions liées à la situation des personnes âgées sont apparues après la Seconde Guerre mondiale.

En France, depuis plus de 60 ans, le gouvernement met en place des politiques dites de la vieillesse, afin de lutter contre les problèmes que rencontre la population âgée. L'évolution des réflexions autour de la vieillesse a permis de développer un ensemble de mesures sociales et médico-sociales.

Dans cette partie, il s'agira de décrire l'évolution des politiques de la vieillesse de 1945 à la fin du XX^e siècle, en s'appuyant sur les idées développées par Anne-Marie GUILLEMARD²², professeur des Universités en Sociologie. Puis, nous décrirons l'action menée en faveur des personnes âgées de nos jours.

1.2.1 L'évolution des politiques de la vieillesse en France, de 1945 à la fin du XX^e siècle

D'après Anne-Marie GUILLEMARD, les politiques de la vieillesse pourraient être définies comme étant « un projet global visant à promouvoir l'insertion sociale de la population âgée par un ensemble coordonné de mesures agissant sur le milieu de vie du groupe âgé²³ ». Elles seraient apparues à partir des années 60 mais de nombreuses réflexions autour de la vieillesse avaient été engagées auparavant.

Depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, la vieillesse est devenue un réel enjeu des politiques sociales. Auparavant, elle était perçue comme « relevant de la sphère privée et familiale, ou exceptionnellement du réseau traditionnel d'assistance à la pauvreté²⁴ ». La loi du 14 juillet 1905, qui garantissait l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources, nous montre notamment que la vieillesse s'apparentait à l'horizon de pauvreté et d'incapacité.

En 1945, la mise en place de la Sécurité sociale a marqué le début de la prise en considération des problématiques des personnes âgées. La Sécurité sociale a été créée

²² GUILLEMARD, Anne-Marie. *Les politiques de la vieillesse*. Persee, 1993.

²³ *Ibid.*

²⁴ *Ibid.*

suite à une volonté de mettre en œuvre un plan pour couvrir l'ensemble de la population, contre des facteurs d'insécurité. Les premières réflexions sur la gestion de la vieillesse ont émergé suite à la création de la branche vieillesse de la sécurité sociale. En effet, cela a fait apparaître de nouvelles orientations et interventions publiques.

De 1945 à 1960, les « vieillards étaient confondus avec les autres catégories d'assistés ». Il n'y avait pas de politique ciblée sur la population âgée car à cette époque, la seule politique publique était celle de l'assistance aux pauvres, aux indigents. Néanmoins, concernant la population âgée, des réflexions sur les moyens d'existence des travailleurs vieillissants ont émergé. La prise en charge de cette population se traduit alors par le développement des retraites et la mise en place de mesures d'assurance : mise en place de la carte sociale des économiquement faibles (1949) et de l'allocation non contributive du Fonds national de Solidarité (1956).

Le système des retraites s'étant peu à peu généralisé, cette époque fut marquée par des conflits entre syndicats et patronat, notamment car le droit à la retraite était segmenté professionnellement²⁵. Cependant, la généralisation des retraites a eu, comme conséquence « de dessiner les contours d'une population identifiable²⁶ » et ainsi d'envisager la question de la condition des personnes âgées. À la fin de cette période, elles n'étaient plus seulement assimilées à la maladie.

À partir des années 60, les politiques publiques s'intéressent davantage aux modes de vie des personnes âgées et à leur insertion sociale.

L'État français crée une Commission d'études des problèmes de la vieillesse (1960), présidée par Pierre LAROQUE, Conseiller d'état. Ce dernier va engager une réflexion autour des problèmes d'emploi, de retraite et de conditions de vie des personnes âgées. Le « Rapport Laroque » est publié en 1962. Il envisage une nouvelle approche de la vieillesse en s'adressant à l'ensemble de la population. En effet, les mesures en faveur des personnes âgées ne vont plus seulement concerner les « vieillards » démunis. Le Rapport

²⁵ DHERBEY Brigitte, LAZREUG Daïba et PITAUD Philippe. Institut de gérontologie sociale consultations et recherche : *Les politiques sociales de la vieillesse au détour de la décentralisation*, p. 41.

²⁶ *Ibid.*

Laroque vise à organiser « une politique sociale et médico-sociale centrée sur le maintien à domicile et le maintien en activités²⁷ », en développant de nouveaux services d'aide à domicile, telles que les aides ménagères.

C'est à partir de ce moment, que l'on remarque une volonté de favoriser une politique d'intégration des personnes âgées à la vie sociale. Deux axes ont été présentés dans le rapport : « la participation à la vie sociale et culturelle et l'amélioration de l'habitat des personnes âgées²⁸ ». Pierre Laroque va notamment se charger de développer les logements-foyers, qui avaient été institués en 1957.

De 1970 à 1989, la question de l'hébergement est au cœur des préoccupations et va se transformer en « une véritable politique de soutien à domicile²⁹ ». Les pouvoirs publics incitent les personnes âgées à rester à domicile, en développant davantage de services d'aides à domicile.

En 1983, le domaine de l'action sociale, et notamment de l'aide aux personnes âgées, va être décentralisé. En d'autres termes, les domaines de compétence de l'État en matière d'aide sociale sont confiés aux départements. Auparavant, les politiques sociales se structuraient selon des plans quinquennaux ; l'état prenant encore en charge la médicalisation de la prise en charge à domicile et en établissement.

En 1997, une Prestation Spécifique Dépendance (PSD) est instaurée. Cette prestation était destinée aux personnes les plus dépendantes et les plus démunies financièrement. Cette loi fut donc très contestée et a connu un faible succès. En effet, certaines personnes avaient des ressources « convenables », mais ne pouvaient pas financer un soutien à domicile ou un hébergement en institution. Une nouvelle allocation sera instaurée le 1^{er} janvier 2002³⁰.

En 2001, l'état crée des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC). En effet, l'organisation des prises en charge n'était pas cohérente car les territoires n'avaient pas assez de marge de manœuvre. Ces centres ont alors pour mission d'assurer une prise en compte des besoins des personnes âgées, tout en répondant à leurs attentes.

²⁷ *Ibid.*, p. 42.

²⁸ *Les cahiers thématiques*, Les politiques de vieillesse en France, 2002.

²⁹ *Ib.*

³⁰ Voir p. 17.

Après avoir présenté les évolutions majeures liées aux politiques de la vieillesse, nous présenterons la politique d'action sociale actuelle.

1.2.2 La politique d'action sociale en faveur des personnes âgées, aujourd'hui

Pour cette partie, nous nous appuyerons principalement sur le livre de J.P HARDY et J-M LHUILLIER, *L'aide sociale aujourd'hui*³¹.

Comme cela a été démontré dans la partie précédente, les politiques de la vieillesse ont connu une évolution spécifique depuis les années soixante. Cette évolution a été accompagnée par une « tentative d'homogénéisation voire de planification³² », puis plus récemment, de décentralisation.

Aujourd'hui, la politique vieillesse, également appelée « politique de longévité » vise à favoriser l'élaboration de dispositifs de prise en charge adaptés.

La politique de longévité a été pensée selon quatre axes principaux. Les acteurs du champ social mettent donc en place leurs actions en fonction de différents objectifs.

- Le premier objectif est de **donner aux personnes dépendantes le libre choix de rester chez elle**. Pour cela, les politiques publiques vont tenter de développer l'offre de soins et les services d'aide à domicile non médicalisés. De plus, elles visent à favoriser l'aménagement du logement des personnes âgées et à créer de nouvelles formes de logement (résidences-services, maisons familiales). Enfin, pour remplir ce premier objectif, les politiques publiques souhaitent soutenir l'entourage familial en développant « l'aide aux aidants » et le dispositif d'accueil familial grâce à l'amélioration du statut des accueillants familiaux.

- Le second objectif est d'**éviter les ruptures de prise en charge entre le maintien à domicile et l'hébergement en institution**. Les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) doivent proposer davantage de places d'accueil de jour et temporaire, de places de service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et de services d'aide à domicile. Ce serait un moyen pour éviter que l'entrée en établissement soit vécue comme un choc, une rupture.

³¹ HARDY J-P et LHUILLIER J-M. *L'aide sociale aujourd'hui*. ESF Éditeur, 2008. 459 p.

³² DHERBEY Brigitte, LAZREUG Daïba et PITAUD Philippe. Institut de gérontologie sociale consultations et recherche : *Les politiques sociales de la vieillesse au détour de la décentralisation*.

▪ Les acteurs du champ social ont également pour mission d'**assurer la continuité de prise en charge des soins entre le domicile, l'hôpital et l'EHPAD**. Actuellement, 70% des admissions en urgence sont des personnes âgées. Cela démontre un manque de coordination des équipes médicales, ce qui serait à l'origine de l'augmentation de la durée du séjour hospitalier des personnes âgées. La filière gériatrique des hôpitaux a donc été réorganisée (services de soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, unité de court séjour, etc.).

▪ Le dernier objectif concerne la santé et la sécurité des résidents. Les politiques publiques souhaitent **lutter contre la maltraitance et évaluer la qualité des prestations**. C'est aussi un aspect important pour les pouvoirs publics. Les pouvoirs d'inspections et les sanctions ont donc été consolidées et les établissements sont amenés à développer une démarche d'amélioration continue ainsi que des auto-évaluations (internes et externes).

Dans son chapitre 1^{er}, le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) prévoit le droit à l'aide sociale : « toute personne résidant en France bénéficie, si elle remplit les conditions légales d'attribution, des formes de l'aide sociale³³ ».

Concernant l'aide sociale aux personnes âgées, le CASF précise que « toute personne âgée de soixante-cinq ans privée de ressources suffisantes peut bénéficier, soit d'une aide à domicile, soit d'un placement chez des particuliers ou dans un établissement³⁴ ».

L'aide sociale offre des prestations diverses aux personnes âgées. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) représente la plus grande part de l'aide sociale aux personnes âgées. C'est une allocation départementale personnalisée, qui a été créée par la loi du 20 juillet 2001, dans le but de permettre une prise en charge adaptée des besoins des personnes âgées. Elle peut être attribuée « à toute personne âgée de plus de 60 ans, résidant en France, qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liées à son état physique ou mental ». Le degré de dépendance est mesuré à l'aide d'une grille nationale : la grille AGGIR (Autonomie Géron-

³³ *Code de l'Action sociale et des Famille*, article L 111-1 (page consultée le 24/04/2012) : <http://www.legifrance.com/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=L EGIARTI000006796412&dateTexte=&categorieLien=cid>

³⁴ *Ibid.*

tologie Groupe Iso-Ressources). L'allocation peut être attribuée aux personnes vivant à domicile, dans des établissements d'hébergement ou chez des accueillants familiaux.

Il existe également une aide sociale aux personnes âgées à domicile ainsi qu'une aide au placement (EHPAD, accueillant familiaux).

Dans cette partie, nous avons présenté les caractéristiques du vieillissement ainsi que les problématiques qui y sont liées. De plus, nous avons établi un état des lieux des politiques vieillesse mises en place depuis 1945.

Aujourd'hui, il existe différents modes de prise en charge des personnes âgées. La deuxième partie de ce mémoire aura pour objectif de présenter l'un deux : le dispositif d'accueil familial.

2. L'accueil familial des personnes âgées : présentation générale

Aujourd'hui, l'accueil familial est en pleine expansion. Cette activité consiste à accueillir une ou plusieurs personnes à son domicile, enfants ou adultes (personnes âgées ou personnes handicapées).

Il existe deux types d'accueil familial pour les adultes : l'accueil familial thérapeutique et l'accueil familial social.

L'accueil familial thérapeutique s'adresse à des personnes atteintes de troubles mentaux. Jean-Claude CEBULA, psychologue clinicien, le définit comme étant un « mode de traitement sous la responsabilité d'un établissement ou d'un service de soins, offert à des malades mentaux susceptibles de bénéficier d'une prise en charge en famille d'accueil³⁵ ».

L'accueil familial social correspond à « l'accueil par des particuliers, à leur domicile et à titre onéreux, de personnes âgées et handicapées adultes³⁶ ».

Dans ce mémoire, nous nous intéresserons plus particulièrement à l'accueil familial des personnes âgées. Afin de décrire les caractéristiques de ce dispositif, nous utiliserons les œuvres de Jean-Claude CEBULA, *Guide de l'accueil familial* et de Agathe LIAGRE, *Devenir famille d'accueil*.

2.1. Description et développement de l'accueil familial

L'accueil familial social a été mis en place en vue de répondre aux « besoins d'hébergement et d'aide sociale³⁷ » des personnes âgées et ainsi, de limiter les problèmes de dépendance et d'isolement.

Ce dispositif ne se limite pas à la seule fonction d'hébergement, car les personnes accueillies doivent bénéficier d'un accompagnement au quotidien. L'accueil familial garantit une présence quotidienne et s'organise autour de prestations personnalisées.

³⁵ CEBULA Jean-Claude, *Guide de l'accueil familial*, Paris : Dunod, 2000, p. 21.

³⁶ Loi n°89-475 du 10 juillet 1989 <
<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000322092>>

³⁷ CEBULA Jean-Claude, *op. cit.*, p. 20.

Ce mode de prise en charge représente une alternative pour les personnes âgées qui ne veulent, ou ne peuvent plus, se maintenir à domicile ou bien pour celles qui ne désirent pas rester ou entrer en institution. Comme nous l'avons expliqué dans une première partie, l'état de santé des personnes âgées peut être mis en péril avec l'avancée en âge. Le vieillissement s'accompagne généralement d'une perte d'autonomie plus ou moins importante. De par leur état de dépendance, les personnes âgées rencontrent des difficultés à se maintenir à domicile et ainsi à évoluer dans un cadre sécurisant.

L'accueil familial, relativement proche du maintien à domicile, constitue « une réponse adaptée, parmi la palette des réponses offertes aux personnes âgées³⁸ ».

2.1.1. Un dispositif d'accueil personnalisé

Selon la *Charte des droits et des Libertés de la personne âgée dépendante*, « Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins³⁹ ».

L'accueil familial correspond à un mode d'accueil intermédiaire entre le maintien à domicile et l'hébergement en institution. La spécificité de l'accueil familial se définit par un accompagnement personnalisé des personnes.

Ce mode de prise en charge s'adresse aux personnes âgées de plus de 60 ans dont l'état de santé rend possible un accueil à domicile. Cependant, les personnes présentant des troubles cognitifs importants ou nécessitant des soins intensifs continus ne peuvent être accueillies dans le cadre de ce dispositif.

Les accueils peuvent être permanents ou temporaires, à temps complet ou à temps partiel. L'accueil familial à temps plein correspond à un accueil tout au long de l'année : on parle alors d'un accompagnement sur le long terme. L'accueil familial temporaire correspond à un accueil de courte durée. Il a été mis en place dans les cas de post-

³⁸ Décret n° 2010-928 du 3 août 2010

<<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022788369>>

³⁹ Fondation Nationale de Gérontologie, *Charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante*, Article II.

hospitalisation, où les personnes ont besoin d'un accompagnement quotidien avant de retourner à domicile. De plus, il peut être demandé dans le cas où les personnes ont besoin d'un accueil pendant les vacances. Il permet alors à des personnes âgées de découvrir ce mode de prise en charge, notamment pour celles qui sont en institution et à qui cela ne convient plus.

De par ce dispositif, les accueillants familiaux permettent aux personnes âgées de s'installer chez eux et de trouver une place dans un cadre de vie stable et sécurisant. La mission principale des accueillants familiaux est de faire participer les personnes accueillies à la vie de famille, tout en les aidant à réaliser un projet de vie. Ils doivent ainsi favoriser le maintien de l'autonomie de ces personnes et leur permettre de « conserver et entretenir leurs capacités physiques et intellectuelles⁴⁰ ».

Tout cela doit s'effectuer dans le « respect de la dignité et des libertés de la personne⁴¹ ». Les accueillants ont des « obligations morales » vis-à-vis de la personne accueillie. Ils s'engagent à garantir son bien-être et à agir dans le respect de celle-ci en adoptant « un comportement courtois⁴² » et en respectant ses opinions et son intimité.

La personne accueillie s'engage également à « respecter la vie familiale de l'accueillant, à faire preuve de réserve et de discrétion et à adopter un comportement courtois à l'égard de l'accueillant et de sa famille⁴³ ».

Afin de veiller au bon déroulement des accueils et de protéger les personnes accueillies, le Conseil général prévoit un contrôle régulier et met en œuvre un suivi médico-social. Les contrôles sont effectués par le service départemental d'action sociale et se traduisent par des visites à domicile, qui ont pour but de vérifier les conditions et la qualité d'accueil. Le suivi médico-social se fait avant tout sur les aspects relationnels de l'accueil. Les missions du service départemental d'action sociale sont de prendre en

⁴⁰ LIAGRE, Agathe. *Devenir famille d'accueil*. Héricy : Éditions du Puits Fleuri coll. « Le conseiller juridique pour tous », 2008. p. 84.

⁴¹ *Code de l'action sociale et des Familles*.

⁴² Voir les obligations de l'accueillant familial, Annexe B.

⁴³ *Ibid.*

compte les besoins de chacun, de percevoir l'impact de l'accueil sur l'état mental de chacune des parties et de repérer les éventuels dysfonctionnements.

2.1.2. Historique et cadre légal

L'accueil par des particuliers, de personnes âgées et handicapées, est apparu dès la Révolution. En effet, en 1789, les nouveaux gouvernants créent un comité de mendicité, dans le but venir en aide aux miséreux et aux indigents et déclare alors : « si l'on ne peut faire appel à la famille, de les confier à une famille d'accueil à condition qu'ils aient plus de 60 ans et moyennant une pension⁴⁴ ».

Au début du XX^e siècle, la loi du 14 juillet 1905, présentée précédemment, était destinée aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources. Elle présentait davantage de solutions, dont le « placement familial ». Cette loi précise que les conditions de placement familial seront fixées par le Conseil général.

Dans les années 50, le « placement familial » a également sa place dans les textes de loi. Le Code de la famille et de l'aide sociale⁴⁵ précise que « toute personne âgée de 65 ans, privée de ressources suffisantes peut bénéficier, soit d'une aide à domicile, soit d'un placement, chez des particuliers ou dans un établissement⁴⁶ ». Plus tard, le décret de 1962 régleme l'accueil familial pour les bénéficiaires de l'aide sociale.

Jusque dans les années 80, cet accueil concernait principalement les personnes qui avaient des troubles mentaux. L'accueil familial des personnes âgées va se développer petit à petit, sans pour autant être cadré juridiquement. En effet, excepté les placements organisés dans le cadre de l'aide sociale (décret de 1962), l'accueil s'organisait dans le cadre de contrats « de gré à gré » et il n'y avait aucun contrôle ni suivi concernant la qualité de l'accueil. Les familles proposaient des prestations très variables et parfois inadaptées.

L'Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux (UNIOPSS), chargée de veiller aux intérêts des personnes les plus fragiles au sein de

⁴⁴ CEBULA Jean-Claude, *Guide de l'accueil familial*, Paris : Dunod, 2000, p. 10.

⁴⁵ *Code de l'action sociale et des familles*.

⁴⁶ CEBULA Jean-Claude, *op. cit.*, p. 11.

la société, va rendre compte de nombreux dysfonctionnements liés à l'accueil familial. Il insiste alors sur la nécessité de réglementer l'accueil familial.

En 1989, alors que les pouvoirs publics initient la réalisation d'un texte de loi, l'Inspection Générale des Affaires Sociales publie un rapport dans lequel sont mis en avant les écarts des pratiques des accueillants familiaux. La volonté d'imposer un cadre législatif et réglementaire aux situations d'accueil familial devient alors une priorité.

Théo BRAUN, Ministre délégué des personnes âgées, présente alors un projet de loi.

La loi « relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées » est votée le 10 juillet 1989. Les objectifs sont alors d'offrir des garanties nécessaires à la personne accueillie et à la personne accueillante et de mettre en place une procédure d'agrément et de suivi adaptée, confiée aux Conseils généraux (suite à la décentralisation de l'action sociale).

Cette loi a donc permis d'organiser et de cadrer juridiquement l'accueil familial. Cependant, des insuffisances demeurent, concernant notamment la qualité de l'accueil. Les Conseils généraux rencontrent des difficultés dans le contrôle et le suivi des familles d'accueil. De plus, la décentralisation de la direction du dispositif a fait apparaître de nombreuses différences entre les territoires.

Il aura fallu attendre quelques années pour que des améliorations soient apportées. La loi du 17 janvier 2002⁴⁷, rénovant l'action sociale et médico-sociale, présente l'accueil familial comme étant l'une des réponses adaptée aux besoins des personnes âgées. Les modalités de l'agrément ont été redéfinies : il est limité à trois personnes au maximum et est accordé pour une durée de cinq ans renouvelable. Cela a permis d'éviter les risques d'écarts ou d'abus de la part des accueillants familiaux.

De plus, à partir de la loi de 2002, le terme « particulier agréé » est remplacé par celui d' « accueillant familial ». Cette modification pourrait sembler minime mais elle a

⁴⁷ Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), loi n°2002-73 du 17 janvier 200, article 51. (page consultée le 03/04/2012)
<<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000408905&dateTexte=&categorieLien=id>>

toute son importance. En effet, le métier d'accueillant est alors reconnu, et notamment son caractère familial.

En parallèle, les droits sociaux des accueillants familiaux ont été renforcés (droit aux congés payés et rémunération minimale en référence au SMIC).

Enfin, cette loi a uniformisé les modalités d'accueil entre les départements. Il y eut une volonté de rompre les disparités territoriales. L'organisation de l'accueil repose alors sur un contrat-type (institué par le décret du 30 décembre 2004).

La loi du 5 mars 2007 a organisé la possibilité, pour les accueillants familiaux, d'être employés par des personnes morales de droit public ou privé (collectivités, associations) : « les personnes morales de droit public ou de droit privé peuvent, après accord du président du conseil général du département de résidence de l'accueillant familial, être employeurs des accueillants familiaux mentionnés⁴⁸ ». Le 3 août 2010⁴⁹, deux décrets ont complété cette loi. L'un a permis de communiquer un contrat-type destiné à organiser l'accueil chez un accueillant familial, employé par une personne morale. Le second a eu pour vocation de redéfinir les modalités d'agrément et le montant de la rémunération⁵⁰.

Dans cette partie, nous avons tenté de démontrer que le dispositif d'accueil familial a été marqué par différents changements sur un plan juridique. Ces évolutions ont notamment permis aux accueillants familiaux d'obtenir le statut de salarié. Ils bénéficient désormais du régime de Sécurité sociale et sont affiliés au régime général de la retraite. Ils cotisent également à une caisse de retraite complémentaire. Par ailleurs, ce dispositif permet aujourd'hui l'obtention d'aides sociales et fiscales tant pour l'accueillant que pour la personne accueillie.

En effet, la personne accueillie peut bénéficier des mêmes aides que celles attribuées au domicile ou en institution, à savoir : l'aide sociale, dans le cas où ses ressources sont insuffisantes, et l'Allocation Personnalisée d'Autonomie. D'un point de vue fiscal, elle

⁴⁸ *Code de l'Action Sociale et des Famille*, loi n° 2007-290 du 5 mars 2007, article 57 : (page consultée le 03/04/2012),
<<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000271094&dateTexte=&categorieLien=id>>

⁴⁹ Décret no 2010-928 du 3 août 2010.

⁵⁰ Voir Annexe B : Contrat-type d'accueil de personnes âgées.

bénéficie de réductions d'impôts pour l'emploi d'un salarié à domicile et est exonérée de charges patronales.

L'accueillant familial, lui, peut bénéficier d'aides au logement et d'un allègement de sa taxe d'habitation.

2.2. La réglementation de l'accueil familial

Pour accueillir des personnes âgées à son domicile, une personne, ou un couple doit faire l'objet d'un agrément. En effet, les accueillants familiaux doivent établir une demande et répondre à certaines conditions et procédures fixées par les Conseils Généraux. C'est ce que nous tenterons de décrire dans cette partie.

De plus, nous présenterons les contrats d'accueil familial ainsi que les différentes aides accordées aux personnes accueillies et aux accueillants.

Nous nous appuierons principalement sur le guide juridique rédigé par Agathe LIAGRE, *Devenir famille juridique*.

2.2.1. L'agrément : une habilitation indispensable

L'agrément est une habilitation indispensable pour pouvoir accueillir des personnes à son domicile, à titre onéreux. Dans le cadre de la politique de décentralisation, c'est le Président du Conseil Général qui est chargé de délivrer l'agrément et d'organiser le suivi de ce dispositif.

Le code de l'action sociale et familiale précise que l'accueil est limité à une, deux ou trois personnes au maximum et que les accueillants familiaux ne peuvent accueillir des personnes appartenant à leur famille jusqu'au quatrième degré.

La demande d'agrément peut être formulée par une personne ou un couple vivant sous le même toit. La demande est à formuler par écrit au Président du Conseil Général. Aucun diplôme n'est exigé. Il existe cependant certains critères pour être habilité à accueillir une personne âgée.

La décision d'agrément ne peut être accordée que si les conditions d'accueil garantissent la continuité de celui-ci, la protection de la santé, la sécurité et le bien-être physique et moral des personnes accueillies et si un suivi social et médico-social de celles-ci peut être assuré⁵¹.

En effet, le logement doit disposer d'une chambre individuelle d'une surface au moins égale à 9m² pour la personne accueillie. Cette chambre doit être à proximité d'un point d'eau et doit être équipée d'un moyen de chauffage. De plus, l'accès au logement doit être adapté aux difficultés de la personne. Par exemple, les portes doivent être assez larges pour permettre le passage d'un fauteuil roulant.

L'accueillant doit également respecter certaines conditions. D'une part, il doit s'engager à assurer l'accueil de la personne âgée de façon continue et ainsi s'engager à prévoir ses remplacements en cas d'absence. Il doit également accepter que soient effectuées des visites à son domicile, dans le cadre du suivi social et médico-social des personnes accueillies. Enfin, l'accueillant doit accepter de suivre des formations relatives à l'accueil des personnes âgées, afin d'être informé sur les bases d'accompagnement de ce public (gestes d'urgence, éléments d'hygiène, accompagnement en fin de vie, etc.).

La loi ne fixe pas de modalités précises concernant la procédure d'agrément. Le Président du Conseil Général fixe ces modalités. Généralement, la personne qui souhaite accueillir des personnes à son domicile, remplit un dossier de demande en précisant le type de public et le nombre de personnes qu'il souhaite accueillir. Le dossier est également composé de documents administratifs (certificat médical, extrait du casier judiciaire, attestation d'assurance, etc.). La majorité des départements organisent des entretiens entre les demandeurs et des travailleurs sociaux (assistante sociale, psychologue, médecin, etc.), ainsi que des visites à domicile. Le but est de vérifier que le logement présente des conditions favorables à l'accueil de personnes âgées mais également d'évaluer les aptitudes relationnelles des futurs accueillants. Ainsi, ces travailleurs sociaux s'assurent de leurs aptitudes à la communication, de leur disponibilité, leurs capacités

⁵¹ *Code de l'Action sociale et des Familles* (page consultée le 12/03/12) :
<<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006797937&dateTexte=&categorieLien=cid>>

d'organisation, d'observation et de prise en compte des besoins des personnes âgées. Ils s'intéressent également à la composition de la famille, à ses modes de vie et ses loisirs.

La procédure d'agrément est très longue et il y a des critères précis. On a réalisé des travaux pour que la salle de bain soit adaptée. Et j'ai rencontré une psychologue pour parler de mes motivations... Je trouve ça normal mais c'est quand même trop long. Ils doivent vérifier si on a des problèmes de comportement.⁵²
(M^{me} X)

Le Président du Conseil Général est chargé d'instruire les demandes d'agrément. Celui-ci a la possibilité de se tourner vers la commission d'agrément mais la décision finale lui revient. Cette décision est notifiée dans les quatre mois qui suivent le dépôt de la demande. Depuis le décret du 3 août 2010, si la décision est notifiée dans un délai supérieur, « l'agrément est réputé acquis⁵³ ».

L'agrément est valable pour une durée de cinq ans et la demande de renouvellement doit être faite l'année précédant la date d'échéance de l'agrément.

En règle générale, le premier agrément délivré concerne l'accueil d'une personne. Pour pouvoir accueillir plusieurs personnes, une autre demande doit être formulée.

2.2.2. L'organisation de l'accueil : des relations contractuelles

Depuis la loi du 17 janvier 2002, le contrat d'accueil est devenu obligatoire. C'est un document dont le Président du Conseil Général doit avoir connaissance.

Un contrat-type est communiqué par décret. Ce document fixe les modalités de l'accueil, ainsi que les conditions matérielles et financières. Il existe deux types de contrats : le contrat d'accueil dit « de gré à gré » et le contrat destiné aux accueillants familiaux employés par des personnes morales.

Dans le cas où la personne accueillie est l'employeur de l'accueillant familial, un contrat d'accueil doit obligatoirement être signé par les deux parties (ou le représen-

⁵² Propos tirés des entretiens. Voir Démarche méthodologique.

⁵³ Décret du 3 août 2010 (page consultée le 30/04/2012) :
<<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022677389&dateTexte=&categorieLien=id>>

tant légal de la personne accueillie si cela est nécessaire). Le contrat de « gré à gré » est un contrat de droit privé, dans la mesure où les deux parties sont libres de s'entendre et de négocier le contrat.

Ce contrat contient les informations concernant les deux parties et précisent les obligations de chacune d'entre elles. Les parties doivent également indiquer la nature de l'accueil (permanent, temporaire, etc.) et doivent convenir des obligations matérielles (hébergement, restauration et entretien) et financières. Les conditions financières de l'accueil doivent être précises (rémunération journalière, indemnité en cas de sujétions particulières, modalités de règlement, etc.). Enfin, les remplacements en cas d'absence de l'accueillant familial doivent être envisagés : les parties doivent se mettre d'accord sur les solutions de remplacement.

Dans le cas d'un accueil permanent, ce contrat est conclu pour une durée d'un an, avec une période probatoire de un mois. Le renouvellement s'effectue par tacite reconduction⁵⁴.

Dans le cas où l'accueillant familial est employé par une personne morale de droit privé ou de droit public, un contrat doit être conclu entre l'accueillant familial, son employeur et la personne accueillie. Il se compose de différentes parties. La première concerne les relations entre l'accueillant et la personne accueillie. Les obligations matérielles et les obligations des deux parties y sont indiquées. Dans la deuxième partie, sont évoquées les relations entre la personne accueillie et la personne morale, employeur de l'accueillant : rôle de la personne morale employeur, modalités d'accueil en cas d'absence de l'accueillant, conditions financières, etc. La durée de validité du contrat et les modalités de renouvellement sont précisées à la fin du document.

Comme le contrat « de gré à gré », ce contrat est conclu pour une durée de un an pour un accueil permanent, mais la période probatoire est de trois mois.

⁵⁴ *Dictionnaire juridique* : La tacite reconduction permet le renouvellement automatique d'un contrat. Le dictionnaire juridique du droit Français : <<http://dictionnaire-juridique.jurimodel.com/tacite%20reconduction.html>>

Selon le type de contrat, la rémunération peut être versée de la personne accueillie à l'accueillant ou, de la personne accueillie à la personne morale (employeur de l'accueillant). Dans les deux cas, pour un accueil permanent, la rémunération est versée mensuellement et se calcule sur différentes bases : la rémunération journalière pour services rendus, l'indemnité de congés, l'indemnité en cas de sujétions particulières, l'indemnité représentative des frais d'entretien et l'indemnité représentative de mise à disposition du logement⁵⁵.

L'indemnité en cas de sujétions particulières est attribuée aux accueillants familiaux lorsque la personne accueillie nécessite une aide supplémentaire compte tenu de son degré de dépendance (utilisation de la grille AGGIR). Cette indemnité n'est pas systématique mais l'accueillant peut en faire la demande, le cas échéant.

⁵⁵ Voir annexe B : Contrat-type d'accueil pour les personnes âgées, pour les détails des frais d'accueil.

3. Les enjeux et les limites de l'accueil familial

Comme nous l'avons évoqué dans la partie précédente, l'accueil familial est un dispositif relativement ancien. Pourtant, il est aujourd'hui peu développé en France. Cette partie fera donc l'objet d'un questionnement sur les limites et les enjeux de l'accueil familial.

Afin de construire cette réflexion, j'ai fait le choix d'établir des entretiens avec deux accueillants familiaux et avec des professionnels de la santé et du social⁵⁶.

3.1. L'accueil familial : un quotidien difficile

Comme nous l'avons expliqué dans la partie précédente, l'agrément est délivré dès lors que les conditions d'accueil sont remplies et que les motivations des demandeurs sont jugées recevables. En effet, les accueillants doivent justifier et argumenter leur volonté d'accueillir des personnes âgées ainsi que leurs motivations. Le Conseil Général ne peut prendre le risque d'agréer des personnes qui n'ont pas conscience des missions qui leur seront confiées.

À l'aide des entretiens effectués, nous allons tenter de montrer ce que représente l'accueil familial au quotidien, en identifiant les avantages, les inconvénients et les contraintes de ce dispositif pour chacune des parties.

3.1.1. Une adaptation réciproque

Dans le cadre de l'accueil familial permanent, les personnes sont amenées à vivre ensemble et à partager chacune de leurs journées. Il est donc nécessaire que les relations entretenues entre la personne accueillie et l'accueillant (et sa famille) soient sereines. De mon point de vue, le fait de préserver un climat stable, voire chaleureux, peut permettre une meilleure qualité d'accueil et d'accompagnement et peut également être favorable au maintien de l'autonomie de la personne âgée. Par ailleurs, il semble indispensable que la personne évolue dans un milieu où elle pourra communiquer, échanger et entretenir

⁵⁶ Voir la Démarche Méthodologique, pp. 3- 4.

des relations de confiance voire d'affection. L'accueil favoriserait ainsi la continuité de la vie sociale des personnes âgées.

Dans certains cas, il peut y avoir des tensions entre les deux parties. Parfois, les personnes âgées n'acceptent plus l'aide apportée par l'accueillant familial, avec qui elles sont en contact permanent. Lors d'un entretien, Mme X expliquait que depuis quelques mois, Danièle n'accepte plus que ce soit elle qui lui fasse sa toilette : « Il y a avait quelques tensions, elle a un fort caractère mais même si je sais que je l'agace, je dois la surveiller, je suis responsable. » Dès la première rencontre, l'accueillant familial doit expliquer à la personne accueillie (et à sa famille) qu'elle fera l'objet d'une surveillance et d'un accompagnement de tous les instants. Cette contrainte doit être acceptée par la personne accueillie afin que les relations se déroulent bien.

Lors des entretiens, les accueillants familiaux ont expliqué qu'il était parfois difficile de s'adapter à la personnalité et au caractère de la personne accueillie : « On a des caractères opposés, et vous savez, quand c'est comme ça, c'est parfois difficile de s'habituer aux autres. » Mme X évoquait la même idée. Les relations avec Danièle étaient parfois complexes : « Elle est exigeante [...] C'est une femme bien, à part son comportement parfois et son caractère. » D'après les propos recueillis, cela ne semblait pas avoir de répercussion sur la qualité de l'accueil mais il est possible que certains accueillants familiaux aient des relations plus conflictuelles avec les personnes accueillies. Cela dépend en partie de la personnalité et du vécu de chacun.

De plus, certains accueillants familiaux rencontrent des difficultés d'adaptation liées à l'état de santé de la personne. Cela aura des conséquences directes sur l'accompagnement de la personne âgée car ils ne sont pas préparés à toutes les situations (chutes, incontinence, fugues, etc.). Dans certains cas, les accueillants peuvent être amenés à mettre fin à l'accueil. En effet, lorsque des troubles cognitifs apparaissent et que la personne présente d'importants troubles du comportement (notamment des problèmes d'agressivité), la prise en charge devient alors trop lourde et difficile à gérer pour les accueillants.

La personne âgée doit, elle, s'adapter à un nouveau cadre de vie et à un changement d'environnement. Pour cela, l'accueillant joue un rôle important : il doit permettre

à la personne âgée de se sentir bien dans ce nouvel environnement. L'adaptation se fera plus ou moins simplement selon la personnalité des personnes et le climat de l'accueil. Mme X, expliquait par exemple que Danièle avait trouvé sa place rapidement : « C'est vrai que chez elle, elle avait ses habitudes... Mais quand elle est arrivée, elle a rapidement pris ses marques, c'est dans sa nature. » (M^{me} X)

Comme nous l'avons expliqué précédemment, il est important que les accords passés lors de la signature du contrat, conviennent à chaque partie ; afin que l'adaptation soit plus naturelle et facilitée, notamment pour la personne accueillie.

3.1.2. Vie professionnelle et vie privée

Lorsque l'accueillant reçoit des demandes, il a la possibilité de choisir la personne qu'il va accueillir. Cette décision a toute son importance car l'accueillant doit avoir conscience que sa vie professionnelle va être mêlée à sa vie privée. En effet, l'accueil familial ne se limite pas à la seule fonction d'hébergement car la personne participe à tous les instants de la famille: « Elle vit avec nous, elle fait partie de la famille. À Noël elle est là, elle a son cadeau comme tout le monde. » (M^{me} X).

Pour que l'accueil se fasse dans de bonnes conditions et que la prise en charge soit réussie, il apparaît indispensable que des liens, qui ne seront pas seulement professionnels, se créent entre l'accueillant familial et la personne accueillie. Jean-Claude CÉBULA utilise le terme d'« attachement », qu'il désigne comme étant « une nécessité impérieuse de se sentir protégé et en sécurité en présence d'une personne particulière, ou en réduisant par son comportement la distance avec elle et en maintenant le contact en son absence ». Mme Y confirme d'ailleurs cette idée : « Oui, on a des liens assez forts. On est habitués à être ensemble. On s'attache vite aux gens dont on prend soin, je pense que c'est normal. »

Bien que ces liens soient indispensables, nous pouvons nous demander s'ils ne représentent pas une certaine contrainte pour l'accueillant familial. Lors d'un entretien, Mme Y précise : « Je ne crois pas qu'il y ait eu des changements dans ma famille. Mes enfants sont grands, ils ne vivent plus ici. Tout est une question d'organisation. » Cepen-

dant, nous pensons qu'il peut parfois être difficile de distinguer sa vie professionnelle de sa vie privée. La personne partage chaque instant et fait partie de la famille, « elle est toujours là » (M^{me} Y). Cela pourrait être étouffant pour l'accueillant, qui peut alors manquer parfois de liberté.

Selon mon point de vue, l'accueil ne peut être réussi que si l'accueillant accepte et intègre le fait que son métier soit lié à sa vie privée. Il doit également être conscient des conséquences et des répercussions que cette activité pourrait avoir sur son équilibre familial, son couple, etc. La vie professionnelle et la vie privée sont mêlées et les liens entre chaque membre de la famille peuvent alors être bousculés.

Ces réflexions nous amènent naturellement à répondre à une des questions soulevées, à savoir les limites. En effet, comme nous avons pu le voir, l'accueil ne peut être réussi que si l'entente est quasi « parfaite ».

Une telle promiscuité ne peut être vécue sereinement que si des liens se créent. Cependant, ces liens doivent être, ou devenir affectifs. Ce métier ne peut être un métier « alimentaire », il doit être une réelle envie de la part de l'accueillant d'aider, accompagner et prendre soin d'une personne âgée.

Selon moi, ce métier doit être une « vocation » et c'est certainement une des limites de ce dispositif.

En effet, nous en arrivons au deuxième point que nous avons soulevé qui est le mélange de la vie privée et professionnelle. Les accueillants ne se retrouveront jamais seul à son domicile, et les conjoints, les enfants, vont devoir vivre avec la personne âgée et vont devoir la « supporter » au quotidien.

3.2. Accueil familial ou hébergement en institution ?

Au regard du nombre croissant de personnes âgées, il semble essentiel de proposer des réponses adaptées pour la prise en charge des personnes âgées de demain dans le but de lutter contre l'isolement et contre la dépendance.

Actuellement, 685 000 personnes vivent en institution, et on ne compte que 15 000 personnes accueillies dans le cadre de l'accueil familial.

Dans cette partie, nous ferons une comparaison générale entre l'accueil familial et le placement en institution. Ces deux modes de prise en charge s'adressent à la même population et leurs objectifs sont identiques : maintenir l'autonomie de la personne âgée, lui proposer un environnement physique favorable et lui proposer des soins adaptés à son état de santé et à ses besoins.

Cependant, les maisons de retraite (EHPAD) et l'accueil familial diffèrent de par leur mode de fonctionnement.

3.2.1. *L'aspect relationnel*

« L'avantage, c'est le contact humain évident. » (M^{me} Y)

L'accueil familial propose un accompagnement spécialisé, au plus près de la personne. Un accueillant est amené à s'occuper d'une ou plusieurs personnes âgées de manière permanente. Cela implique une disponibilité de tous les instants.

Au sein des maisons de retraite, les équipes doivent également justifier d'une présence permanente auprès des résidents. Contrairement à l'accueil familial, elles sont composées de plusieurs personnes (aide-soignant(e)s, infirmier(e)s, médecins, etc.) et chacune d'entre elles est amenée à s'occuper de tous les résidents. Nous pouvons alors nous demander s'il n'y a pas un manque de rapport humain. Les personnes sont au contact de nombreux membres du personnel (changement des équipes pour la nuit, selon les jours, etc.) et n'ont pas l'occasion de partager des moments avec chacun, ou d'apprendre à les connaître. Même si des liens, parfois forts, se créent entre les équipes médicales et les personnes âgées, ils ne sont pas de même nature et seront moins personnels que dans le cadre d'un accueil familial. Nous pouvons faire l'hypothèse que les relations sont beaucoup plus fortes dans le cadre de l'accueil familial. L'accueillant connaît la personne accueillie, ses besoins, ses attentes, ses goûts et ses habitudes. *A contrario*, les institutions offrent des prestations identiques à tous les résidents, qui doivent par ailleurs, se conformer aux règles de l'établissement. Dans le cadre de l'accueil familial, la famille a un

fonctionnement particulier que la personne accueillie doit respecter. Cependant, les « règles » sont généralement fixées par les deux parties et peuvent être négociées.

Il apparaît donc évident que l'individualité de l'accueil familial est en opposition avec la prise en charge commune des résidents d'un hébergement collectif. Cependant, l'accompagnement personnalisé qui est proposé, présente des contraintes pour la personne accueillie. Il peut arriver qu'elle ait un sentiment de solitude ou qu'elle s'ennuie (principalement dans le cas où il n'y a qu'une personne accueillie). Lors des entretiens, les deux accueillants m'expliquaient qu'elles mettaient en place des activités mais que les personnes âgées peuvent parfois souffrir de ne pas être au contact de personnes de la même génération. Selon les propos tenus par le médecin coordinateur de l'EHPAD Jules Parent, au sein des maisons de retraite, les personnes âgées créent des liens entre elles : « Je pense qu'il y a vraiment un sentiment d'appartenance à une communauté et à un groupe qui leur correspond. » M^{me} Y était, elle, persuadée que l'accueil familial était bénéfique car la personne accueillie a des relations avec un entourage « actif, vivant ». Selon elle, le fait d'être en contact avec des personnes qui peuvent être atteints de certaines maladies ne favorise pas le maintien de l'autonomie : « Avant en maison de retraite, elle devenait folle. J'ai même essayé de l'emmener quelques après-midi là-bas pendant l'hiver. Elle ne veut pas jouer avec les autres, elle dit qu'ils sont lents. Alors quand je suis venue la chercher, elle était déjà devant la porte à m'attendre. »

Enfin, il est important de noter que l'accueil familial se distingue par son caractère « familial ». Même si la famille de l'accueillant doit être distinguée de la famille dite « naturelle », l'idée générale de l'accueil familial est de conforter la famille comme valeur sociale, en renouant avec les solidarités familiales. C'est en cela que l'accueil familial diffère également de l'hébergement en institution.

3.2.2. Vers le maintien de l'autonomie

Les personnes âgées sont accueillies en maison de retraite, suite à une demande de leur part, ou de la part de la famille. Après avoir effectué des visites et des rencontres avec les professionnels de la santé, le personnel médical de l'établissement décide

d'accepter ou non la prise en charge de la personne. En règle générale, les patients ayant des troubles cognitifs importants ou les personnes atteintes de maladie neurologiques ou de démences, trouvent difficilement des places dans les maisons de retraite, car elles nécessitent un suivi trop lourd. Cependant, il existe des établissements spécialisés pour ce type de pathologie.

Les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes proposent un cadre de vie sécurisé et adapté aux possibilités de chacun. En effet, on y trouve des ascenseurs, des lits médicalisés, des rampes, etc. Les accueillants familiaux sont également contraints d'adapter leur logement en fonction des capacités des personnes accueillies. Elles ne disposent pas du même matériel que les établissements médicalisés. Cependant, nous pouvons faire l'hypothèse que l'accueil familial permet une sécurité plus importante. La personne accueillie fait l'objet d'une attention permanente ; contrairement aux maisons de retraite, où le personnel, parfois en nombre limité, ne peut être aux côtés de chaque résident en permanence.

Le cadre sécurisant permet notamment de limiter les incidents et permet ainsi de préserver l'autonomie de la personne.

Les maisons de retraite proposent des soins adaptés à chaque personne et organisent un suivi personnalisé. Contrairement à l'accueil familial, des professionnels de la santé sont toujours présents au sein de l'établissement et peuvent ainsi intervenir en cas d'urgence. En général, l'accueillant familial n'est pas un professionnel de la gérontologie, et il se peut qu'il ne soit pas préparé à effectuer certains soins. Malgré l'intervention régulière de professionnels extérieurs, il peut y avoir des cas d'urgence. Dans ce cas, l'accueillant doit gérer le problème en contactant des professionnels.

Les maisons de retraite proposent également des activités et/ou animations communes. Cela a pour objectif de développer leurs capacités fonctionnelles mais également d'intégrer les personnes âgées à un collectif. Dans le cadre de l'accueil familial, l'accueillant peut difficilement élaborer des activités en groupe. Selon M^{me} X, il est parfois difficile de mettre en place des activités : « J'essaie d'organiser des activités tous les jours

mais souvent elle n'a pas envie. J'essaie de varier, je lui achète des livres, on fait de la couture, de la broderie, on cuisine ensemble, des fois on sort aussi [...] sinon elle n'aime pas trop les jeux mais des fois j'essaie de la motiver. » M^{me} X tente de favoriser l'autonomie de Danièle. Elle expliquait notamment que le fait d'effectuer des activités en lien avec la cuisine, permettait à Danièle de garder ses anciennes habitudes : « Elle aimait ça avant, donc c'est important qu'on prépare les repas ensemble. » Ces exemples nous montrent alors que les prestations proposées dans le cadre de l'accueil familial sont plus personnelles : ce sont des prestations au plus près de la personne, proposées selon ses goûts et ses anciennes habitudes.

Il est important de préciser que dans le cas où plusieurs personnes sont accueillies au sein d'une même famille, la prise en charge doit préserver son caractère « individuelle ».

3.2.3. Les enjeux économiques

L'un des enjeux de la prise en charge des personnes âgées consiste à répondre aux besoins croissants tout en réalisant de faibles coûts.

Le médecin coordinateur (Docteur G) que nous avons interrogé expliquait qu'il semblait important que le dispositif d'accueil familial se développe, notamment car les établissements sont « excessivement chers ». Il ajoute : « En France, pour simplement garder un résident dans une chambre, et lui donner à manger, on réclame 2500 et plus. Je travaille ici mais je trouve que c'est honteux ! »

Actuellement, les personnes âgées placées en institution bénéficient, pour la plupart, de l'aide sociale, mais ont des difficultés financières : « Ils ne peuvent pas payer autant. Et le système est mal fait, car après ce sont les familles qui sont dans le rouge. » (Monsieur G)

Le développement du dispositif d'accueil familial permettrait à la collectivité de réduire ces coûts, notamment car il n'y aurait pas d'infrastructures à construire pour augmenter les places dans les institutions. L'accueil familial prendrait en charge une par-

tie des personnes âgées. De plus, les charges de fonctionnement et d'entretien seraient réduites car l'accueil se fait chez les particuliers.

3.3. L'avis des professionnels de la santé et du social

Pour connaître l'avis des professionnels de la santé et du social, nous avons organisé deux entretiens : l'un avec deux assistantes de service social et l'autre, avec un médecin coordinateur⁵⁷.

Les trois personnes que nous avons rencontrées connaissent le dispositif d'accueil familial, ne l'ont jamais utilisé ou proposé mais avaient cependant un avis sur le sujet et ont évoqué certaines limites.

Ces professionnels ont expliqué que l'accueil familial est un dispositif adapté. Il représente une nouvelle solution pour les personnes âgées qui ne peuvent se maintenir à domicile :

La personnalisation va être un élément très intéressant. Et puis ça présente un intérêt majeur. Il n'y a pas assez d'établissements comme le nôtre. (Monsieur G, médecin coordinateur)

Quand la personne peut être accueillie, ça veut dire qu'elle n'est plus toute seule. Donc effectivement, il y a une présence, il n'y a plus d'isolement. Ça permet d'avoir une vie sociale. (Assistants sociales)

Cependant, une des limites du dispositif concerne, comme nous l'avons expliqué, l'état de santé de la personne. Si les troubles cognitifs sont trop importants, la situation ne sera pas gérable :

C'est inadapté à toute personne qui a un trouble du comportement, parce que d'abord, on est confronté à une situation aléatoire, une situation qu'on ne peut pas contrôler. Tout le monde va bien, le dîner a été pris, tout le monde va se coucher. Et puis la personne va se réveiller à 2h du matin ou va continuer à s'activer et tout d'un coup elle va déambuler. C'est incontrôlable ! C'est à éviter absolument. (Docteur G)

⁵⁷ Voir Démarche Méthodologique, p. 3.

Comme tout maintien à domicile, que ce soit en accueil familial ou non, ça a ses limites. Quand tu as des gens qui deviennent agressifs avec des troubles du comportement, que tu sois en accueil familial ou pas, je pense que ça pose problème. La dépendance physique peut être gérée mais la dépendance cognitive pose problème. (Assistants sociales)

De plus, les accueillants connaissent les besoins des personnes qu'ils accueillent et ont reçu une formation liée à l'accompagnement d'une personne âgée mais ne sont généralement pas des professionnels de la santé :

Dans un établissement comme le nôtre, les gens sont pris en charge par des professionnels. C'est là aussi toute la différence. Les professionnels ont des formations très régulières, notamment dans la relation avec la personne âgée, donc elles reviennent avec des informations et surtout des protocoles qui leur permettent d'établir une bonne relation. Ils savent comment gérer. Or les familles d'accueil, n'en sont pas là ! C'est encore dans le cadre des limites. (Docteur G)

Au regard des professionnels, il semble alors essentiel qu'un suivi régulier soit établi : « Si les troubles se déclenchent lors de l'accueil, c'est là où le suivi est nécessaire, vital et que quand on a une évolution défavorable, à ce moment là on peut très bien revenir à une situation plus rationnelle. » (Docteur G). On parle alors d'un suivi médical, pour la personne accueillie mais également d'un suivi social pour s'assurer de la qualité de l'accueil : « Le problème, et c'est une autre limite de l'accueil familial, c'est l'entente entre les personnes. Qu'une personne soit prête à accueillir une personne, c'est une chose. Qu'une personne soit prête à aller dans une famille d'accueil, c'est une autre chose. Que les deux puissent s'entendre et développer un certain affectif, un certain relationnel, c'est compromis. » Cela rejoint l'idée que nous avons développé dans la partie précédente, sur la nécessité d'une adaptation réciproque.

Cette partie nous a donc permis de soulever les enjeux du dispositif. L'enjeu principal de l'accueil familial est de permettre un maintien de l'autonomie de la personne accueillie dans un environnement chaleureux, accueillant et personnalisé. Ce dispositif est par ailleurs créateur d'emploi pour les accueillants.

À l'évidence, le dispositif d'accueil familial permet à la collectivité de réduire ces coûts quant à l'accueil des personnes âgées, notamment en termes d'infrastructures,

mais également en termes de charges de fonctionnement (personnel médical, personnel hospitalier, etc.)

CONCLUSION

« Toute société qui ne protège pas ses enfants et qui ne protège pas ses anciens, est une société qui est vouée à la perte » (Médecin coordinateur, Docteur G)

La France est touchée par un vieillissement continu de sa population. De mon point de vue, la société a évolué et la prise en charge des personnes âgées a évolué plus lentement. Il faut avoir un regard nouveau sur la personne âgée afin de fixer des objectifs liés à ses besoins. Proposer un hébergement et une prise en charge de qualité semblent alors être les priorités.

Aujourd'hui, une personne âgée en perte d'autonomie peut être prise en charge de différentes manières. Nous nous sommes plus particulièrement intéressés à l'accueil familial. C'est un dispositif rarement envisagé par les personnes âgées car il est peu connu du grand public. En effet, l'alternative domicile – institution est la plus fréquente ; bien qu'elle ne soit pas toujours adaptée aux besoins et aux attentes des personnes âgées. Certaines personnes ne peuvent plus rester à domicile du fait de leur perte d'autonomie, mais appréhendent et/ou refusent l'entrée en établissement. Il faut soulever la difficulté psychologique à accepter son propre vieillissement et la symbolique que revêt l'entrée dans un établissement spécialisé (déménagement, environnement plus médicalisé, etc.). L'accueil familial se présente alors comme étant une alternative plus adaptée car la personne accueillie garde une notion de famille.

L'objectif de notre réflexion était d'identifier les limites et les enjeux de l'accueil familial.

Nous avons démontré que ce dispositif présente des avantages évidents, notamment car il propose un accompagnement plus personnalisé. Les accueillants sont au plus près des personnes accueillies, et assurent ainsi leur bien-être. La personne accueillie continue d'avoir des relations avec des personnes « actives », participent à la vie de famille et un fort rapport humain s'installe.

De plus, les personnes accueillies bénéficient d'un confort et d'une attention particulière. Les accueillants assurent ainsi leur sécurité et les accompagnent au quotidien.

L'accueil familial de personnes âgées nécessite cependant des qualités particulières, car la dimension humaine est au cœur du dispositif. Les accueillants doivent assurer un certain confort psychologique et offrir des conditions de vie favorables au bien-être de la personne accueillie. Ce point, comme nous l'avons longuement expliqué, est certainement une des limites de ce dispositif. En effet, c'est une lourde responsabilité qui nécessite un investissement entier et de tout les instants.

Quant aux enjeux, ils sont en grande partie économiques. En effet, le coût d'un placement en institution est très important comparé au coût d'un placement au sein d'une famille. Ce dispositif d'un point de vue financier, est alors la réponse qui me semble la plus adaptée pour les familles. C'est également une réponse au problème de places en institution.

Il serait intéressant d'effectuer un travail autour du développement de ce dispositif et ainsi, de s'interroger sur la manière de le faire connaître aux professionnels de la santé, aux travailleurs sociaux et enfin, aux personnes âgées et de leur famille.

BIBLIOGRAPHIE

Documents sur papier

- BAUDSON, Christelle. *Mémoire sur L'accueil familial des personnes âgées : La réalité au quotidien*, 2007. 43 p.
- CEBULA, Jean-Claude. *Guide de l'accueil familial*. Paris : Dunod, 2000. 453 p.
- DHERBEY Brigitte, LAZREUG Daïba et PITAUD Philippe. Institut de gérontologie sociale consultations et recherche : *Les politiques sociales de la vieillesse au détour de la décentralisation*, 1991. 570 p.
- GUILLEMARD, Anne-Marie. *Les politiques de la vieillesse*. Persee, 1993.
- HARDY J-P et LHUILLIER J-M. *L'aide sociale aujourd'hui*. ESF Éditeur, 2008. 459 p.
- KLEIN, André. *Cours de Psychopathologie à l'IUT Paris Descartes*, 2011-2012.
- LIAGRE, Agathe. *Devenir famille d'accueil*. Héricy : Editions du Puits Fleuri coll. « Le conseiller juridique pour tous », 2008. 185 p.
- PINEAU, Maud. *Étude thématique sur L'accueil familial des personnes âgées : Quelles complémentarités entre le maintien à domicile et l'hébergement*, 2007. 49 p.
- PUPPIS, Florent. *Cours sur les institutions et enjeux du vieillissement à l'IUT Paris Descartes*, 2011-2012.

Documents consultés sur Internet

- HENRAD, Jean-Claude. *Les multiples facettes du vieillissement* (page consultée le 19 mars 2012) : <<http://www.ces-asso.org/sites/default/files/henrard.PDF>>
- MIAS, Lucien. *Le vieillissement physiologique ou sénescence*, 1997. (page consultée le 12/05/2012) <<http://papidoc.chic-cm.fr/580vieilliphysio.html>>
- Les cahiers thématiques, *Les politiques de vieillesse en France*, 2002.
- *Quelques grandes étapes et faits marquants des politiques publiques vieillesse* (page consultée le 28/02/2012) <http://www.fng.fr/html/documentation/doc_news/pdf/Politiques_Vieillesse.pdf>.

- *Accueil familial : contrat d'accueil et rémunération*, (consulté 24/10/2011)
<<http://vosdroits.service-public.fr/F253.xhtml>>
- *Association Famidac* : <<http://www.famidac.fr>>

Annexe A : Grille d'entretien destinée aux accueillants familiaux

Présentation générale : Qu'est-ce-que l'accueil familial ?

Depuis combien de temps avez-vous obtenu un agrément ? Comment s'organise la procédure de demande et d'obtention de l'agrément ?

Avez-vous exercé d'autres activités auparavant ?

Avez-vous reçu une formation pour devenir accueillant familial ?

Quelles ont été vos motivations pour exercer cette activité ?

Combien de personnes avez-vous accueillies et combien en accueillez-vous actuellement ? (Avez-vous seulement accueilli des personnes âgées ?)

Pouvez-vous me décrire une de vos journées ?

Quelles sont, selon-vous les avantages et inconvénients de cette activité ?

- Qu'est-ce qui est le plus difficile pour vous ?
- Le fait d'accueillir des personnes à votre domicile a-t'il eu des conséquences sur votre propre vie de famille ? (Quelles ont été les réactions de votre entourage ?)

Pensez-vous qu'il y ait une différence importante entre ce mode de prise en charge et un placement en institution ?

Concernant la (ou les) personne(s) accueillie(s) :

- Savez-vous où elle résidait avant d'être accueillie au sein de votre domicile ?
- Est-elle à l'origine de ce placement ou le choix avait-il été fait par une autre personne ?
- Comment s'organisent les journées de cette personne ? Quelles sont ses activités ?
- Cette personne bénéficie-t-elle d'une aide extérieure telle que des services à domicile ?
- Pensez-vous que, pour cette personne, le placement s'apparente plutôt à une rupture avec sa vie antérieure ou à un simple « tournant biographique » ?

Annexe B : Contrat type d'accueil de personnes âgées

(« de gré à gré »)

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

Décret n° 2010-928 du 3 août 2010 portant modification de certaines dispositions du code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire) relatives aux accueillants familiaux accueillant à titre onéreux des personnes âgées ou handicapées (rectificatif)

NOR : M TSA0922042Z

Rectificatif au *Journal officiel* du 7 août 2010, édition électronique, texte n° 11, et édition papier, page 14590, 2^e colonne, après les signataires, ajouter les annexes suivantes :

ANNEXE N° 3-8-1

ACCUEILLANTS FAMILIAUX DE GRÉ À GRÉ

CONTRAT TYPE D'ACCUEIL DE PERSONNES ÂGÉES OU HANDICAPÉES ADULTES

Préambule

L'accueil à titre onéreux, par des particuliers, de personnes âgées ou adultes handicapées, constitue une réponse adaptée, parmi la palette des réponses offertes aux personnes âgées ou handicapées qui ne désirent plus ou ne peuvent plus, en raison de leur perte d'autonomie ou de leur handicap, demeurer à leur domicile. Elle leur permet de bénéficier d'un mode d'accueil intermédiaire entre le maintien à domicile et l'hébergement collectif en établissement ou de répondre à des situations de prise en charge temporaire, pendant des vacances ou après une hospitalisation. Ce mode d'accueil, que le Gouvernement souhaite développer parce qu'il répond à une attente forte de ces personnes et de leur famille, constitue une formule souple, recherchée en raison des avantages qu'elle présente. Elle permet généralement, par la proximité géographique du lieu de l'accueil, à la personne âgée ou handicapée de maintenir des liens tissés avec son environnement antérieur tout en lui offrant un cadre familial et sécurisant. Elle présente également un grand intérêt pour la collectivité, par le potentiel d'emplois qu'elle représente.

Un contrat d'accueil est obligatoirement signé entre l'accueillant familial et chaque personne accueillie ou, s'il y a lieu, son représentant légal. Ce contrat, conclu dans le cadre d'une rémunération directe de l'accueillant familial par la personne accueillie, fixe les conditions matérielles, humaines et financières de l'accueil.

Pendant la période d'absence de l'accueillant familial pour congés :

- un contrat annexe au contrat d'accueil doit être signé entre l'accueillant familial, le remplaçant et la personne accueillie, lorsque la personne accueillie reste au domicile de l'accueillant familial permanent.
- un contrat d'accueil temporaire est conclu entre l'accueillant familial remplaçant et la personne accueillie pour la durée du remplacement lorsque la personne accueillie est hébergée chez un accueillant familial remplaçant.

Contrat établi

POUR UN ACCUEIL	PERMANENT	TEMPORAIRE (1)
À temps complet		
À temps partiel (2)		

(1) Préciser le motif de l'accueil temporaire : vacances, retour d'hospitalisation, congés de l'accueillant familial...
(2) Préciser si l'accueil à temps partiel est un accueil de jour, séquentiel : de semaine hors week-end, de week-end...

(Case à cocher en fonction de la formule d'accueil et précisions à apporter sur le motif.)

Entre

L'accueillant familial :

Nom – Prénom :

Eventuellement nom d'épouse :

Né(e) le :

Domicilié(e) à :

Nom – Prénom (1) :

Eventuellement nom d'épouse :

Né(e) le :

Domicilié(e) à :

Et

La personne accueillie :

Nom – Prénom :

Eventuellement nom d'épouse :

Né(e) le :

Domicile antérieur :

Représenté(e) par M/Mme (préciser la qualité : tuteur, curateur...)

Assisté(e) par M/Mme (préciser la qualité : famille, autres)

Vu les articles L. 441-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles ;

Vu les articles R. 441-1 à R. 442-1 et D. 442-2 à D. 442-5 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu la décision du président du conseil général de (*département à préciser*) en date du

Autorisant :

Nom – Prénom :

Eventuellement nom d'épouse :

Et (2)

Nom – prénom :

Eventuellement nom d'épouse :

A accueillir : (3)..... personne(s) âgée(s) :

..... personne(s) handicapée(s) :

..... personne(s) âgées ou handicapée(s)

à son domicile.

(1) A renseigner en cas d'agrément d'un couple.

(2) A renseigner en cas d'agrément d'un couple, en application de l'article L. 441-1 du code de l'action sociale et des familles.

(3) A renseigner, dans la limite d'un total de trois personnes accueillies au maximum, en fonction de la nature de l'agrément, spécifique à une population (personnes âgées ou personnes handicapées) ou bien mixte (personne(s) âgée(s) et personne(s) handicapée(s)).

Les parties contractantes conviennent de ce qui suit :

Article 1^{er}

Obligations matérielles de l'accueillant familial

Monsieur – Madame – Mademoiselle

ou le couple

dénommé(e)(s) accueillant familial

S'engage à accueillir à son domicile, à compter du

Monsieur – Madame – Mademoiselle

L'accueillant familial doit assurer :

Un accueil répondant aux caractéristiques suivantes, dans le respect des règles d'hygiène et de sécurité :

1. L'hébergement.

Il consiste en la mise à disposition :

- d'une chambre individuelle ou d'un logement, situé(e) sous le toit de l'accueillant familial au RDC/au étage, dont l'accès, l'utilisation et la surface sont compatibles avec le degré de handicap et les besoins de la personne (*description*), d'une superficie de m² (*minimum 9 m² pour une personne seule et d'un minimum de 16 m² pour un couple*);
- commodités privées : *description* ;
- liste et description du mobilier mis à disposition :

Par ailleurs, la personne accueillie a libre accès aux pièces communes : *Lister les pièces (ex. : salon, salle à manger, cuisine, salle de bain, terrasse...)* et doit respecter les lieux privés de l'accueillant (chambre, bureau...) ainsi que la chambre ou le logement des autres personnes accueillies.

Un inventaire des meubles, des affaires personnelles ainsi que les objets précieux apportés par la personne accueillie figure en annexe du présent contrat.

Un état des lieux de la chambre ou du logement figure en annexe.

2. La restauration.

Elle consiste en (*nombre de repas journaliers + collations*)

En cas de régime alimentaire, les repas proposés devront tenir compte des prescriptions médicales.

Les repas sont partagés de manière conviviale dans la mesure où l'état de santé de la personne accueillie le permet et si elle le souhaite.

3. L'entretien.

Il comprend l'entretien :

- des pièces mises à disposition ;
- du linge de maison ;
- du linge personnel de la personne accueillie.

Article 2

Obligations de l'accueillant familial

Monsieur – Madame – Mademoiselle
ou le couple
dénommé(e) (s) accueillant familial

S'engage à tout mettre en œuvre afin d'offrir un accueil familial conforme aux principes suivants à :

Monsieur – Madame – Mademoiselle

L'accueillant familial s'efforce, en accueillant la personne au sein de son foyer, de la faire participer à la vie quotidienne de sa famille.

L'accueillant familial s'efforce d'aider la personne accueillie à réaliser son projet de vie et ainsi :

- à retrouver, préserver ou développer son autonomie ;
- à maintenir et développer ses activités sociales.

L'accueillant familial s'engage :

Vis-à-vis de la personne accueillie, à :

- garantir par tous moyens son bien-être ;
- respecter ses opinions, convictions politiques et religieuses ou morales ;
- adopter un comportement courtois, exempt de toute violence verbale ou physique ;
- respecter son libre choix du médecin, des auxiliaires médicaux et autres personnels sociaux et médico-sociaux (auxiliaires de vie, aides ménagères...);
- faire preuve de réserve et de discrétion par rapport à sa correspondance et dans ses rapports avec sa famille ;
- lui permettre de recevoir de la visite, préserver l'intimité de ces visites, dans un respect mutuel vis-à-vis de l'accueillant et des autres personnes accueillies ;
- favoriser sa libre circulation à l'extérieur du logement (dès lors qu'elle n'est pas limitée pour raisons médicales ou décision de justice) (4) ;
- préserver son intimité et son intégrité.

Vis-à-vis du service chargé du suivi de la personne accueillie à :

- l'alerter et l'informer de tout événement affectant le bon déroulement de l'accueil.

(4) Les limitations pour raisons médicales ou décision de justice font l'objet d'un justificatif annexé au contrat.

Article 3

*Obligations de la personne accueillie
et/ou de son représentant*

La personne accueillie et son représentant s'engagent à respecter la vie familiale de l'accueillant, à faire preuve de réserve et de discrétion et à adopter un comportement courtois à l'égard de l'accueillant familial et de sa famille.

Article 4

*Existence d'une convention
avec le tiers régulateur et accord*

Dans le cas de la signature d'un contrat avec un tiers régulateur par l'accueillant familial ou la personne accueillie (article D. 442-5 du code de l'action sociale et des familles), l'accueillant familial et la personne accueillie s'engagent à recueillir l'accord écrit de l'autre partie pour la réalisation des services retenus. Le contrat de tiers régulateur est annexé au présent contrat.

Article 5

Obligations légales

– Assurance obligatoire :

L'accueillant familial et la personne accueillie sont tenus de souscrire, chacun pour ce qui le concerne, un contrat d'assurance et de pouvoir en justifier conformément aux dispositions de l'article L. 443-4 du code de l'action sociale et des familles. Une quittance ou une attestation annuelle de paiement des primes doit être fournie au président du conseil général.

Les attestations relatives à ces contrats sont jointes en annexe.

– Protection juridique :

Disposition particulière : s'il s'avère que la personne accueillie a besoin d'une mesure de protection juridique, l'accueillant familial en informe la famille ou le procureur de la République et doit, concomitamment, en informer le président du conseil général.

Lorsque la personne accueillie bénéficie d'une mesure de protection juridique, la personne qui assure cette mesure fait connaître à l'accueillant familial le type de dépenses qu'elle peut prendre en charge ainsi que la procédure qu'elle doit suivre en cas d'urgence.

Article 6

Conditions financières de l'accueil

Un relevé mensuel des contreparties financières est établi au nom de l'accueillant familial (5).

Les conditions financières concernent la rémunération journalière des services rendus, l'indemnité de congé, le cas échéant l'indemnité en cas de sujétions particulières, l'indemnité représentative des frais d'entretien courant de la personne accueillie et l'indemnité représentative de mise à disposition de la ou des pièces réservées à la personne accueillie.

Le montant des différents postes composant les conditions financières est fixé librement entre les parties dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

1. Rémunération journalière pour services rendus et indemnité de congé.

La rémunération journalière pour services rendus est fixée à SMIC horaire par jour, soit euros au (date) soit (en lettres) :

Son montant doit être au moins égal à 2,5 SMIC horaire par jour : il suit l'évolution de la valeur du SMIC.

A la rémunération journalière pour services rendus s'ajoute une indemnité de congé égale à 10 % de la rémunération journalière pour services rendus soit euros, soit (en lettres)

L'indemnité de congé est versée mensuellement au même titre que l'ensemble des frais d'accueil.

La rémunération journalière pour services rendus et l'indemnité de congé sont soumises à cotisation et sont imposables.

2. Indemnité en cas de sujétions particulières.

L'indemnité en cas de sujétions particulières est justifiée par la disponibilité supplémentaire de l'accueillant liée à l'état de la personne accueillie.

Son montant est compris entre 1 et 4 minimum garantis (MG) par jour, en fonction du besoin d'aide de la personne accueillie, lié à son handicap ou sa perte d'autonomie.

L'indemnité en cas de sujétions particulières est fixée à MG par jour, soit au total euros,

soit (en lettres)

L'indemnité en cas de sujétions particulières est soumise à cotisations et est imposable.

3. Indemnité représentative des frais d'entretien courant de la personne accueillie.

L'indemnité comprend : (à cocher)

- le coût des denrées alimentaires

- les produits d'entretien et d'hygiène

(à l'exception des produits d'hygiène à usage unique)

- les frais de transports de proximité ayant un caractère occasionnel

(précisez les déplacements assurés par l'accueillant familial)

- éventuellement autres (à préciser)

Son montant est fonction des besoins de la personne accueillie : il doit être compris entre 2 et 5 minimum garantis (MG).

Elle est fixée à MG par jour, soit euros au (date),

soit (en lettres) :

L'indemnité représentative des frais d'entretien courant de la personne accueillie n'est pas soumise à cotisation et n'est pas imposable.

Le montant de l'indemnité en cas de sujétions particulières et de l'indemnité représentative des frais d'entretien courant suit l'évolution de la valeur du minimum garanti.

4. Indemnité représentative de mise à disposition de la ou des pièces réservées à la personne accueillie.

Le montant de l'indemnité représentative de mise à disposition de la ou des pièces réservées à la personne accueillie est négocié entre l'accueillant familial et la personne accueillie en fonction de la surface des locaux mis à disposition et de leur état. Il évolue en fonction de l'indice du coût de l'IRL (indice de référence des loyers).

Elle est fixée à euros par jour,

soit (en lettres) :

Le président du conseil général détient un pouvoir de contrôle sur ce montant. En cas de montant manifestement abusif, l'agrément de l'accueillant familial peut être retiré dans les conditions mentionnées à l'article L. 441-2 du code de l'action sociale et des familles.

Pour un accueil à temps complet, les frais d'accueil sont forfaitisés sur la base de 30,5 jours/mois :

Au total, les frais d'accueil sont fixés à :
(1 + 2 + 3 + 4) par jour, soit par mois.

Soit (en lettres) par mois.

Pour information : les charges sociales patronales relatives à la rémunération journalière pour services rendus, à l'indemnité de congés et l'indemnité en cas de sujétions particulières (points 1 et 2 de l'article 6 du présent contrat) sont dues par la personne accueillie et doivent être versées à l'URSSAF. Celle-ci peut bénéficier d'une exonération partielle de ces cotisations lorsqu'elle remplit les conditions de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale (6).

5. Les dépenses autres : à la charge de l'accueilli (à préciser, le cas échéant).

6. Modalités de règlement et de facturation.

Le règlement des frais d'accueil est à effectuer entre le
et le (jour du mois suivant).

* (à renseigner le cas échéant) Une provision de
euros, pour frais d'entretien, est versée par chèque n°

* (à renseigner le cas échéant) Une avance de
euros, pour indemnité de mise à disposition de la ou des pièces réservées à la personne accueillie, est versée par chèque n°

Cette provision et cette avance seront soldées lors de la fin du contrat d'accueil.

7. Modalités spécifiques de règlement applicables en cas :

- d'hospitalisation de la personne accueillie : précision du montant des frais d'accueil qui reste dû (à décomposer) et de la période pendant laquelle ce montant est dû ;

- d'absences de la personne accueillie pour convenance personnelle : à préciser en décomposant le montant des frais d'accueil ;

- de décès : l'accueillant familial perçoit, dans son intégralité, la rémunération journalière pour services rendus, l'indemnité de congé, le cas échéant l'indemnité en cas de sujétions particulières et l'indemnité représentative de frais d'entretien courant de la personne accueillie jusqu'au jour du décès inclus. L'indemnité représentative de mise à disposition de la ou des pièces réservées à la personne accueillie est perçue jusqu'à la date de libération de la pièce mise à disposition, qui doit être libérée dans un délai maximum de 15 jours ;

- d'absences de l'accueillant familial : dans la limite du droit à congé tel que défini à l'article L. 3141-3 du code du travail, soit deux jours et demi ouvrables par mois de travail, l'accueillant familial peut s'absenter si une solution permettant d'assurer la continuité de l'accueil est mise en place.

a) Si la personne accueillie reste au domicile de l'accueillant familial :

La rémunération pour services rendus, l'indemnité de congé et, le cas échéant, l'indemnité en cas de sujétions particulières ne sont pas versées par la personne accueillie à l'accueillant familial mais à son remplaçant. Les sommes perçues sont soumises au régime fiscal et de cotisations sociales obligatoires des salaires.

L'indemnité représentative de frais d'entretien courant de la personne accueillie et l'indemnité représentative de mise à disposition de la ou des pièces réservées à la personne accueillie restent versées à l'accueillant familial.

b) Si la personne accueillie est hébergée chez le remplaçant :

L'ensemble des frais d'accueil est versé au remplaçant dans les mêmes conditions que celles arrêtées avec l'accueillant familial.

(5) Dans le cas où l'agrément est donné à un couple, le relevé des conditions financières est établi au nom d'une des deux personnes agréées.

(6) Les particuliers et personnes morales qui ont passé un contrat conforme aux articles L. 442-1 et L. 444-3 du code de l'action sociale et des familles pour l'accueil par des particuliers à leur domicile, à titre onéreux, de personnes : a) Des personnes ayant atteint un âge déterminé et dans la limite, par foyer, et pour l'ensemble des rémunérations versées, d'un plafond de rémunération fixé par décret ; c) Des personnes titulaires : soit de l'élément de la prestation de compensation mentionnée au 1^{er} de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles ; soit d'une majoration pour tierce personne servie au titre de l'assurance invalidité, de la législation des accidents du travail ou d'un régime spécial de sécurité sociale ou de l'article L. 18 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ; d) Des personnes se trouvant, dans des conditions définies par décret, dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie, sous réserve d'avoir dépassé un âge fixé par décret ; e) Des personnes remplissant la condition de perte d'autonomie prévue à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles, dans des conditions définies par décret, sont exonérés des cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales dues sur la rémunération qu'elles versent à ces accueillants familiaux. Sauf dans le cas mentionné au a, l'exonération est accordée sur la demande des intéressés par l'organisme chargé du recouvrement des cotisations dans des conditions fixées par arrêté ministériel.

Article 7

Le remplacement en cas d'absence de l'accueillant familial

Le principe qui prévaut dans le dispositif de l'accueil familial est celui de la continuité de l'accueil ; par ailleurs, le contrôle exercé par le président du conseil général porte également sur le remplaçant de l'accueillant familial.

Les différentes solutions envisagées pour le remplacement de l'accueillant familial doivent tenir compte de l'avis de la personne accueillie ou de son représentant légal.

Nom du ou des remplaçants : *(à compléter)*

Domicilié(e) à : *(à compléter)*

N° de téléphone :

Toute absence de plus de 48 heures doit être signalée, sauf cas de force majeure, par écrit au président du conseil général :

- si la personne accueillie reste au domicile de l'accueillant permanent, un document annexe au contrat d'accueil doit être signé par l'accueillant familial, le remplaçant et la personne accueillie et adressée au conseil général ;
- si la personne accueillie est hébergée au domicile de l'accueillant familial remplaçant, un exemplaire du contrat d'accueil conclu pour une durée temporaire est adressée au conseil général.

Article 8

La période probatoire

Dans le cadre d'un accueil permanent, le présent contrat est signé avec une période probatoire de 1 mois renouvelable une fois à compter de la date d'arrivée de la personne accueillie au domicile de l'accueillant familial, soit du au

Le renouvellement de la période probatoire doit faire l'objet d'un avenant au présent contrat.

Pendant cette période, les parties peuvent librement mettre fin à ce contrat.

La rémunération journalière pour services rendus, l'indemnité de congé, l'indemnité en cas de sujétions particulières et l'indemnité représentative de frais d'entretien courant de la personne accueillie cessent d'être dues par la personne accueillie le premier jour suivant son départ du domicile de l'accueillant familial. L'indemnité de mise à disposition de la ou des pièces réservées à la personne accueillie reste due jusqu'à sa libération effective des objets lui appartenant, dans un délai maximum de 15 jours.

Article 9

*Modifications – délai de prévenance –
dénonciation – rupture du contrat*

Toute modification au présent contrat doit faire l'objet d'un avenant signé des 2 parties et transmis au président du conseil général en charge du contrôle de l'accueillant familial.

Dans le cadre d'un accueil permanent, au-delà de la période probatoire, le non-renouvellement ou la rupture du contrat d'accueil par l'une ou l'autre des parties est conditionnée par un préavis d'une durée fixée à 2 mois minimum.

Chaque partie doit notifier sa décision à l'autre partie par lettre recommandée avec avis de réception.

En cas de non-respect de ce délai de prévenance, une indemnité compensatrice égale à 3 mois de frais d'accueil tels que prévus à l'article 6 du présent contrat est due à l'autre partie.

Le délai de prévenance n'est pas exigé et aucune indemnité n'est due dans les circonstances suivantes :

- non-renouvellement de l'agrément de l'accueillant familial par le président du conseil général ;
- retrait de l'agrément de l'accueillant familial par le président du conseil général ;
- cas de force majeure.

Dans tous les cas, la rupture du contrat d'accueil ne peut ouvrir droit à des indemnités de licenciement.

Article 10

Le suivi de la personne accueillie

L'accueillant familial s'engage à ce qu'un suivi social et médico-social de la personne accueillie à son domicile soit possible. Ainsi, la personne accueillie pourra être rencontrée individuellement au domicile de l'accueillant familial par les services du conseil général (ou de l'organisme mandaté par le conseil général à cet effet), chargés du suivi social et médico-social.

L'accueillant familial s'engage à communiquer aux services chargés du suivi social et médico-social les éléments susceptibles de contribuer à ce suivi.

Article 11

Litiges

En cas de litige, les parties au contrat recherchent un accord amiable en ayant recours, le cas échéant, aux services du tiers régulateur.

Le contentieux est ouvert devant le tribunal d'instance du lieu de résidence de l'accueillant familial.

Article 12

Durée de validité et renouvellement

Le présent contrat est signé au plus tard le jour de l'arrivée de la personne accueillie chez l'accueillant familial. Il est établi en trois exemplaires dont un est adressé au président du conseil général en charge du contrôle des accueillants familiaux. Tout avenant au contrat modifiant une disposition qui relève de la libre appréciation des parties dans le respect des dispositions législatives et réglementaires est adressé au conseil général.

Le présent contrat comporte les annexes suivantes : *lister les annexes et les numérotter.*

Le présent contrat est conclu pour une durée d'un an. Il est reconduit, chaque année, par tacite reconduction. (Ou lorsque l'accueil est temporaire) : Le présent contrat est conclu pour la période du au inclus.

A, le

Signatures précédées de la mention manuscrite « Lu et approuvé »

L'accueillant familial (*)

La personne accueillie
(ou son représentant légal)

(*) En cas d'agrément d'un couple, les deux membres doivent signer.

**Annexe au contrat d'accueil relative au remplacement
(pour une absence supérieure à 48 heures)**

Conclu entre :