

Sciences Médico-sociales

Option à Domicile

Corrigé

Michèle Delomel

Inspectrice de l'Éducation nationale

Véronique Maillet

Inspectrice de l'Éducation nationale

Annie Bertin

Anne Guivarc'h

Professeur de lycée professionnel

Anne-Marie Klapka

Professeur de lycée professionnel

Céline Murdocco

Professeur de lycée professionnel

Crédits photographiques

Page 7	ph©B. Boissennet/BSIP (reprise p. 9, 13, 15, 19, 21)	Page 93	ph©Caroline Woodham/Corbis (bas)
Page 25	ph©Eric Chrétien/Explorer (haut gauche : reprise p. 29, 35, 37, 41, 43, 47, 51)	Page 94	ph©Kevin Jorda /age fotostock
Page 25	ph©Pierre Bessard/Rea (haut droit)	Page 95	ph©Trinette Reed/age fotostock
Page 28	ph©Vincent Dargent/CIT'images (bas)	Page 98	ph©Burger/Phanie
Page 33	ph©Image Source/Corbis (reprise p. 39)	Page 100	ph©Carolin Knabbe /age fotostock
Page 37	ph©David Gifford/SPL/Biosphoto	Page 102	ph©Garof/Phanie
Page 38	ph©Jean Michel Delage/CIT'images	Page 103	ph©Zack Seckler/Corbis (reprise p. 105, 107)
Page 45	ph©Matteis/LookatSciences (haut)	Page 104	ph©Archives Toutain/Leemage
Page 53	ph©Patrick Allard/Rea (bas)	Page 105	ph©Laurent/Gluck/BSIP
Page 54	ph©Burger/Phanie	Page 106	ph©Voisin/Phanie
Page 59	ph©Guillaume Squinazi/Gamma (haut : reprise p. 63, 67, 69, 73, 75, 79, 83)	Page 109	ph©Burger/Phanie
Page 59	ph©Gibo/Iconovox (bas)	Page 110	ph©SPL/Phanie
Page 61	ph©George Doyle/Getty Images	Page 112	ph©Burger/Phanie
Page 64	ph©BL/BSIP	Page 113	Phanie_043155 ph©Burger/Phanie (reprise p. 129)
Page 67	ph©Martin Lewden (bas)	Page 113	ph©BL/BSIP (bas)
Page 76	ph©Pierre Gleizes/Rea	Page 116	ph©Jupiterimages/Getty
Page 85	ph©Burger/Phanie	Page 117	ph©ABK/BSIP
Page 89	ph©Astier/Andia.fr	Page 119	ph©Media for Medical / Tetra (reprise p. 121, 125, 127, 129, 131, 135, 137)
Page 90	ph©John Birdsall Photography/BSIP	Page 126	ph©LA/SERIEIS.LUTRAND / BSIP (haut)
Page 91	ph©SPL/age fotostock (reprise p. 93, 99)	Page 126	ph©Patrick Allard / REA (bas)
Page 92	ph©Burger/Phanie	Page 149	ph©Jupiterimages/AFP (reprise p. 153)

Couverture et maquette

Primo & Primo

Conception de la maquette

Studio Favre et Lhaik

Composition

Les PAOistes

Iconographie

Sophie Suberbère

Illustrations

Christian Didier, Illustratek

Correction

Maud Foutieau



“Le photocopillage, c’est l’usage abusif et collectif de la photocopie sans autorisation des auteurs et des éditeurs. Largement répandu dans les établissements d’enseignement, le photocopillage menace l’avenir du livre, car il met en danger son équilibre économique. Il prive les auteurs d’une juste rémunération. En dehors de l’usage privé du copiste, toute reproduction totale ou partielle de cet ouvrage est interdite”.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans autorisation de l’éditeur ou du Centre français d’exploitation du Droit de copie [20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris], est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d’une part, les reproductions strictement réservées à l’usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et d’autre part, les analyses et courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d’information de l’œuvre dans laquelle elles sont incorporées (loi du 1^{er} juillet 1992 - art. 40 et 41 et Code pénal - art. 425).

Sommaire

Partie 1

La personne aux différentes étapes de la vie et les réponses institutionnelles

CHAPITRE 1 La politique de santé publique

TD 1 Les notions de démographie, de santé publique et de promotion de la santé	p. 7
TD 2 L'étude d'une population	p. 9
Mémo 1 Les notions de démographie et de santé publique	p. 11
TD 3 Les altérations de la santé	p. 13
TD 4 La santé dans le monde	p. 15
Mémo 2 Les altérations de la santé et la santé dans le monde	p. 17
TD 5 L'organisation sanitaire et sociale en France	p. 19
TD 6 La protection sociale en France	p. 21
Mémo 3 L'organisation et la protection sanitaire et sociale en France	p. 23

CHAPITRE 2 La personne âgée

TD 7 La vieillesse : caractéristiques et place dans la société	p. 25
TD 8 Le vieillissement biologique	p. 29
Mémo 4 La vieillesse et le vieillissement	p. 33
TD 9 La maladie d'Alzheimer	p. 35
TD 10 Le vieillissement cognitif et psychologique	p. 37
Mémo 5 La maladie d'Alzheimer et le vieillissement cognitif	p. 39
TD 11 L'autonomie et la dépendance	p. 41
TD 12 La politique sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées	p. 43
Mémo 6 L'autonomie, la dépendance et la politique médico-sociale	p. 45
TD 13 La retraite et la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	p. 47
Mémo 7 La Sécurité sociale : le système de retraite et la CNSA	p. 49
TD 14 Les établissements et les structures d'accueil	p. 51
Mémo 8 Le choix d'une structure d'accueil	p. 53
TD 15 Le maintien à domicile	p. 55
Mémo 9 Le maintien à domicile	p. 57

CHAPITRE 3 La personne handicapée

TD 16 Les différents types de handicaps	p. 59
TD 17 Les attitudes face au handicap	p. 63
Mémo 10 Les comportements face au handicap	p. 65
TD 18 La législation	p. 67
TD 19 Les prestations sociales	p. 69
Mémo 11 La législation et les prestations sociales	p. 71
TD 20 Les facteurs favorisant la participation à la vie sociale	p. 73
TD 21 La législation relative à l'emploi en milieu ordinaire	p. 75
Mémo 12 Les facteurs favorisant la vie sociale et la législation relative à l'emploi en milieu ordinaire	p. 77
TD 22 Les structures de travail et d'hébergement, les établissements médico-sociaux	p. 79
TD 23 Les services spécifiques aux personnes handicapées	p. 83
Mémo 13 Les établissements et les services en faveur des personnes handicapées	p. 85

CHAPITRE 4 La protection des personnes majeures vulnérables

TD 24 La législation et le rôle du juge des tutelles	p. 87
Mémo 14 La protection des personnes majeures vulnérables	p. 89

CHAPITRE 5 La personne malade

TD 25 La classification des maladies	p. 91
TD 26 Le vécu de la maladie et de l'hospitalisation	p. 93
Mémo 15 La classification des maladies et leur vécu	p. 97
TD 27 La Sécurité sociale et l'assurance-maladie	p. 99
Mémo 16 Le système de protection sociale en matière de santé	p. 101

CHAPITRE 6 Fin de vie et mort

TD 28 Les aspects biologiques, psychologiques et culturels de la mort	p. 103
TD 29 La mort subite du nourrisson	p. 105
TD 30 La personne mourante : accompagnement et problèmes éthiques	p. 107
Mémo 17 Les différents aspects de la mort et la mort subite du nourrisson	p. 111

CHAPITRE 7 Projet individualisé, projet de vie, projet personnalisé et d'accompagnement

TD 31 Les différents types de projets	p. 113
TD 32 La construction et la mise en œuvre du projet	p. 115
Mémo 18 Les différents projets et leur mise en œuvre	p. 117

CHAPITRE 8 Services à domicile

TD 33 Les interlocuteurs et les instances du maintien à domicile p. 119

TD 34 Les professionnels du maintien à domicile p. 121

Mémo 19 Le maintien à domicile : interlocuteurs, instances et professionnels p. 123

TD 35 Les services de soins infirmiers et l'hospitalisation à domicile p. 125

TD 36 Les services d'aide à domicile p. 127

TD 37 Les aides financières p. 129

TD 38 Les aidants familiaux p. 131

Mémo 20 Le maintien à domicile : interlocuteurs, instances et professionnels p. 133

TD 39 La méthodologie d'intervention de l'aide à domicile p. 135

TD 40 Les acteurs du service à domicile p. 137

Mémo 21 Le maintien à domicile : méthodologie d'intervention et acteurs p. 141

CHAPITRE 9 Notions de droit

TD 41 Le contrat de travail, la durée et les congés, le salaire p. 143

TD 42 La formation tout au long de la vie et la convention collective p. 145

Mémo 22 Le contrat de travail, la formation et la convention collective p. 147

Partie 2 La méthodologie d'intervention

CHAPITRE 10 Travail en équipe, gestion d'équipe et tutorat

TD 43 Le travail en équipe p. 149

TD 44 Le tutorat et l'accompagnement p. 153

Mémo 23 Le travail en équipe, le tutorat et l'accompagnement p. 155

CHAPITRE 11 Relation personne aidante-personne aidée

TD 45 Les acteurs et la relation fonctionnelle p. 157

TD 46 L'accompagnement et les réactions possibles p. 159

Mémo 24 L'accompagnement et ses acteurs p. 161



Notions de démographie, de santé publique, promotion de la santé

Objectifs

1. Définir les termes : natalité, fécondité, morbidité, mortalité.
2. Définir le concept de santé, la notion de prévention.
3. Indiquer le rôle du service de promotion de la santé en faveur des élèves à partir d'exemples.

ACTIVITÉ 1 Les indicateurs démographiques

1.1 À l'aide des documents 1 à 3, identifier les indicateurs démographiques correspondant aux définitions ci-dessous et en déduire une définition de la démographie.

Indicateur	Définition
Taux de natalité	Nombre de naissances vivantes de l'année rapporté à la population moyenne de l'année. Il est généralement exprimé pour 1000 habitants.
Prévalence	Nombre total de cas de maladies enregistrés pour une population déterminée.
Taux de mortalité	Nombre de décès rapporté à la population totale moyenne d'une année. Généralement exprimé pour 1 000 personnes.
Fécondité	On emploie ce terme, au lieu de natalité, lorsque les naissances sont mises en relation avec l'effectif des femmes d'âge fécond.
Incidence	Nombre de nouveaux cas apparus pendant une année au sein d'une population pour la maladie étudiée.
Morbidité	Fréquence des maladies, des blessures et des incapacités dans une population donnée. Elle est précisée par les indicateurs de prévalence et d'incidence.
Démographie	Étude des évolutions de la population.

Document 1 Les indicateurs démographiques

L'étude des évolutions de la population s'appuie sur le calcul d'un certain nombre d'indicateurs standards qui permettent, notamment, d'appréhender des probabilités de survenue des événements démographiques (la naissance, le décès, le mariage).

D'après INSEE.

En 2007, 5 588 nouveaux cas de tuberculose ont été déclarés en France, soit un taux d'incidence de 8,9 nouveaux cas pour 100 000 habitants.

La prévalence du diabète a été estimée à 3,95 % en 2007, soit 2,5 millions de personnes atteintes rapportées à la population générale.

Document 2 Tableau indicateur

	2006	2007	2008 (p)	2009 (p)	2010 (p)
Naissances (m)	797	786	796	793	797
Décès	516	521	532	538	535
Excédent naturel (m)	280	265	264	255	262
Taux de natalité (t)	12,9	12,7	12,8	12,7	12,7
Taux de mortalité (t)	8,4	8,4	8,5	8,6	8,5
Taux de mort. infantile (r)	3,6	3,6	3,6	3,7	3,6

(m) milliers, (t) pour 1 000 habitants, (r) pour 1 000 naissances vivantes, (p) chiffres provisoires pour ces 3 années.

Document 3 Principales causes de morbidité

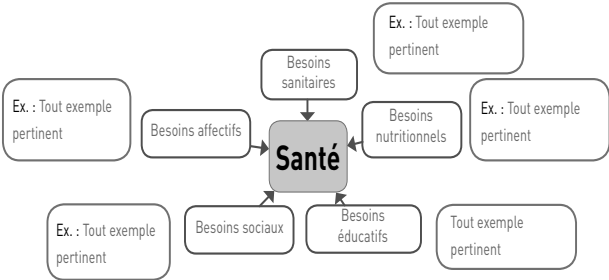
Principales causes de morbidité déclarées par sexe chez les plus de 65 ans, en % en 2008 (classées par ordre de fréquence décroissante dans la population totale).

Grands groupes de pathologies (CIM 10)	65 ans ou +			Population totale
	Hommes	Femmes	Total	
Maladies ou problèmes oculaires	84,5	92,2	88,9	58,3
Maladies concernant les os et les articulations	52,9	71,8	63,8	31,3
Maladies cardiovasculaires	74,6	73,6	74,0	29,1
Maladies endocriniennes et métaboliques	55,5	58,3	57,1	24,9
Maladies respiratoires et ORL	24,6	24,8	24,7	21,3
Causes externes, facteurs influant l'état de santé	27,7	31,7	30,0	16,1

Lecture : 74,6 % des hommes de 65 ans et plus ont une maladie cardiovasculaire. Enquête : FSPS, 2008.

ACTIVITÉ 2 Concept de santé

2.1 À l'aide du document 4, compléter les encadrés du schéma en reportant les besoins à satisfaire pour être en « bonne santé » et illustrer, à partir de ses expériences et connaissances, par un exemple.



Document 4

La santé (OMS)

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS). L'individu atteint ce bien-être si ses besoins sont satisfaits et qu'il peut mettre en œuvre ses capacités physiques, intellectuelles et spirituelles. Ses besoins sont d'ordre nutritionnel, sanitaire, éducatif, social et affectif.

ACTIVITÉ 3 Notion de prévention

Après lecture du document 5

- 3.1 Relever trois niveaux de prévention et proposer un exemple d'action de prévention. (tout exemple pertinent).
- Primaire : vaccinations.
 - Secondaire : dépistage du cancer du sein (mammographie régulière, après 50 ans).
 - Tertiaire : rééducation après un accident vasculaire cérébral.

3.2 Indiquer la différence entre « prévention » et « promotion de la santé ».

La prévention intervient sur les facteurs individuels de risque alors que la promotion de la santé envisage une approche globale par une action sur l'ensemble des déterminants de santé.

Document 5

Extrait de l'introduction du rapport de la mission Flajolet

La définition de la prévention par l'OMS [...] de 1950 en distinguait traditionnellement trois types :

- La prévention primaire qui a pour but d'éviter l'apparition de la maladie en agissant sur les causes.
- La prévention secondaire qui vise à détecter rapidement la pathologie pour intervenir efficacement.
- La prévention tertiaire qui a pour objectif de diminuer les récidives et incapacités. [...].

Aujourd'hui, l'OMS préconise de passer de la prévention, c'est-à-dire de l'action sur les facteurs individuels de risque, à la promotion de la santé, entendue comme l'action sur les déterminants de la santé*.

* Facteurs qui influencent l'état de santé (personnels, environnementaux, organisationnels et sociaux).

ACTIVITÉ 4 Service de promotion de la santé en faveur des élèves

4.1. Relier par une flèche chaque action à la mission à laquelle elle contribue.

La mission de promotion de la santé en faveur des élèves a pour objectif de veiller à leur bien-être, de contribuer à leur réussite et de les accompagner dans la construction de leur personnalité individuelle et collective. [...] La mission de l'école dans le domaine de la promotion de la santé s'intègre donc dans le processus éducatif. Elle vise à :

Missions	Actions
Favoriser l'équilibre et le bien-être physique, mental et social des élèves, afin de contribuer à la réalisation de leur projet personnel et professionnel.	Entretien individuel avec Aline, 17 ans, qui vient de découvrir qu'elle est enceinte, puis orientation vers le planning familial.
Détecter précocement les difficultés susceptibles d'entraver la scolarité.	Bilan de six ans, auprès des enfants de grande section de maternelle ou de CP (examen sensoriel, bucco-dentaire...).
Agir, en appui de l'équipe éducative, pour une meilleure prise en charge des élèves.	Formation des élèves de 4 ^e D au PSC1 (prévention et secours civique de niveau 1).
Accueillir et accompagner tous les élèves, leur faciliter l'accès aux soins.	Participation au groupe d'aide et d'insertion de l'établissement (lutte contre l'absentéisme et le décrochage scolaire).
Développer une dynamique d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des conduites à risque.	Organisation d'un petit-déjeuner dans le cadre d'une action sur l'hygiène alimentaire.
Contribuer à faire de l'école un lieu de vie prenant en compte les règles d'hygiène, de sécurité et d'ergonomie.	Présentation à l'équipe pédagogique de Soraya, 16 ans, élève atteinte de sclérose en plaques et qui arrive dans l'établissement.

Étude d’une population

Objectif

1. Dégager les caractéristiques, à partir de données démographiques et/ou épidémiologiques, d’une population : âge, CSP, familles, état de santé...



Nadia vient d’obtenir son baccalauréat professionnel ASSP ; elle a suivi cette formation dans la ville où elle habite. Elle vient d’être recrutée pour un emploi d’assistante de responsable de secteur dans une association d’aide à domicile d’une ville voisine. Elle souhaite rechercher les différentes caractéristiques de la population de cette ville qu’elle ne connaît pas et les compare avec celles de sa commune.

ACTIVITÉ 1 Étude comparée de la population de deux communes

1.1 Rechercher les caractéristiques de deux villes de votre région sur le site de l’INSEE. Se rendre sur la page d’accueil : <http://www.insee.fr/fr/> et suivre le chemin suivant :

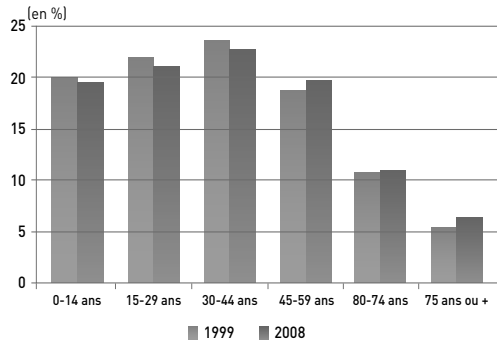
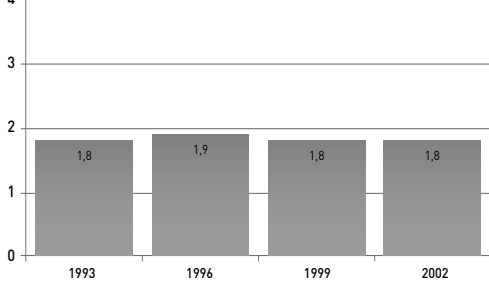
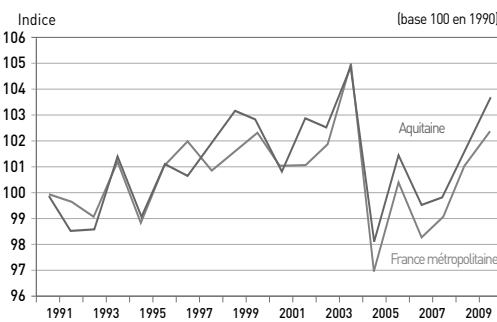
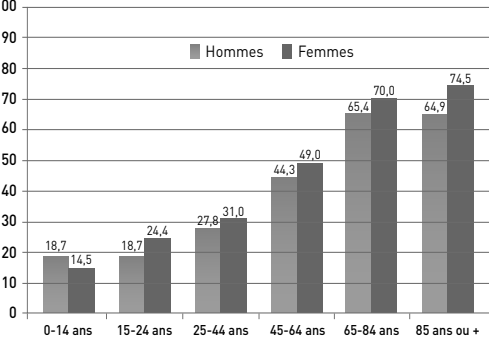
Base de données → Les résultats des recensements de la population → Les résultats des recensements 2008

Saisir le nom de la commune à étudier et cliquer sur [Rechercher]

Thème étudié	Graphique	Ville de	Ville de	Comparaison
Évolution de la population	POP T1M	Accroissement de la population.		Selon villes étudiées
	POP T2M	Noter un accroissement rapide ou au contraire une baisse sur une période donnée.		
	POP T3	Noter un accroissement rapide ou au contraire une baisse sur une période donnée.		
	POP T5	Étude des CSP : population plus ou moins aisée.		
Famille	FAM T1	Composition des ménages : évolution du nombre de couples sans enfants.... (à compléter avec FAM1 dans tableaux détaillés).		
	FAM T3	Évolution du nombre de familles monoparentales.		
Emploi	EMP T1	Poids du chômage. Part des CSP.		
	EMP T3			
	EMP T4			
	EMP T6	Part des salariés au regard des professions indépendantes.		
Logement	LOG T7	Part des propriétaires, poids du logement social...		
Diplômes - Formation	FOR T1	Niveau de scolarisation et poursuite d’études.		

ACTIVITÉ 2 État de santé des populations

2.1 Pour chacun des documents ci-dessous, préciser l'indicateur qu'il illustre et reporter, dans l'encadré, le numéro du type d'indicateur auquel il correspond. S'aider du document 1.

 <p>Population francilienne par grands groupes d'âge INSEE. RP 1999 et RP 2008 exploitations principales.</p>	 <p>Mortalité par tumeurs du côlon-rectum en Bretagne La mortalité par tumeurs du côlon-rectum a peu évolué au cours de la décennie allant de 1993 à 2002. La baisse des taux masculins et féminins est du même ordre (de 12 à 15 %), (Plan régional de santé publique – Bretagne – juin 2008).</p>		
Population par âge	N°1	Morbidity spécifique	N°4
 <p>Décès annuels domiciliés, base 100 en 1990 INSEE. État civil.</p>	 <p>Déclaration de « maladie chronique » selon l'âge Enquête nationale Santé 2002-2003, INSEE.</p>		
Mortalité	N°2	Morbidity	N°3

Document 1 La loi de santé publique d'avril 2004

La loi a défini des objectifs nationaux de la politique de santé. Dans le cadre de l'élaboration de la loi, une consultation nationale a permis d'identifier 100 objectifs liés à des problèmes de santé dont l'alcoolisme, le tabagisme, les accidents liés au travail, le saturnisme, les hépatites, le cancer...

Un travail a été conduit en 2004 pour définir des indicateurs directement liés aux objectifs de santé spécifiques définis, mais aussi des indicateurs transversaux permettant d'apprécier l'état de santé de la population :

1. Les indicateurs de cadrage démographique et social.
2. Les indicateurs synthétiques sur la base des données de mortalité.
3. Les indicateurs prenant en compte la morbidité.
4. Les indicateurs de contribution relative de problèmes de santé spécifiques.
5. Les indicateurs portant sur les inégalités sociales de santé.

Ces indicateurs permettent l'élaboration d'un rapport annuel sur l'état de santé des Français, décliné au niveau régional.



Notions de démographie et de santé publique

1 Démographie

1.1 La définition du terme « démographie »

Selon l'INED (Institut national d'études démographiques), la démographie est « l'étude des populations visant à connaître leur effectif, leur composition par âge, sexe, statut matrimonial, etc, et leur évolution future. Elle utilise les informations statistiques fournies par les recensements et l'État ».

1.2 Les indicateurs (source INED)

Natalité

La natalité correspond au nombre de naissances sur une période donnée. Mise en regard de la mortalité, elle participe à évaluer l'évolution naturelle d'une population.

Elle dépend du nombre de femmes dans une population et de leur fécondité.

Taux de natalité = nombre de naissances vivantes de l'année / population moyenne sur la même période.

Fécondité

C'est le nombre de naissances vivantes rapporté au nombre de femmes en âge de procréer.

L'indicateur conjoncturel de fécondité mesure la fécondité d'une année.

Morbidité

C'est le nombre de maladies, de blessures et d'incapacités dans une population donnée. L'incidence d'une maladie correspond au nombre de cas apparus pendant une année au sein d'une population, tandis que la prévalence est le nombre total de personnes malades à un moment donné.

Mortalité

C'est le nombre de décès survenus dans une population.

Taux de mortalité = nombre de décès / population totale moyenne d'une année (souvent exprimé pour 1 000 personnes).

On peut exprimer la mortalité selon la cause (mortalité par cancer), par âge (mortalité des 55 ans et plus), par sexe...

2 Concept de santé

Facteurs pouvant influencer l'état de la personne.

Facteurs ENDOGÈNES

- patrimoine génétique,
- hormonaux,
- âge,
- sexe (espérance de vie des femmes > à celle des hommes),
- passé sanitaire.

Facteurs EXOGÈNES

CADRE DE VIE

- urbanisme, habitat, équipements (culturels, éducatifs, sanitaires...),
- milieu et conditions de travail (bruit, chaleur...),
- pollution, nuisances de l'environnement.

MODE DE VIE

- rythmes de vie: sédentarité, détente, activités,
- rythmes de travail...
- équilibre nutritionnel,
- consommation de tabac, alcool, drogues, médicaments...

MILIEUX RELATIONNELS

- milieux:
- familial,
 - socio-affectif,
 - socio-économique,
 - socio-éducatif
 - socio-culturel,
 - socio-professionnel...

CONFORT, SALUBRITÉ,
SÉCURITÉ

HYGIÈNE DE VIE,
SECURITÉ

COMMUNICATION,
SECURITÉ

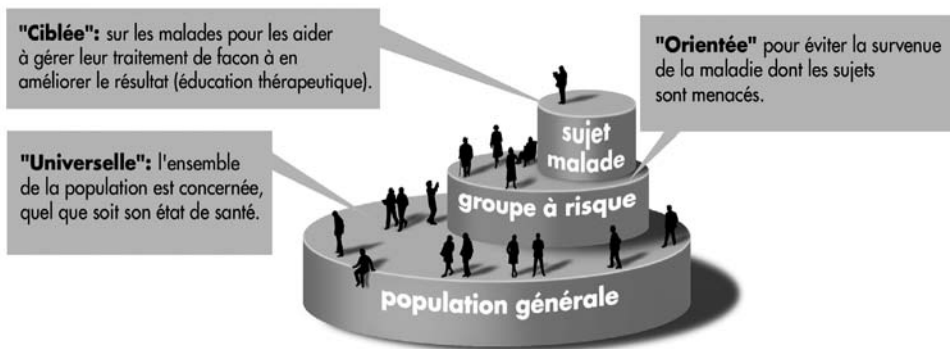
peuvent influencer positivement ou négativement le développement et l'état de santé de la personne.

CROISSANCE, DÉVELOPPEMENT,
ÉQUILIBRE, HARMONIE

TROUBLES FONCTIONNELS, TROUBLES
DU COMPORTEMENT, MALADIES

3 Prévention

La prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre ou la gravité des maladies ou accidents. Ces mesures peuvent cibler la survenue du risque, elle se décline alors en trois niveaux (primaire, secondaire et tertiaire) selon que l'on se situe avant, pendant ou après la maladie, l'accident ou le handicap. Il existe d'autres approches de la prévention dont celle du professeur San Marco reprise par d'autres chercheurs.



4 Service de promotion de la santé en faveur des élèves

RECTORAT		Médecin conseiller du recteur		Infirmier conseiller du recteur			
INSPECTION ACADÉMIQUE	Médecin conseiller du directeur d'académie	Infirmier conseiller du directeur d'académie	Médecin conseiller du directeur d'académie	Infirmier conseiller du directeur d'académie	Médecin conseiller du directeur d'académie	Infirmier conseiller du directeur d'académie	...
SECTEURS ÉCOLES	Médecin de secteur + infirmières de secteur	Médecin de secteur + infirmières de secteur	Médecin de secteur + infirmières de secteur	Médecin de secteur + infirmières de secteur	Médecin de secteur + infirmières de secteur	Médecin de secteur + infirmières de secteur	...
Les missions <ul style="list-style-type: none">• Gestion des urgences individuelles (enfance en danger) et collectives• Accueil des élèves présentant une maladie évoluant sur le long cours• Dépistage précoce des troubles des apprentissages• Visites médicales en vue de l'obtention des dérogations au travail sur machines proscrites par le Code du travail pour les mineurs dans les lycées professionnels• Suivi des élèves à besoins éducatifs particuliers							

5 Étude d'une population

L'étude d'une population permet d'en déterminer les caractéristiques pour orienter la politique de santé. Elle s'appuie sur :

- des indicateurs de cadrage démographique et social (**évolution de la population, répartition par âge, natalité, fécondité, niveau de diplôme, catégories socio-professionnelles, taux de chômage...**) ;
- des indicateurs synthétiques de mortalité (**espérance de vie, taux de mortalité, mortalité évitable**) ;
- des indicateurs synthétiques sur la morbidité déclarée (santé perçue, personnes **déclarant être limitée dans les activités**) ;
- des indicateurs relatifs aux problèmes de santé spécifiques (causes de mortalité, principales causes de morbidité...).

Les altérations de la santé

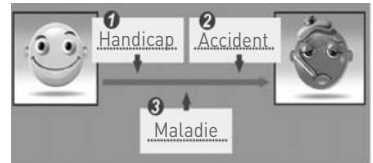
Objectif

1. Présenter des causes d'altération de la santé et leurs caractéristiques.

ACTIVITÉ 1 Les causes d'altération de la santé

1.1 À partir des situations ci-dessous, identifier trois causes d'altération de la santé et compléter le schéma.

1. Marvin est paralégique (paralysie des membres inférieurs) depuis sa naissance. Il souffre parfois de crises douloureuses intenses.
2. Javier souffre de troubles respiratoires graves suite à l'inhalation de fumées toxiques lors d'un accident sur son lieu de travail.
3. En ce mois de janvier, l'épidémie de grippe est à son maximum. Elle n'a pas épargné Maxence.



ACTIVITÉ 2 La maladie et ses caractéristiques

2.1 Rechercher la définition des mots soulignés dans le document 1.

- Morbide : qui relève de la maladie, la caractérise ou en résulte (Larousse.fr).
- Diagnostic : identification par le médecin de la nature et de la cause de la maladie.
- Pronostic : prévision faite par le médecin sur l'évolution et l'aboutissement d'une maladie (Larousse.fr).

2.2 À l'aide du document 1, retrouver pour chacune des situations la caractéristique de la maladie évoquée.

1. Ce matin, Nader se réveille avec de la fièvre, la gorge douloureuse et le nez qui coule.	2. Suite à des années de tabagisme, Roland souffre en permanence de bronchite.	3. Forte fièvre, courbatures, grande fatigue... pas de doute c'est la grippe.	4. Après une fracture du tibia, Jean fait une radiographie de contrôle : il est en voie de guérison.
Symptôme	Chronicité	Diagnostic	Évolution

5. Une rupture d'anévrisme suite à une poussée hypertensive.	6. Il s'agit effectivement d'une tumeur de petit diamètre. Le diagnostic en a été précocé, l'évolution devrait être favorable avec le traitement que nous envisageons.	7. En examinant Mathias, le médecin évoque une pneumonie secondaire à la grippe.
Étiologie	Pronostic	Complication

Document 1 Qu'est-ce qu'une maladie ?

Une maladie se définit par une altération de l'état de santé correspondant à un état morbide. La cause (ou étiologie) en est le plus souvent connue. Elle se caractérise par des signes (observés par le médecin) ou symptômes (ressentis par le malade) plus ou moins spécifiques qui permettent au médecin d'en poser le diagnostic. Le pronostic de la maladie est conditionné par l'état de la personne, son âge, ses conditions de vie, son environnement. L'évolution de la maladie peut se faire vers la guérison [ou] avec des complications plus ou moins graves, impactant le pronostic [ou] vers la chronicité, c'est-à-dire qu'elle va se poursuivre sur plusieurs années avec des retentissements sur la vie quotidienne [ou] vers la mort. De nombreuses maladies sont plurifactorielles, leur survenue dépend de l'environnement, du vécu de l'individu mais aussi de son patrimoine génétique.

ACTIVITÉ 3 Le handicap

3.1 Souligner, dans le document 2, les trois éléments qui caractérisent le handicap.

3.2 Illustrer ces caractéristiques par des éléments de la situation A.

- Altération : atteinte de la moelle épinière ou paraplégie.
- Limitation d'activité : impossibilité de se déplacer.
- Restriction de participation à la vie sociale : ne peut plus travailler en service de réanimation.

3.3 Indiquer comment Antoine peut à nouveau participer à la vie sociale.

- Rééducation.
- Acquisition d'un fauteuil.
- Formation et reclassement professionnels.

3.4 Préciser l'importance des facteurs environnementaux dans la situation B.

L'aménagement de son immeuble permet à Marie-France de rentrer chez elle malgré son handicap, tandis que Annabelle, en situation de handicap de façon temporaire, ne peut rejoindre seule son logement faute d'ascenseur.

Document 2

Loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou de plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.
La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie.

Situation A

Antoine a obtenu son diplôme d'infirmier en 2002. Après avoir exercé dans différents services, il obtient le poste qu'il convoitait depuis longtemps dans le service de réanimation cardiaque. Il y travaille avec passion jusqu'à un stupide accident ; il tombe dans l'escalier en allant prendre son service. La chute a provoqué une lésion de la moelle épinière avec pour conséquence une paraplégie. Après plusieurs mois de rééducation et l'acquisition d'un fauteuil roulant, il souhaite reprendre une activité professionnelle mais il ne peut plus assurer sa mission dans le service de réanimation. On lui propose alors de rejoindre le service d'addictologie avec une formation en promotion de la santé. Il s'investit dans ce nouveau challenge et y trouve satisfaction.

Situation B

Marie-France, tétraplégique, accède à son appartement situé au 1^{er} étage grâce au monte-escalier installé dans le foyer-résidence. Annabelle, les deux jambes dans le plâtre après une mauvaise chute, ne peut pas rentrer chez elle, au cinquième sans ascenseur.

ACTIVITÉ 4 L'accident

4.1 À partir de la définition de l'accident, proposer un exemple de situation d'accident en en reprenant les caractéristiques. L'exemple doit évoquer l'arrivée brusque et imprévue, la nature de l'accident et ses conséquences sur la santé.

Document 3

L'accident

Selon l'encyclopédie Aris, l'accident est un « événement malheureux et imprévu qui survient brusquement et cause des dégâts matériels ou corporels ».
L'OMS définit l'accident comme « un événement indépendant de la volonté humaine, provoqué par une force extérieure agissant rapidement et qui se manifeste par un dommage corporel ou mental ».

4.2 En faisant appel à ses connaissances, dégager les trois principales causes d'accident en France.

Accidents de la vie quotidienne, accidents de la route, accidents du travail.



La santé dans le monde

Objectif

1. À partir de documents, comparer l'état de santé de populations de différents pays.

Les Statistiques sanitaires mondiales 2009 contiennent la compilation annuelle par l'OMS des données provenant de ses 193 États membres et un résumé des progrès accomplis vers les 8 objectifs du millénaire pour le développement (OMD) adoptés au sommet du Millénaire en septembre 2000.

ACTIVITÉ 1 Les indicateurs sanitaires

1.1 Repérer, dans le rapport de l'OMS sur la santé dans le monde, les différents types d'indicateurs et en donner un exemple à trouver sur http://www.who.int/whosis/whostat/FR_WHS09_Full.pdf.

Indicateurs sanitaires	Exemples
Mortalité et charge de morbidité	Tout exemple d'indicateur relevé dans le document.
Mortalité par cause spécifique et morbidité	
Maladies infectieuses sélectionnées	
Couverture par les services de santé	
Facteurs de risque	
Personnel de santé, infrastructures sanitaires et médicaments essentiels	
Dépenses de santé	
Iniquités en matière de santé	
Statistiques démographiques et socio-économiques	

1.2 Préciser l'indicateur qui illustre la charge de morbidité et en indiquer l'intérêt.

L'espérance de vie en bonne santé permet d'évaluer le nombre d'années qu'une personne peut vivre en bonne santé. Elle prend en compte les incapacités qui peuvent altérer la vie de la personne.

1.3 Les OMD 4, 5 et 6 sont directement liés à la santé. Pour chacun de ces objectifs, retrouver un indicateur de suivi des progrès accomplis.

OMD		Indicateur 1	2000	2007	Commentaire
4	Réduire la mortalité chez l'Enfant	Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes).	33 %	25 %	Mortalité infantile en baisse.
5	Améliorer la santé maternelle	Naissances assistées par du personnel de santé qualifié.	93 %	95 %	Amélioration globale des conditions d'accouchement.
6	Combattre le VIH / sida, le paludisme et d'autres maladies	Prévalence de la tuberculose (pour 100 000 hab.).	98 %	75 %	Baisse du nombre de cas de tuberculose sauf dans la région africaine.

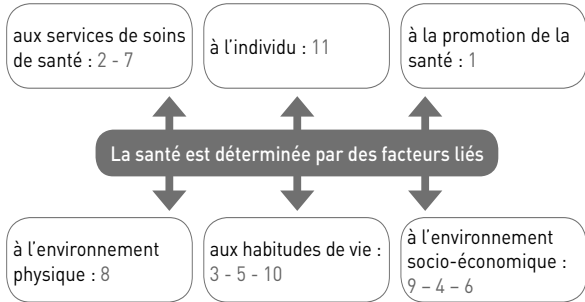
1.4 À partir des documents 1 et 2, indiquer dans les encadrés la ou les propositions correspondant aux déterminants de santé.

Document 1

Les déterminants de santé

Aujourd'hui, il est généralement reconnu que la santé des êtres humains est fortement influencée par les conditions de vie, les modes de vie et les comportements. Contrairement aux facteurs biologiques et génétiques, ces influences sont regroupées sous le terme de « déterminants de la santé ». Ces déterminants sont liés entre eux et ne peuvent pas être examinés individuellement. Ils agissent en de multiples interactions et processus qui s'influencent mutuellement.

www.quint-essenz.ch/fr/topics/1273



Document 2

« L'état de santé de la population européenne » (Extraits)

1. La situation de la vaccination est résumée dans la section sur les maladies évitables par la vaccination. Le dépistage se fait avant la naissance, pendant l'enfance et à l'âge adulte pour certains cancers.

2. Il est important aussi de s'intéresser aux services de soins de santé pour leur donner la place qui leur revient parmi les déterminants positifs de l'état de santé des populations.

3. Un régime déséquilibré a des effets sur la santé sur le long terme, comme les maladies circulatoires, les cancers et le diabète non insulino-dépendant.
4. Des effets négatifs sur la santé peuvent être imputés aux conséquences économiques, sociales et psychologiques du chômage.

5. Le tabagisme est nocif au fumeur individuel, mais aussi aux autres individus à travers le tabagisme passif.

6. La prévalence de mauvais états de santé s'accroît régulièrement à mesure que le niveau de revenus décroît.

7. Au niveau hospitalier, le nombre de personnes hospitalisées, de lits pour soins psychiatriques et pour maladies aiguës pour 1 000 habitants a diminué depuis 1970.
8. Les données disponibles suggèrent que les polluants aériens pourraient être associés au décès de 40 000 à 150 000 adultes par an.

9. Des études finlandaise et néerlandaise montrent que, plus le niveau d'éducation est élevé, plus l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé sont élevées.

10. Parmi les toxicomanes, le partage de matériel d'injection contaminé est le principal moyen de transmission du VIH et de l'hépatite.
11. Principales causes de mortalité pour différents groupes d'âge dans les pays de l'Union européenne.

Principales causes de mortalité		
Âge	Hommes	Femmes
< 1 an	Problèmes périnataux et syndrome de mort subite du nourrisson	
1-4	Accidents en véhicule à moteur	
5-9	Accidents en véhicule à moteur	
10-14	Accidents en véhicule à moteur	
15-19	Accidents en véhicule à moteur	
20-24	Accidents en véhicule à moteur	
25-29	Accidents en véhicule à moteur	
30-34	Accidents en véhicule à moteur	Suicide
35-39	Suicide	Cancer du sein
.....
75-79	Cardiopathie ischémique	
80-84	Cardiopathie ischémique	Affection vasculaire cérébrale
≥ 85	Maladies de circulation pulmonaire et autres cardiopathies	



Les altérations de la santé

La santé dans le monde

1 Les causes des altérations de la santé

Rappelons que « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Une atteinte d'un de ces trois aspects entraînera une altération de la santé. Maladie, handicap, accident peuvent en être à l'origine.



2 L'état de la santé dans le monde

2.1 Les indicateurs de santé

Pour publier ses « statistiques sanitaires mondiales », l'OMS s'appuie sur des indicateurs de santé :

- mortalité et charge de morbidité ;
- maladies infectieuses sélectionnées ;
- facteurs de risque ;
- dépenses de santé ;
- statistiques démographiques et socio-économiques.
- mortalité par cause spécifique et morbidité ;
- couverture par les services de santé ;
- personnel de santé, infrastructures sanitaires et médicaments essentiels ;
- iniquités en matière de santé ;

2.2 Les déterminants de santé

Selon l'OMS, les déterminants de santé sont les « facteurs personnels, socio-économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations ».



2.3 Les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD)

Lors du sommet du Millénaire en 2000, les chefs d'État et de gouvernements de 189 pays se sont donné pour objectifs la réduction de l'extrême pauvreté et de la mortalité infantile, la lutte contre plusieurs épidémies, dont le sida, l'accès à l'éducation, l'égalité des sexes, et l'application du développement durable. Pour cela, huit objectifs ont été définis dont trois sont particulièrement axés sur la santé.

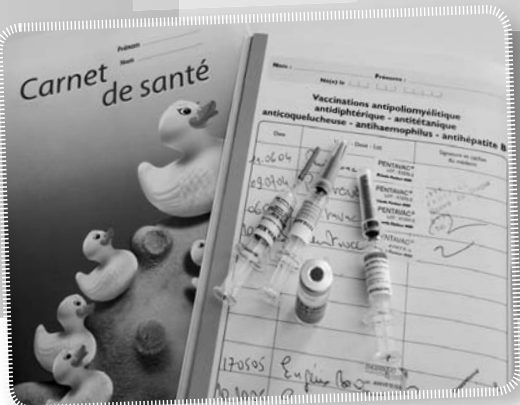
Objectif 4 - Réduire la mortalité infantile et post-infantile	Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.
Objectif 5 - Améliorer la santé maternelle	Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle. Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015.
Objectif 6 - Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies	D'ici à 2015, avoir enrayer la propagation du VIH/sida et avoir commencé à inverser la tendance actuelle. D'ici à 2010, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/sida. D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies graves et commencer à inverser la tendance actuelle.

Le sommet de 2010 sur les OMD, à mi-chemin entre 2000 et 2015, reconnaît des progrès, notamment sur la santé de l'enfant, le sida, la tuberculose, le paludisme mais pointe également là où il y a peu d'avancées comme la santé maternelle et néonatale.

Organisation sanitaire et sociale en France

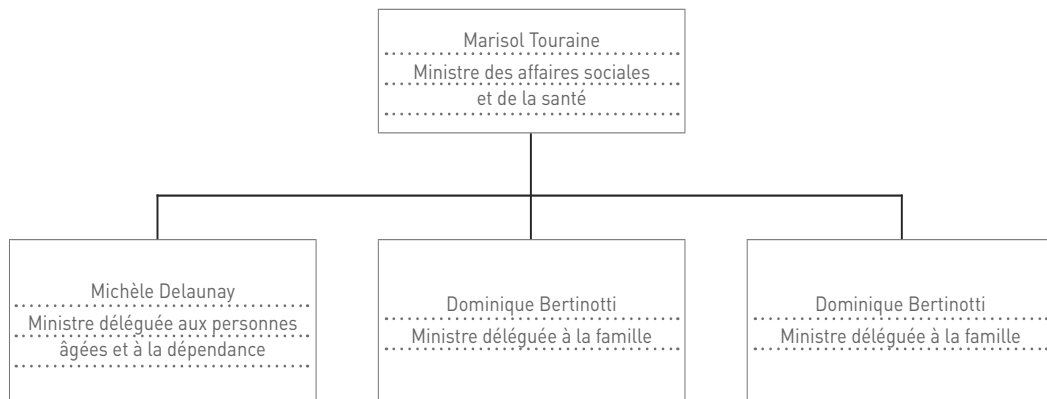
Objectifs

1. Présenter schématiquement l'organisation sanitaire et sociale au niveau de l'État et des collectivités territoriales.
2. Donner quelques exemples de compétences dans le secteur sanitaire et social pour chaque niveau.



ACTIVITÉ 1 Le niveau national de l'organisation sanitaire et sociale

1.1 À partir du site du gouvernement (<http://www.gouvernement.fr/gouvernement/composition-du-gouvernement>), compléter l'organigramme en précisant le nom des ministres (ministre et ministres délégués) en charge de la santé et des affaires sociales ainsi que leur domaine de compétence).



ACTIVITÉ 2 L'organisation sanitaire et sociale de l'État dans les territoires

2.1 Dans le document 1, souligner, en rouge, les instances relevant du niveau régional et, en vert, celles relevant du niveau départemental.

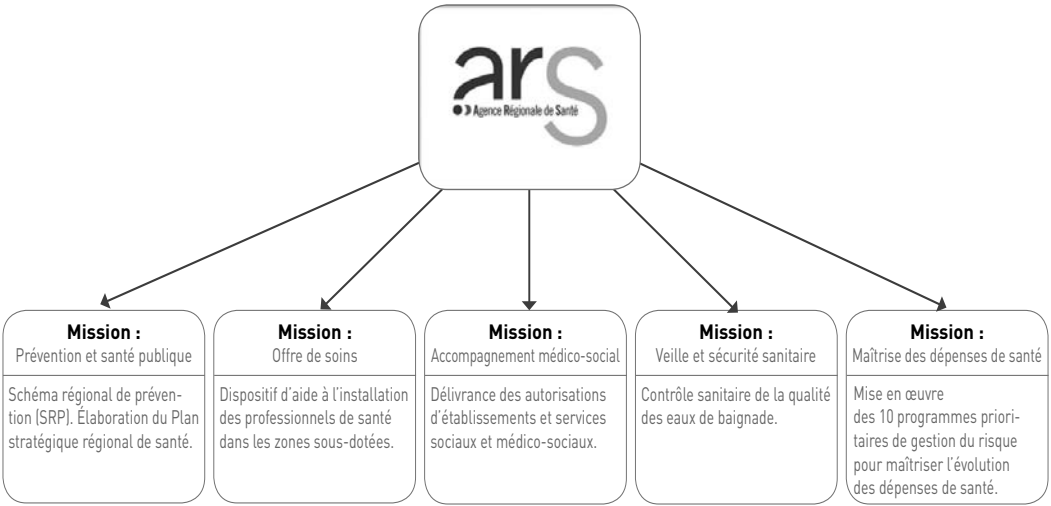
Document 1 La réforme de l'administration territoriale

Depuis le 1^{er} juillet 2010, les niveaux régional et départemental constituent ensemble l'administration territoriale de l'État. Ils exercent chacun un rôle différent mais ils dépendent l'un de l'autre et s'appuient mutuellement pour la mise en œuvre des politiques ministérielles au service des administrés et de l'intérêt général.

Il en est ainsi pour l'organisation sanitaire et sociale :

- les Agences régionales de santé sont des établissements publics chargés de mettre en œuvre la politique de santé définie par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Elles sont relayées au niveau départemental par les délégations territoriales.
- les Directions régionales de Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale sont les représentantes sur le territoire de plusieurs ministères (ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale, ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et de la Vie associative, ministère des Sports). Elles assurent le pilotage et la coordination des politiques décidées par ces ministères et leur mise en œuvre. Au niveau départemental, il existe des Directions départementales de la protection des populations, de la cohésion sociale et du territoire placées sous la tutelle du Premier ministre ; en fonction de l'importance de la population, elles peuvent être regroupées ou non.

2.2 À partir du portail des agences régionales de santé (<http://www.ars.sante.fr>), repérer les champs d'action de l'ARS et compléter le schéma en donnant un exemple d'action pour chaque champ.



2.3 À partir du portail des Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (<http://www.drjcs.gouv.fr/>), repérer les missions des DRJCS, compléter le tableau et proposer, pour chacune, un exemple d'action, en recherchant sur un ou plusieurs sites régionaux.

Site régional : DRJCS de	
Missions	Exemple d'action mise en œuvre
Ex. : Actions sociales de la politique de la ville	Lien social et citoyenneté, en lien avec l'ACSÉ (Agence nationale de la cohésion sociale et de l'égalité des chances)
Protection des personnes vulnérables et accès à l'hébergement	Plan stratégique régional de santé Suivi des publics accueillis dans les dispositifs de veille sociale (outil d'observation)
Prévention et lutte contre les exclusions	Programme régional pour l'intégration des populations immigrées
Promotion de l'égalité des chances	Participation au dispositif « L'École ouverte » piloté par le rectorat
Prévention et lutte contre les discriminations	Formation des acteurs à la prévention et la lutte contre les discriminations (recensement des besoins, élaboration des commandes et suivi des formations)
Insertion sociale des personnes handicapées	Agrément des organismes de vacances adaptés pour personnes handicapées
Formation et la certification pour les professions sociales et de la santé non médicales	Résultats des examens (DEAS, DEAP, DEAMP...)

ACTIVITÉ 3 Le Plan régional de santé

3.1 Après lecture du document 2, indiquer l'intérêt d'un Plan régional de santé.
Le PRS permet à l'ARS et à ses partenaires de définir les objectifs de santé pour une période de 5 ans.

Document 2 Le Plan régional de santé

La stratégie d'une ARS est définie dans son projet régional de santé (PRS). Celui-ci est prévu par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires de juillet 2009 : « Le Projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'Agence régionale de santé dans ses domaines de compé-

tences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. » Pour les ARS, le PRS devient l'outil stratégique unifié de la politique régionale de santé, intégrant un ensemble de démarches stratégiques en faveur de la santé, défini au sens (prévention, soins hospitaliers et ambulatoires et médicosocial).

La protection sociale en France

Objectifs

1. Définir un risque social.
2. Citer les principaux risques sociaux.
3. Indiquer les principaux types de protection sociale, leurs rôles respectifs et leur financement.
4. Indiquer les principaux risques couverts par la Sécurité sociale.

ACTIVITÉ 1 Les principaux risques sociaux

1.1 Relever, dans le document 1, les deux risques représentant les prestations les plus importantes et donner une explication à ce constat.

- Risque Vieillesse et risque Maladie.

- Le vieillissement de la population et les problèmes de santé qui en découlent font augmenter les dépenses liées au versement des pensions de retraite et aux soins.

1.2 À l'aide du document 2, identifier les principaux risques sociaux en les soulignant.

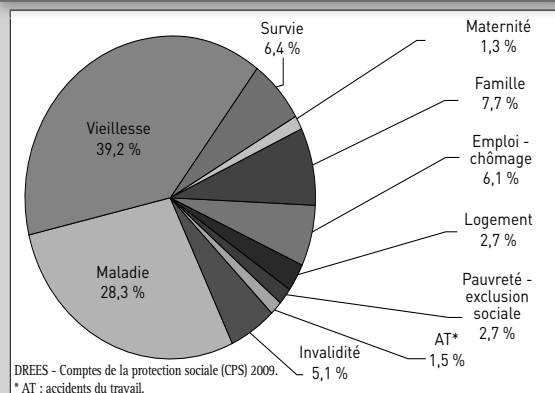
1.3 Pour chacune des situations suivantes, indiquer le risque et son impact sur les revenus de la personne.

Situation	Risque	Baisse des ressources	Hausse des dépenses
Marina est professeur des écoles. Enceinte de 6 mois, elle sera en congé maternité dans quelques semaines.	Maternité	X	
Samir et Nadia ont trois enfants, tous scolarisés.	Famille		X
Juan souffre d'une forte grippe. Son médecin lui a prescrit un arrêt de travail de huit jours et des médicaments.	Maladie	X	X
Albert, conseiller financier, vient de perdre son emploi.	Chômage	X	

1.4 À partir des activités précédentes, proposer une définition du risque social.

Événement pouvant survenir dans la vie d'un individu et ayant une influence sur ses revenus, soit en accroissant ses dépenses, soit en diminuant ses revenus.

Document 1 La ventilation des prestations de protection sociale par risques



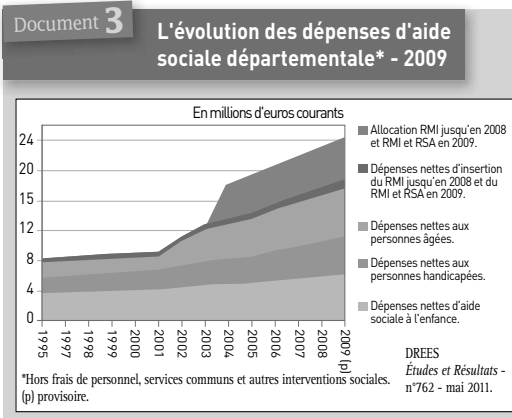
Document 2 Les risques sociaux - CPS, 2009

Les Comptes de la protection sociale visent à décrire l'ensemble des opérations contribuant à la couverture des risques sociaux auxquels les ménages sont exposés (santé, vieillesse-survie, maternité-famille, emploi, logement, pauvreté-exclusion sociale), en considérant l'ensemble des régimes ou organismes ayant pour mission d'en assurer la charge dans un cadre de solidarité sociale.

ACTIVITÉ 2 Le système de protection sociale en France

2.1 À l'aide des documents 3 à 7, compléter le tableau présentant les différents types de protection sociale.

Type de protection sociale	Rôle(s)	Financement
Aide sociale légale départementale	Prise en charge du RSA. Dépenses en faveur des personnes âgées, handicapées, de l'enfance.	- Impôts. - Certaines aides ont un caractère d'avance, elles devront donc être remboursées si la personne revient à meilleure fortune ou lors de la succession.
Aide sociale légale d'État	Aide médicale, fonctionnement des ESAT, logement et hébergement.	
Sécurité sociale	Prise en charge des risques liés aux branches maladies, familles, accidents du travail et maladies professionnelles, vieillesse.	- Cotisations salariales et patronales assises sur les salaires, obligatoires. - CSG et CRDS.
Retraites complémentaires	Complément à la retraite de base de la Sécurité sociale.	Cotisations salariales et patronales assises sur les salaires, obligatoires.
Mutuelles	Complément total ou partiel des remboursements par la Sécurité sociale des frais de santé.	Cotisations des adhérents, adhésion volontaire.



Document 4 L'aide sociale légale

L'aide sociale légale a un caractère subsidiaire (en dernier recours) et alimentaire (répondant aux besoins nécessaires à sa vie quotidienne). Elle est encadrée par la loi et les règlements et constitue un droit pour les personnes résidant en France et satisfaisant aux conditions légales et réglementaires. Elle est financée par l'impôt.

L'aide sociale légale fait intervenir trois acteurs publics : le **département** qui dispose de la compétence de droit commun en matière d'aide sociale, l'**État** en charge d'une compétence résiduelle mais importante (notamment l'aide médicale d'Etat, le fonctionnement des établissements ou services d'aide par le travail - ESAT - et l'aide sociale en matière de logement et d'hébergement), l'**échelon communal**.

Document 5 L'organisation de la Sécurité sociale

La Sécurité sociale se compose d'un ensemble d'institutions qui ont pour fonction de protéger les individus des conséquences de divers événements ou situations, généralement qualifiés de risques sociaux. On distingue quatre branches de la Sécurité sociale prenant en charge différents risques :

- la branche maladie (maladie, maternité, invalidité, décès) ;
- la branche famille (dont handicap et logement...) ;
- la branche accidents du travail et maladies professionnelles ;
- la branche retraite (vieillesse et veuvage).

Le financement provient des cotisations salariales et patronales prélevées sur les salaires. La Contribution sociale généralisée (CSG) et la Contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) sont prélevées sur les salaires et autres revenus.

Document 6 Les retraites complémentaires

La retraite Arcco¹ ou Agirc² est complémentaire à la retraite de base versée par la Sécurité sociale ou la Mutualité sociale agricole.

Autrement dit, les salariés du secteur privé cotisent pour leur retraite de base auprès de leur régime général de Sécurité sociale et pour leur retraite complémentaire auprès d'une caisse de retraite Arcco ou Agirc s'ils sont cadres.

Les règles de la retraite complémentaire reposent sur le principe de la répartition : les cotisations versées par les salariés et leurs employeurs servent à payer immédiatement les pensions aux retraités.

¹ Arcco : Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés.
² Agirc : Association générale des institutions de retraite complémentaire des cadres.

Document 7 Les mutuelles

Dans la majorité des cas, la Sécurité sociale ne couvre qu'une partie des frais engagés par l'assuré social (frais médicaux, optique, dentaire, frais d'hospitalisation...). Les complémentaires santé des mutuelles complètent partiellement ou totalement les remboursements de la Sécurité sociale. Leurs ressources proviennent de la cotisation des adhérents.



Organisation sanitaire et sociale Protection sociale en France

1 L'organisation sanitaire et sociale en France

1.1 Au niveau central

Au fil des gouvernements, les structures ministérielles évoluent aussi bien dans leur dénomination que dans leurs champs d'action. Toutefois, on retrouve toujours dans chaque gouvernement un ou des ministères en charge de la Santé et des Affaires sociales.



1.2 Au niveau régional

Depuis juillet 2010, dans le cadre de la révision générale des politiques publiques, une réorganisation des services de l'État a eu lieu. Les services locaux ont été remodelés et certains ont disparu pour réduire le nombre d'intervenants, raccourcir les délais et traiter l'intégralité d'une demande selon son sujet. Les Directions régionales sont chargées de mettre en œuvre les politiques publiques et de piloter leur adaptation aux territoires.

Les Directions régionales en charge de la santé et des affaires sociales



Au niveau départemental, les ARS se déclinent en délégation territoriale.

La Direction départementale à la cohésion sociale est une des trois directions départementales interministérielles possibles, en fonction de la taille du département et des besoins de la population.

2 La protection sociale en France

2.1 Les risques sociaux

La vie de la personne et de sa famille peut être perturbée par des événements qui auront un impact sur ses ressources, soit en diminuant ses revenus, soit en augmentant ses dépenses. On parle de « risques sociaux » dans la mesure où est mise en place une garantie collective pour pallier ces effets. Ce sont :

- le risque santé ;
- le risque maternité-famille ;
- le risque pauvreté-exclusion ;
- le risque vieillesse-survie ;
- le risque emploi-chômage ;
- le risque logement.

2.2 Le système de protection sociale en France

Le système de protection sociale est assuré par la Sécurité sociale et ses différents régimes, l'État et les collectivités locales pour l'aide sociale légale et des organismes de couverture complémentaire. La Sécurité sociale est fondée sur les principes de solidarité et de répartition. Ainsi, ce sont les salaires des actifs qui, par des prélèvements obligatoires (cotisations salariales et patronales), vont financer les prestations versées aux assurés sociaux.

La protection sociale regroupe :

- La Sécurité sociale
- Les régimes de retraites complémentaires
- L'assurance chômage
- L'aide sociale de l'État
- L'aide sociale des collectivités territoriales
- Les mutuelles
- Les institutions de prévoyance
- Les sociétés d'assurance

La Sécurité sociale comprend :

- Le régime général*
 - Le régime agricole
 - Le régime social des indépendants
 - Les régimes spéciaux
- *concerne les salariés et assimilés

Le régime général est composé de 5 branches :

- Maladie
- Retraite
- Accidents du travail-maladies professionnelles
- Famille
- Recouvrement

L'aide sociale légale

Au niveau de l'État

- Aide médicale d'État
- Fonctionnement des établissements ou services d'aide par le travail
- Aide sociale pour le logement et l'hébergement

Au niveau des collectivités territoriales

Département

- Revenu de solidarité active
- Aide sociale aux personnes âgées
- Aide sociale aux personnes handicapées
- Aide sociale à l'enfance

Commune (CCAS)

- Admission d'urgence à l'aide sociale
- Instruction des dossiers d'aide sociale



La vieillesse : caractéristiques et place dans la société

Objectifs

1. Différencier les notions de vieillissement, sénescence, sénilité.
2. Caractériser les différents âges de la vieillesse.
3. Présenter la place des personnes âgées dans la société.

ACTIVITÉ 1 Notions de vieillissement, de sénescence et de sénilité

1.1 À l'aide du document 1, différencier la notion de sénescence de celle de sénilité.

La sénescence désigne le vieillissement normal de l'individu. La sénilité, c'est l'ensemble des aspects pathologiques du vieillissement.

1.2 Définir les termes suivants.



Gériatrie

Spécialité médicale qui prend en charge les personnes âgées malades.

Gérontologie

Science qui étudie le vieillissement sous plusieurs aspects : démographique, social...

Document 1 Quelques définitions liées au vieillissement

Le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir d'un certain âge. C'est un processus lent et inéluctable, qui touche tous les individus. Le terme de sénescence est utilisé pour désigner le vieillissement normal de l'individu. La sénilité correspond à des troubles physiques et mentaux, donc à

des pathologies liées au vieillissement.

La science qui étudie le vieillissement sous ses différents aspects (biologiques, social, démographique...) est la **gérontologie**.

La **gériatrie** est la spécialité médicale qui prend en charge les personnes âgées malades : les médecins titulaires de cette spécialité sont des gériatres.

ACTIVITÉ 2 Les âges de la vieillesse

2.1 À l'aide du document 2, expliciter les termes de « 3^e » et « 4^e âge ».

3^e âge : ce terme désigne la période qui suit l'âge adulte, débute au moment où cessent les activités professionnelles (60/65 ans). **4^e âge** : ce terme est utilisé pour désigner les personnes âgées de 75 ans ou 80 ans et, plus particulièrement, celles qui ne peuvent plus assumer seules certaines activités.

Document 2 3^e et 4^e âge

De nombreux termes ont été utilisés pour désigner les personnes âgées : les seniors, les vieillards, les aînés, les personnes dépendantes, les jeunes retraités...

Dans les années 1970, le terme de 3^e âge est très fréquemment employé : clubs du 3^e âge, université du 3^e âge... Cette période désigne alors le temps qui suit l'âge adulte, à partir du moment où cessent les activités professionnelles, donc à partir de 60/65 ans.

L'allongement régulier de l'espérance de vie, avec de plus en plus de personnes vivant au-delà de 80 ans, de personnes dépendantes, explique l'apparition, dans les années 1980, d'une nouvelle « catégorisation » : le 4^e âge. Le terme est alors utilisé pour désigner les personnes âgées de plus de 75 ans ou de 80 ans, selon les sociologues et, particulièrement, les personnes ne pouvant plus assumer certaines activités.

ACTIVITÉ 3 La démographie des personnes âgées dans la société

3.1 À l'aide des documents 3 et 4, décrire les évolutions démographiques concernant les personnes âgées.

Augmentation importante de la part des personnes âgées de plus de 60 ans dans la population générale : 19 % en 1990, 22 % en 2007. Cette augmentation va se poursuivre : les prospectives prévoient que 32 % de la population sera âgée de 60 ans ou plus à l'horizon 2060.

3.2 Énoncer les éléments qui expliquent l'augmentation du nombre des personnes âgées dans notre société.

L'augmentation de l'espérance de vie. L'avancée en âge des générations du baby-boom.

3.3 Commenter les chiffres de la dépendance.

Vieillesse n'égalise pas dépendance : toutes les personnes âgées ne sont pas dépendantes (8 % des personnes de plus de 60 ans sont dépendantes). La prévalence de la dépendance augmente avec l'âge : 63 % des personnes âgées de plus de 95 ans sont dépendantes alors que seulement 2,7 % des personnes entre 60 et 79 ans sont dépendantes.

3.4 Analyser la courbe présentant les taux de dépendance.

La courbe met bien en évidence que la dépendance, quel que soit le sexe, augmente avec l'âge.

C'est aux environs de 80 ans que l'on peut constater une augmentation de la dépendance.

Document 3 Données démographiques

Un Français sur six a plus de 65 ans.

La population française continue de vieillir sous le double effet de l'espérance de vie et de l'avancée en âge des générations nombreuses du baby-boom. [...]

Les personnes de 65 ans ou plus représentent 16,8 % de la population, proportion comparable à la moyenne de l'Europe. [...]

INSEE Première, n° 1332, janvier 2011.

En France métropolitaine, la part des personnes âgées de 60 ans ou plus est passée de 19 % en 1990 à 22 % en 2007. À l'horizon 2060, cette proportion pourrait atteindre 32 %. [...]

Études et résultats DREES n° 771, août 2011.



Document 4 Chiffres et courbes de la dépendance

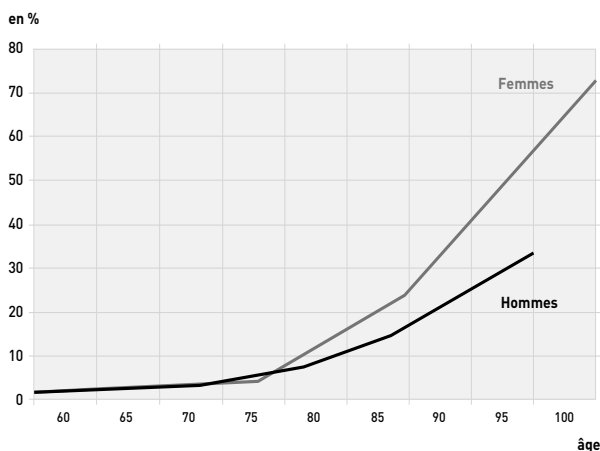
À la fin du 1^{er} trimestre 2011, 1 203 000 personnes âgées sont reconnues comme dépendantes (bénéficiant de l'APA). Mais, en réalité, le chiffre de personnes âgées dépendantes est sans doute plus important.

8 % des personnes âgées de plus de 60 ans sont dépendantes. La prévalence de la dépendance augmente avec l'âge : les personnes dépendantes représentent 2,7 % des personnes âgées de 60 à 79 ans, 11,2 % des personnes âgées de plus de 80 ans, 63 % des personnes âgées de plus de 95 ans.

DREES, n° 718, février 2010.

Selon les prévisions, le nombre de personnes âgées dépendantes, en France métropolitaine, doublerait d'ici à 2060.

Taux de dépendance par âge



INSEE. Enquête HID 1998-1999. Édition 2006

ACTIVITÉ 4 L'image et les rôles des personnes âgées dans la société

4.1 À l'aide des documents 5 et 6, expliciter l'image des personnes âgées dans la société actuelle.

L'image des personnes âgées reste négative, elle renvoie encore souvent à la notion de dépendance. La société valorise la jeunesse : beauté, action, dynamisme...

Les personnes âgées sont perçues comme non productives, peu utiles.

4.2 Préciser si cette image est identique dans tous les pays.

Dans certains pays (en Asie, en Afrique), les personnes âgées ont une place privilégiée en raison de leur savoir.

4.3 Donner un exemple de manifestation du jeunisme dans la société actuelle.

Les publicités présentent systématiquement des images de personnes jeunes, belles avec un corps parfait : les personnes âgées y sont très peu présentes.



Document 5

L'image de la vieillesse dans la société

On peut regretter qu'en France le jeunisme ambiant entrave le développement d'une image positive des personnes âgées. [...]

En Europe du Nord, par exemple, de même que dans certains pays d'Asie ou d'Afrique, les aînés sont bien moins stigmatisés que chez nous. Dans une partie de ces pays, la solidarité et les nécessités de l'apprentissage confèrent aux plus âgés une place privilégiée – même si les effets de la mondialisation et de la mobilité des personnes ont tendance à détériorer ces liens traditionnels – sans compter que les vieillards étaient d'autant plus respectés qu'ils étaient peu nombreux, ce qui est moins le cas aujourd'hui. [...]

La Nouvelle Société des seniors, Serge Guérin, essai Maichalon.

Document 6

Le vieillissement : une construction sociale marquée par une représentation négative

Le vieillissement est aujourd'hui antinomique (va à l'encontre) des valeurs attribuées par les sociétés modernes à la jeunesse, fortement valorisée et associée à certaines qualités : action, beauté, utilité dans la sphère productive [...]

Les seniors, appelés aussi 3^e âge, ni productifs, ni utiles, non dépendants, n'ont finalement pas de place entre les jeunes, la génération en pleine force de l'âge et les « vieillards » dépendants. Au mieux, l'avancée en âge est niée, voire gommée par le culte du jeunisme ou du rajeunissement ; au pire elle est dévalorisée.

Société et vieillissement, rapport du groupe 1 au gouvernement, juin 2011.

4.4 Souligner, dans le document 7, en rouge les réactions de l'entourage face au vieillissement d'un proche, en vert les réactions de l'individu face à son propre vieillissement.

Document 7

Les réactions face au vieillissement

Le vieillissement s'accompagne d'une succession de pertes, pertes pour lesquelles l'individu doit faire le deuil.

La perte de l'image de soi est une véritable blessure narcissique. L'individu doit accepter les modifications de son corps, faire le deuil de son corps « jeune ».

La perte de son rôle social lors de la cessation d'activités est pour certaines personnes difficile, surtout si elles ne réinvestissent pas le temps ainsi dégagé dans d'autres activités. Un sentiment d'inutilité peut apparaître.

Avec les années qui passent, la personne âgée voit progressivement disparaître des amis, des membres de sa famille, le sentiment de solitude s'accroît.

En vieillissant, l'individu se rapproche de son destin mortel et voit avec difficulté arriver le terme de sa vie : c'est l'heure des bilans, des regrets. Pour l'entourage familial, il est très difficile de voir vieillir l'un des siens, surtout quand le vieillissement s'accompagne de pathologies lourdes ou de dépendances. L'impossibilité de prendre en charge son parent âgé s'accompagne parfois de sentiments de culpabilité, peut engendrer des conflits familiaux.

4.5 À l'aide des documents 8 et 9, énoncer et classer les différents rôles que peuvent avoir les personnes âgées.

Au niveau familial :

- Transmission du savoir, de savoir-faire, de la mémoire familiale auprès des petits-enfants.
- Garde des petits-enfants.
- Soutien financier auprès des enfants, des petits-enfants.
- Soutien auprès des parents âgés pour la tranche d'âge des 60/65 ans.

Au sein de la société :

- Implication forte dans l'associatif à titre de bénévoles, participation à des activités (physiques...).
- Implication dans le monde politique : beaucoup de personnes ont des mandats électoraux.
- Rôle économique en raison du pouvoir d'achat de certains retraités : consommation.

Document 8

Les seniors jouent un rôle important auprès de leurs petits-enfants



Une des principales fonctions des grands-parents est la transmission. Les grands-parents transmettent des savoirs. Ils sont le relais de la mémoire familiale. Leurs souvenirs sont pour les enfants comme un récit historique. [...]

Les grands-parents transmettent aussi des savoir-faire. Les activités qu'ils pratiquent et font pratiquer à leurs petits-enfants sont des activités considérées comme intemporelles.

Dégagés du quotidien et de la charge éducative, les grands-parents prennent en charge des activités de loisirs.

L'Évolution des relations entre générations, CREDOC.

Document 9

Personnes âgées, société et famille

Outre la garde, le plus souvent occasionnelle, des petits-enfants, les personnes âgées apportent souvent un soutien financier à leurs enfants ou à leurs petits-enfants.

La tranche d'âge des 60/65 ans est également souvent engagée dans l'aide et le soutien à des parents plus âgés. Ces aidants familiaux ont un rôle économique indéniable et permettent d'accompagner la dépendance de la génération précédente.

L'implication des personnes âgées dans le secteur associatif est forte : 50 % des dirigeants du monde associatif sont des retraités. Au sein du monde associatif, les retraités peuvent aussi favoriser le lien intergénérationnel en participant à des activités variées : soutien scolaire, activités manuelles...

Ils participent également à des activités physiques.

Les seniors sont aussi présents dans la vie politique en s'investissant dans des mandats électoraux.

Ils représentent également, en raison de leur pouvoir d'achat, un potentiel pour la consommation : par exemple, certaines agences de voyage axent leur publicité sur des excursions, des voyages pour le 3^e âge.





Le vieillissement biologique

● Objectifs

1. Énoncer les modifications cellulaires et tissulaires liées au vieillissement.
2. Recenser les modifications anatomiques et physiologiques des appareils et des systèmes du corps.
3. Définir la notion de vieillissement différentiel.

ACTIVITÉ 1 Les modifications cellulaires et tissulaires liées au vieillissement

1.1 Souligner en rouge, dans le document 1, les modifications cellulaires, et en vert les modifications tissulaires.

Document 1 Les modifications cellulaires et tissulaires

Le vieillissement s'accompagne de modifications au niveau des cellules et des tissus.

La capacité de division de cellules diminue avec l'âge. Les acides nucléiques sont progressivement altérés : les mécanismes de réparation de l'ADN sont moins efficaces, la synthèse des protéines est diminuée. La morphologie des cellules est également modifiée : les cellules sont plus grandes, leurs noyaux plus étalés, le cytoplasme de certaines cellules se charge de granulations (lipofuschine) (cellules hépatiques et nerveuses, par exemple). Les tissus sont également touchés par le vieillissement. La synthèse d'élastine diminue, le collagène devient de moins bonne qualité.

ACTIVITÉ 2 Les modifications morphologiques

2.1 Énoncer, après observations des photographies, les modifications morphologiques liées au vieillissement (peau, cheveux).

- Apparition de rides sur la peau
- Cheveux blancs, clairsemés
- Silhouette voûtée



ACTIVITÉ 3 Le vieillissement des sens

3.1 À l'aide du document 2, compléter le tableau ci-dessous.

Sens	Manifestations du vieillissement	Conséquences
Goût	Diminution des papilles linguales mais les bourgeons continuent de fonctionner.	Goût peu altéré par le vieillissement. La saveur sucrée reste la mieux perçue.
Audition	Épaississement ou amincissement du tympan. Arthrose des articulations des osselets. Altération, voire disparition des cellules ciliées. Perte des neurones de la cochlée.	Baisse de l'acuité auditive – Presbycousie. Fréquences les plus basses et les plus hautes moins bien perçues. Difficultés à suivre plusieurs conversations en même temps. Difficulté à localiser l'origine d'un son.
Vision	Opacification du cristallin. Perte de souplesse du cristallin. Sécheresse oculaire, larmoiement.	Vision floue, éblouissement. Presbytie.

Document 2 Le vieillissement des sens.

Le vieillissement des cinq sens, qui touche préférentiellement audition et vision, impose une prise en charge minimale mais indispensable, qui consiste essentiellement en un dépistage simple de la perte de ces deux fonctions. Chirurgie et appareillage permettront ensuite facilement de corriger ou de compenser l'une comme l'autre. [...]

Au niveau du goût, le nombre de papilles linguales qui portent les bourgeons du goût diminue avec l'âge, mais les bourgeons continuent à fonctionner normalement. Le goût est donc préservé, même si des quatre saveurs, salé, acide, amer, sucré, c'est cette dernière qui est la mieux perçue par le sujet âgé.

Au niveau de l'oreille moyenne, on observe un épaississement du tympan ou au contraire un amincissement associé à une atrophie du muscle tenseur. L'arthrose altère le fonctionnement des articulations entre les osselets, qu'une otospongiose va parfois bloquer, causant une surdité. [...] Le vieillissement de l'oreille interne est marqué par une disparition ou, une altération des cellules ciliées, une perte des neurones de la cochlée. [...]

Avec l'âge, l'audition est donc modifiée, les fréquences les plus basses et les plus hautes étant moins bien perçues. La perception des mots est moins bonne. Quand l'ambiance sonore est défavorable, les difficultés augmentent : difficulté à suivre plusieurs conversations en même temps, difficulté à entendre les voix graves, à comprendre les voix aiguës, difficulté à localiser l'origine d'un son. [...] La presbycousie représente la première cause de surdité après 60 ans.

Au niveau de la vision, le vieillissement touche non seulement le globe oculaire mais aussi ses annexes. Paupières (perte d'élasticité des tissus), glandes lacrymales (sécheresse oculaire ou larmoiement excessif) sont atteintes. [...] Mais c'est essentiellement dans l'œil lui-même que les effets du vieillissement seront les plus importants. Le plus connu de ces effets est l'opacification progressive du cristallin par la cataracte. La vision devient floue, légèrement assombrie, et des phénomènes d'éblouissement en lumière vive sont gênants, notamment pour la conduite de nuit. [...] Une autre altération bien connue est la presbytie qui survient vers la quarantaine, et qui représente la manifestation la plus précoce du vieillissement. Elle se traduit par une difficulté à voir de près, cette anomalie de l'accommodation est secondaire à la perte de souplesse du cristallin.

Extraits de *Connaissance de la personne âgée*, collection Doc Gériontologie, Doc Éditions.

ACTIVITÉ 4 Le vieillissement biologique des grandes fonctions

4.1 À l'aide du document 3, compléter les différents encadrés du schéma p. 31.

Document 3 Le vieillissement biologique de quelques grandes fonctions

Le vieillissement de l'appareil locomoteur se caractérise par des modifications au niveau des muscles, des os et des articulations. Les fibres musculaires diminuent en densité, ce qui a pour conséquence essentielle une diminution de la force musculaire et moins de résistance à l'effort. Les cartilages articulaires voient leur composition modifiée (moins d'eau, réduction des chondrocytes) : cette modification aboutit à un amincissement du cartilage et à une altération des propriétés mécaniques se traduisant par des douleurs articulaires, douleurs qui peuvent limiter certains mouvements.

Au niveau des os, il est constaté une diminution de la densité osseuse (ostéoporose), principalement chez la femme. Cette réduction diminue la résistance mécanique des os et explique la fréquence des fractures chez la personne âgée.

Pour l'appareil cardiovasculaire, avec l'avancée en âge, les valvules se rigidifient, les fibres du myocarde s'atrophient, le muscle cardiaque perd son élasticité et sa contractilité. Ces modifications ont pour conséquence une réduction de la vitesse circulatoire, du débit cardiaque et de la pression veineuse. Les parois des artères sont moins élastiques, cette diminution de l'élasticité explique l'augmentation de la pression artérielle avec l'âge.

Au niveau du rein, il est constaté un ralentissement fonctionnel, le nombre de néphrons diminue, la filtration glomérulaire baisse. La clearance à la créatinine est modifiée, ce qui nécessite souvent une adaptation des posologies.

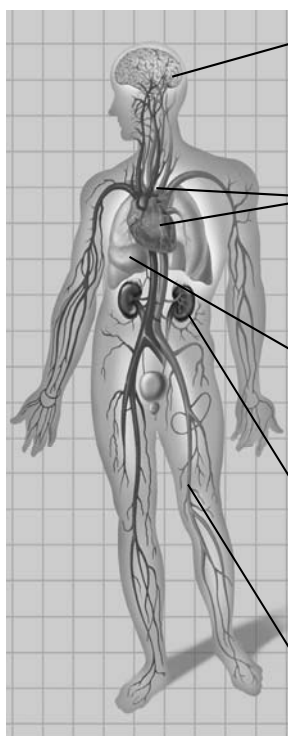
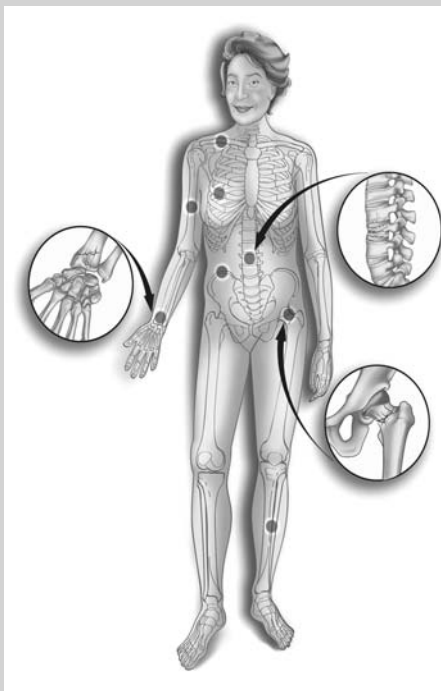
Le vieillissement des sphincters de la vessie explique l'apparition de certaines incontinences.

L'appareil respiratoire est également touché par le vieillissement : la compliance* pulmonaire diminue, le volume des muscles respiratoires est réduit, ce qui entraîne une diminution de la capacité respiratoire. Il y a aussi une diminution de la capacité de diffusion du dioxygène. Ces différentes modifications expliquent une moindre résistance aux efforts, des essoufflements.

Au niveau du système nerveux, le vieillissement se traduit par une diminution des neurones, une moindre sécrétion de certains neurotransmetteurs, une démyélinisation des fibres nerveuses avec, pour conséquence, un ralentissement de la conduction nerveuse.

La sécrétion de la mélatonine est diminuée, ce qui perturbe les rythmes circadiens et explique la déstructuration du sommeil chez la personne âgée.

* Compliance : capacité du poumon à modifier son volume en réponse à une variation de pression.



Système nerveux

- Diminution des neurones, moindre sécrétion des neurotransmetteurs, démyélinisation des fibres. → Conduction nerveuse ralentie.
- Diminution de la sécrétion de la mélatonine. → Déstructuration du sommeil.

Appareil cardiovasculaire

- Rigidification des valvules, atrophie des fibres du myocarde, perte d'élasticité et de contractilité du muscle cardiaque. → Réduction de la vitesse circulatoire, de la pression veineuse et du débit cardiaque.
- Diminution de l'élasticité des artères. → Augmentation de la pression artérielle.

Appareil respiratoire

- Diminution de la compliance respiratoire, du volume des muscles respiratoires. Diminution de la capacité respiratoire.
- Diminution de la capacité de diffusion du dioxygène. → Moindre résistance aux efforts, essoufflements.

Appareil urinaire

- Ralentissement fonctionnel, diminution du nombre de néphrons → baisse de la filtration glomérulaire.
- Vieillesse des sphincters de la vessie → apparition possible d'incontinence.

Appareil locomoteur

- Diminution de la densité osseuse. → Risque de fracture augmenté.
- Amincissement du cartilage articulaire. → Douleurs lors de certains mouvements.
- Diminution de la densité des fibres musculaires. → Moins de force musculaire, moins de résistance à l'effort.

ACTIVITÉ 5 Le vieillissement différentiel

5.1 À l'aide du document 4, définir la notion de vieillissement différentiel.

Le vieillissement est différentiel car il n'est pas identique d'une personne à l'autre et, chez une même personne, ... les différents organes ne vieillissent ni au même moment ni au même rythme :

- des individus d'un même âge peuvent avoir des degrés de vieillissement différents ;
- certains organes ou fonctions vieillissent plus rapidement que d'autres.

5.2 Énoncer les facteurs qui peuvent influencer le vieillissement. Proposer un autre exemple, non cité dans le document 4.

La pénibilité du travail. Les maladies (notamment certaines maladies chroniques). Une alimentation déséquilibrée (par exemple trop riche en graisse).

Autre(s) exemple(s) :

Le tabagisme, l'alcool en excès. Le manque d'accès aux soins.



Document 4 Le vieillissement différentiel

Le vieillissement est inéluctable, mais il est différentiel :

- tous les individus ne vieillissent pas de la même manière ni au même rythme (vieillissement différentiel inter-individuel) ;
- les organes ou grandes fonctions de l'organisme ne déclinent pas en même temps : les fonctions qui nécessitent souplesse et rapidité sont les premières touchées par le vieillissement alors que d'autres fonctions (par exemple le goût) sont moins perturbées (vieillissement différentiel inter-organe).

Le vieillissement est variable selon les personnes : des personnes nées à la même date peuvent avoir des modifications liées au vieillissement très différentes. On dit parfois que « telle personne vieillit bien ». De nombreux facteurs peuvent influencer la vitesse du vieillissement et générer dans certains cas un vieillissement prématuré : la pénibilité du travail (l'espérance de vie d'un ouvrier est plus faible que celle d'un cadre), les maladies, le mode de vie (par exemple une alimentation déséquilibrée, un manque d'activités physiques...).

ACTIVITÉ 6 Le bien-vieillir

6.1 À l'aide du document 5, expliquer pourquoi il est souhaitable d'adopter certains comportements pour bien vieillir. L'hérédité n'est pas le seul facteur ayant une influence sur le vieillissement, d'autres facteurs (hygiénique, alimentaire...) interviennent. En agissant sur ces facteurs, il est possible d'agir sur le processus de vieillissement.

6.2 Justifier deux clés du bien-vieillir de son choix, énoncées dans le document 5.

Continuer à entretenir son capital intellectuel (la lecture, la réalisation de jeux de mémoire, de mots croisés...)

permet de faire travailler ses capacités intellectuelles et sa mémoire, retardant ainsi leur involution.

Avoir une activité physique (gymnastique douce, faire ses courses à pieds..., marcher) permet de faire fonctionner son appareil locomoteur et de maintenir une certaine mobilité (travail des muscles, des articulations...).

Document 5 Des extraits du plan national Bien-Vieillir 2007-2009

Principe du vieillissement biologique.

Si la longévité paraît « héritable » dans une certaine mesure (20-30 %), la recherche des gènes impliqués dans les processus du vieillissement n'en est encore qu'à ses débuts, on découvre progressivement l'importance d'un certain nombre de processus physico-chimiques de signification métabolique et qui, par conséquent, dépendent de l'environnement pris au sens large du terme écologique, climatique, alimentaire, hygiénique et socio-culturel. [...]

Les clés du bien-vieillir.

Il est important à tout âge, et plus encore entre 55 et 75 ans, d'adopter des conduites favorables au bien-vieillir.

- Continuer à entretenir, voire améliorer son capital intellectuel, physique, social et psychique.
- Prévenir les maladies survenant avec l'âge en adoptant un mode de vie adapté.
- Prendre en charge précocement les maladies ou troubles qui sont susceptibles d'entraîner une incapacité.
- Avoir une activité physique ou sportive régulière.
- Adapter son alimentation selon les principes du Programme national nutrition santé (PNNS).
- Adapter son environnement physique et social.
- Conserver une vie sociale riche et les liens intergénérationnels.
- Lutter contre l'isolement.
- Valoriser les notions de projet de vie, d'estime de soi, d'adaptation au changement. [...]



Vieillesse et vieillissement

Vous savez, quand on vieillit, le pire, ce n'est pas d'être moins désirable, c'est de ne plus désirer.

L. Pauwels

Le vieillissement est un phénomène normal et inéluctable qui correspond à l'ensemble des processus biologiques et physiologiques qui modifient les fonctions de l'organisme.

1 Notions de vocabulaire

De nombreux termes sont liés aux notions de vieillesse et vieillissement

Gériatrie

Spécialité médicale qui prend en charge les personnes âgées malades

Gérontologie

Science qui étudie le vieillissement

Sénescence

Terme utilisé pour désigner le vieillissement normal

Sénilité

Correspond à des pathologies liées au vieillissement

Le terme de 3^e âge est fréquemment employé pour désigner les personnes âgées à partir de 60/65 ans. Avec l'allongement de la durée de la vie, la notion de 4^e âge est apparue dans les années 1980 : elle désigne les personnes âgées de plus de 75/80 ans et particulièrement celles qui ne peuvent plus assumer certaines activités.

2 La place des personnes âgées dans la société

2.1 Données démographiques

Depuis deux décennies, la part des personnes âgées dans la population générale augmente : 19 % en 1990, 22 % en 2007. Cette augmentation va se poursuivre, les démographes prévoient qu'à l'horizon 2060, 32 % de la population sera âgée de plus de 60 ans.

Cette augmentation est due à l'augmentation de l'espérance de vie et à l'arrivée des générations du baby-boom.

Si vieillesse ne signifie pas dépendance, il est cependant constaté une augmentation des personnes âgées dépendantes, due au fait que l'on vit de plus en plus vieux. La prévalence de la dépendance augmente avec l'âge : 63 % des personnes âgées de plus de 95 ans sont dépendantes.

2.2 Représentations de la vieillesse dans la société

Les représentations sociales ayant trait à la vieillesse sont souvent négatives, pessimistes. La société, à travers les médias, valorise l'aspect physique (il faut rester jeune à tout prix), la jeunesse, la vitesse, l'efficacité : les personnes âgées se sentent mises à l'écart.

Dans les sociétés plus traditionnelles, les personnes âgées sont considérées comme de grands sages, consultés pour toutes les décisions importantes.

2.3 Rôles des personnes âgées

Rôles de la personne âgée

Au sein de la famille

Garde des petits-enfants (transmission de savoirs, mémoire familiale...). Soutien financier aux enfants, aux petits-enfants. Prise en charge par les 60/65 ans des parents plus âgés.

Au sein de la société

Implication forte dans le secteur associatif et le monde politique. Rôle économique : pouvoir d'achat non négligeable de certains retraités.

Le vieillissement concerne toutes les cellules, les tissus, les organes et les grandes fonctions de l'organisme. La capacité de division des cellules diminue avec l'âge, les mécanismes de réparation de l'ADN sont moins efficaces.

Au niveau des tissus, la synthèse d'élastine diminue, le collagène est de moins bonne qualité.

La silhouette tend à se voûter en raison du tassement des disques intervertébraux, la taille diminue.

3.1 Le vieillissement biologique

Modifications liées au vieillissement	Conséquences
Perte d'élasticité au niveau des grosses artères Perte de la contractilité cardiaque Rigidité des valvules	Augmentation de la pression artérielle, diminution du débit cardiaque Ralentissement du rythme cardiaque
Perte d'élasticité des poumons Diminution de la capacité de diffusion du dioxygène	Diminution des performances respiratoires Essoufflements
Diminution de la densité osseuse Arthrose fréquente Usure du cartilage articulaire Diminution des fibres musculaires	Ostéoporose avec risque accru de fractures Difficultés de faire certains mouvements Diminution de la force musculaire
Diminution de la surface des villosités intestinales, de la sécrétion de certains sucs digestifs Edentation possible	Diminution de l'absorption de certains éléments : fer, calcium Digestion plus difficile, problème de mastication
Diminution progressive du nombre de néphrons, ralentissement fonctionnel Vieillesse des sphincters de la vessie	Baisse de la filtration glomérulaire Incontinence possible
Diminution du nombre des neurones, moindre sécrétion des neurotransmetteurs, démyélinisation des fibres Diminution de la sécrétion de mélatonine	Conduction nerveuse ralentie Destructuration du sommeil
Modification du tympan : épaississement ou amincissement selon les personnes Altération des cellules ciliées, arthrose des articulations des osselets	Baisse de l'acuité auditive Presbycusie Fréquences les plus basses et les plus hautes moins bien perçues
Opacification du cristallin Perte de souplesse du cristallin	Cataracte Baisse de l'acuité visuelle

Chez la femme, le vieillissement de l'appareil génital se traduit, au moment de la ménopause, par la disparition des règles. Il n'y a plus de sécrétions d'œstrogènes.

3.2 Le vieillissement différentiel

Les individus ne vieillissent pas tous de manière identique. Chez un même sujet, les organes ou fonctions ne déclinent pas à la même vitesse. Ces deux constats permettent de parler de **vieillesse différentiel**. Les modifications physiologiques se font de manière progressive, ne commencent pas au même moment pour tous les organes, se déroulent à un rythme différent pour chaque individu et dépendent de facteurs internes et externes.



La maladie d'Alzheimer

● Objectifs

1. Décrire les comportements caractéristiques des malades atteints d'Alzheimer.
2. Énoncer les attitudes professionnelles adaptées face à ces comportements.

ACTIVITÉ 1 La maladie d'Alzheimer

1.1 À l'aide du document 1, proposer une définition de la maladie d'Alzheimer.

La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative qui aboutit à une destruction neuronale irréversible.

Document 1 La maladie d'Alzheimer

Plus de 800 000 personnes en France sont touchées par la maladie d'Alzheimer. Les premiers symptômes, même s'il existe des formes plus précoces de la maladie, apparaissent après 65 ans, la prévalence de la maladie augmente avec l'âge.

La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative entraînant des lésions neuronales progressives et irréversibles. Le dépôt, au sein du cortex cérébral, de protéines anormales est responsable d'anomalies de fonctionnement, puis de la perte de neurones.

Cette pathologie se traduit par des troubles de la mémoire et un déclin des capacités fonctionnelles et cognitives. L'évolution de la maladie se fait le plus souvent sur de nombreuses années et aboutit inéluctablement à une perte d'autonomie.

1.2 À partir des situations du document 2, relever les comportements des malades atteints d'Alzheimer en citant quelques exemples.

Troubles de la mémoire, surtout la mémoire immédiate :
 le malade place des objets dans des endroits inappropriés
 (ex. : clés dans le réfrigérateur), oublie d'arrêter un
 brûleur... Agressivité vis-à-vis de soi-même, de l'entourage.
 Déambulation sans raisons précises. Hallucinations.
 Cycle de sommeil perturbé avec des conséquences
 pour l'entourage (appel incessant du personnel la nuit).
 Apathie, manque d'intérêt du malade pour ce qui l'entoure,
 plus de motivation pour participer à des activités
 sociales, indifférence.
 Perte de l'estime de soi, refus des soins d'hygiène.

Osez rompre le silence

Ne restez pas seul
face à la maladie d'Alzheimer



AA ASSOCIATION
FRANCE ALZHEIMER®
www.francealzheimer.org
Une maladie, c'est toute une famille qui a besoin d'aide

Mme Louise, 87 ans, vit encore à domicile. Depuis plusieurs mois, elle a des pertes de mémoire de plus en plus fréquentes, ce qui inquiète sa fille. Elle perd ses clés qu'elle retrouve dans le réfrigérateur, oublie d'arrêter le brûleur après cuisson d'un plat... Ce jour, après être allée à la boulangerie, trajet qu'elle connaît parfaitement, elle a été incapable de retrouver le chemin pour rentrer chez elle.

M. Jean est en maison de retraite depuis quatre ans. Depuis plusieurs mois, il déambule la journée, et de plus en plus souvent la nuit, dans les couloirs, sans raisons précises. Ce comportement trouble les autres résidents.

Mme Drouot est en EHPAD et partage sa chambre avec une personne du même âge. Depuis plusieurs semaines, elle accuse sa voisine de lui voler ses affaires et devient très agressive vis-à-vis d'elle.

M. Bernard est atteint de la maladie d'Alzheimer depuis plusieurs années. Son état s'est aggravé ces derniers mois ; il ne reconnaît plus sa

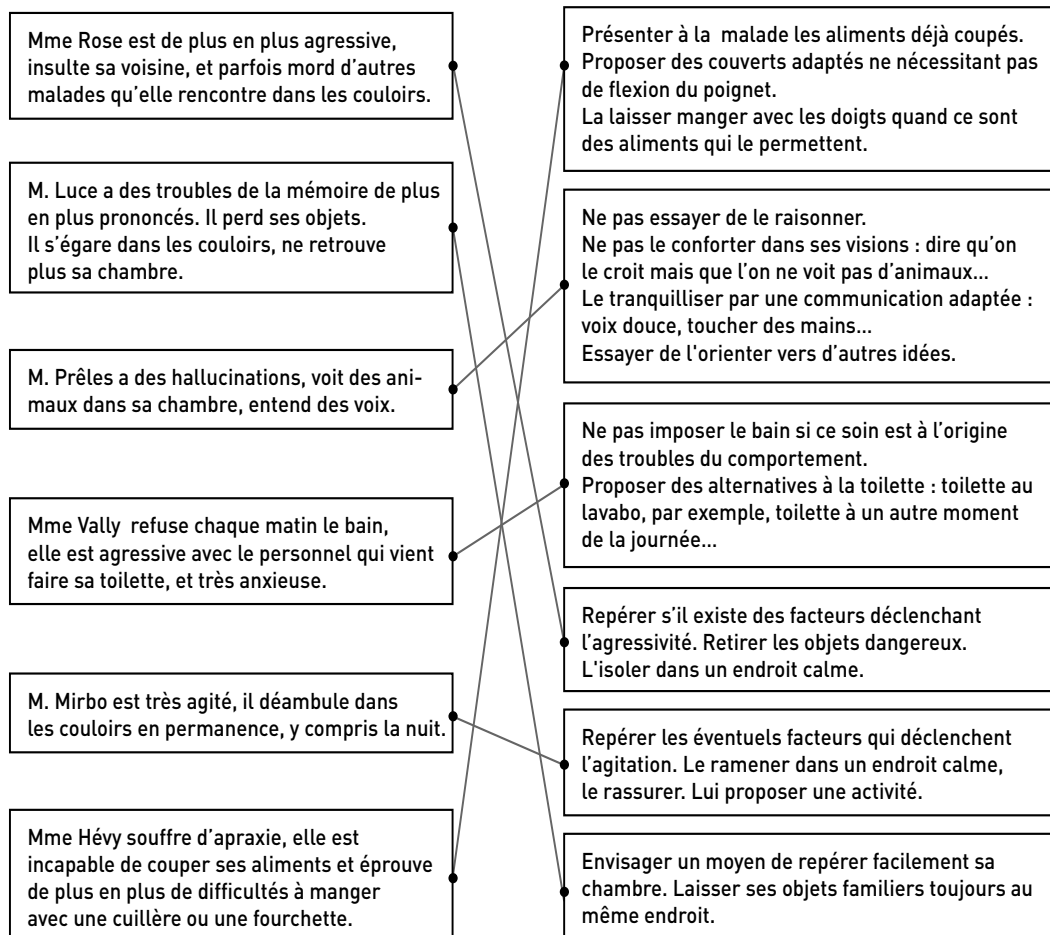
file qui lui rend visite deux fois par semaine. Il a des hallucinations, entend des voix, se sent persécuté. Son cycle de sommeil est complètement perturbé, il appelle le personnel plusieurs fois par nuit sans raison, met la télévision très fort au milieu de la nuit...

M. Auguste, résident d'une unité d'Alzheimer, refuse tous les soins d'hygiène. Chaque matin, le personnel est obligé de parlementer longuement pour pouvoir l'aider à sa toilette.

Mme Stoll, recherchant pourtant jusqu'à présent les contacts avec les autres résidents, demeure désormais enfermée dans sa chambre. Elle ne s'intéresse plus du tout à ce qui l'entoure. Même quand sa fille lui annonce qu'elle va être arrière-grand-mère pour la troisième fois, elle reste complètement indifférente à cette nouvelle. Apathique, elle ne participe plus à aucune activité de la résidence. Le personnel craint un début de dépression.

ACTIVITÉ 2 Les attitudes professionnelles adaptées

2.1 Relier les attitudes professionnelles qui semblent les plus adaptées à chaque exemple de comportement.





Viellissement cognitif et psychologique

Objectifs

1. Définir la notion de vieillissement cognitif.
2. Repérer les modifications cognitives liées à l'âge et énoncer leurs conséquences pour la personne.

ACTIVITÉ 1 Qu'est-ce que le vieillissement cognitif ?

À l'aide des documents 1 et 2

1.1 Définir la notion de vieillissement cognitif.

Le vieillissement cognitif est le vieillissement qui affecte les capacités mentales d'un individu.

1.2 Énoncer les différentes fonctions de la cognition.

Ce sont les fonctions qui permettent de traiter des informations : le langage, l'orientation spatiale, la mémoire, ... les capacités d'attention.

Document 1 La cognition

La cognition est considérée dans son sens large comme l'ensemble des capacités mentales permettant l'acquisition et le maintien de connaissances. Elle correspond à la faculté de traiter, de transformer et d'emmagasiner des informations pour les réutiliser. D'un point de vue théorique, la cognition comprend un ensemble de fonctions qui se distinguent soit par les caractéristiques des informations à traiter (langage, orientation spatiale), soit par le type de traitement à solliciter (mémoire, attention).

Les spécialistes de la cognition s'entendent pour dire que le vieillissement s'accompagne d'une modification du fonctionnement cognitif, la plupart estimant qu'il évolue dans le sens d'un déclin [...]

INSERM Médecine - Sciences, « Vieillesse normale et cognition ».

Document 2 Le vieillissement cognitif

Si l'intégralité des facultés intellectuelles d'un sujet est affectée lors du processus naturel de vieillissement, elles ne le sont pas toutes de façon équivalente. En outre, les individus ne sont pas atteints de la même manière et au même rythme, la variabilité interindividuelle allant croissante avec l'âge et étant étroitement associée à la diversité des parcours de vie. Tout comme la sénescence a un effet sur les facultés motrices ou sensorielles, elle affecte les capacités mentales : on parle alors de « vieillissement cognitif ».

Note de veille, n° 179, juin 2010,
Centre d'analyse stratégique.



ACTIVITÉ 2 Conséquences du vieillissement sur les capacités mentales

À l'aide du document 3

2.1 Énoncer la conséquence du vieillissement sur les capacités mentales.

Les capacités mentales connaissent une dégradation, un déclin lors du vieillissement.

2.2 Compléter le tableau page 38.

	Vrai	Faux	Justification
Le vieillissement des fonctions cognitives est le même chez tous les individus.		X	Il existe des différences entre les individus.
Il y a une détérioration mnésique avec l'âge.	X		La mémoire est une fonction souvent détériorée, surtout la mémoire à court terme.
La personne âgée a des difficultés à traiter plusieurs choses en même temps.	X		L'attention dite partagée est détériorée lors du vieillissement.

Document 3

Les effets du vieillissement cognitif

Avec l'avancée en âge, l'ensemble des fonctions cérébrales supérieures connaît une dégradation, qu'il s'agisse de la perception, de l'attention, de la résolution de problèmes, de la mémoire ou du langage (qui demeure la capacité la mieux préservée). Cependant, il existe une forte hétérogénéité inter- et intra-individuelle selon les capacités considérées et leurs sous-dimensions.

Une première distinction a été opérée entre l'intelligence fluide (fonctionnement opérationnel, adaptatif, intuitif, rapide) qui décline de manière importante et l'intelligence cristallisée (développement de raisonnements à partir de ses expériences et connaissances) qui semble préservée. La majorité des études démontre également une importante détérioration mnésique avec l'âge, mais de façon variable selon le type de mémoire étudié. Il semble que la mémoire à court terme et la mémoire épisodique (événements personnels) soient plus affectées que la mémoire sémantique (connaissances générales) [...]

De la même façon, les déficits de l'attention sélective (choisir l'information pertinente) et de l'attention partagée (traiter deux choses simultanément) sont plus importants que ceux de l'attention soutenue (rester concentré longtemps).

Ainsi, plus la tâche est complexe, plus elle demande vitesse et flexibilité, plus la différence observée entre les groupes d'âge est importante, et ce dès la cinquantaine. Le ralentissement cognitif serait dû à une diminution de la vitesse de traitement des informations. [...]

Note de veille, n°179, juin 2010, Centre d'analyse stratégique.

ACTIVITÉ 3

Attitudes et activités à mettre en place pour prendre en compte le vieillissement cognitif

3.1 Justifier, au regard de ses connaissances sur le vieillissement cognitif et à l'aide de l'activité 2, les recommandations à respecter lors des activités menées avec les personnes âgées.



Recommandations	Justifications
Proposer des activités assez courtes (maximum 45 minutes).	L'attention et les capacités de concentration sur une durée longue sont diminuées lors du vieillissement. Des activités courtes sont donc préférables.
Mettre en place des activités ou animations permettant de stimuler la mémoire.	Les capacités mnésiques sont affectées, parfois de manière importante. La stimulation régulière de la mémoire permet d'éviter un déclin trop important.
Veiller à fixer l'attention de la personne âgée lors des activités de loisirs, de soins : ambiance calme, une seule consigne à la fois...	L'attention sélective (choisir une information) et l'attention partagée (faire plusieurs choses en même temps) sont touchées par le vieillissement cognitif. Une ambiance calme évite les « distractions » et favorise la concentration.
Faire preuve de patience si la personne réalise très lentement l'activité, ne pas faire à sa place, répéter les consignes si elles semblent ne pas avoir été comprises.	Le vieillissement cognitif se traduit par une diminution de la vitesse de traitement de l'information : il faut donc respecter le rythme de la personne et accepter qu'elle fasse ou comprenne les choses plus lentement.



Le vieillissement cognitif La maladie d'Alzheimer

1 Le vieillissement cognitif

1.1 Définition

Le vieillissement cognitif est le vieillissement qui affecte les capacités mentales : mémoire, attention, langage... Il se traduit par un déclin de ces capacités.

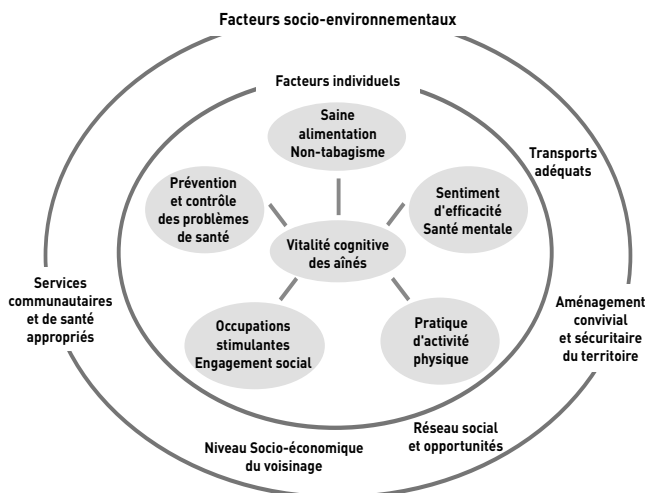
Le déclin des fonctions cognitives est associé à des changements dans le cerveau, il est plus accentué chez certaines personnes.

1.2 Conséquences du vieillissement cognitif

Les performances cognitives diminuent avec le vieillissement, mais toutes les capacités mentales ne sont pas touchées de la même manière. Ainsi, les capacités verbales restent relativement stables alors que la mémoire est assez vite touchée.



Les facteurs de promotion de la vitalité cognitive



De nombreux facteurs ont une influence sur le vieillissement cognitif ; en agissant sur certains d'entre eux, il est possible de conserver une certaine vitalité cognitive.

La Santé de l'homme, n°411 janvier-février 2011.

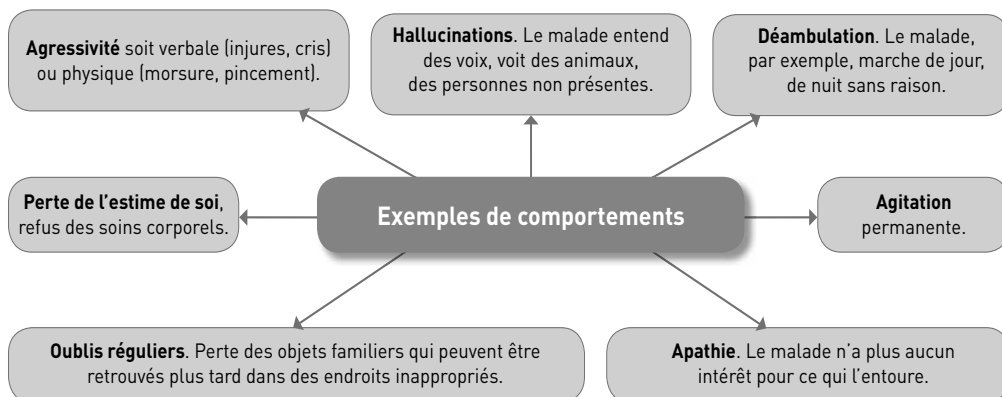
2 La maladie d'Alzheimer

2.1 Définition

La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative qui entraîne la destruction irréversible des neurones. Cette démence évolue le plus souvent sur de nombreuses années et aboutit à une perte d'autonomie.

2.2 Les comportements des malades atteints de la maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer, qui débute souvent par des troubles de la mémoire, détériore progressivement les capacités mentales. Cette détérioration s'accompagne de troubles du comportement qui sont souvent difficiles à comprendre par l'entourage et par certains professionnels.



2.3 Les attitudes professionnelles adaptées face aux comportements d'un malade atteint de la maladie d'Alzheimer

Les comportements liés à la maladie d'Alzheimer peuvent être déstabilisants pour l'entourage et pour les professionnels ; ils nécessitent la mise en œuvre d'attitudes adaptées.

Les activités avec le patient doivent être réalisées dans le respect de sa dignité. Le personnel doit maintenir une communication (verbale, gestuelle) avec le malade. Cela nécessite patience, calme et maîtrise de soi.

Exemples d'attitudes professionnelles face à un patient agité ou délirant

AGITATION/OPPOSITION	
À faire	À ne pas faire
<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser le contact, le toucher, embrasser, chanter une chanson • Être rassurant, sécurisant • Essayer de discuter ou d'orienter le résident/patient vers une autre idée • Proposer une activité ou une promenade, une collation ou une boisson • Établir des routines • Repérer les moments de fatigue et d'agacement • Enlever les objets dangereux • Demander de l'aide si nécessaire (si vous êtes en institution) • Isoler le patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir des réactions brutales, agressives • Générer une ambiance anxiogène • Infantiliser • Adopter un ton supérieur/autoritaire • Tenter de raisonner le résident/patient • Solliciter de façon incessante • Utiliser des moyens de contention
IDÉES DÉLIRANTES	
À faire	À ne pas faire
<ul style="list-style-type: none"> • Indiquer au résident/patient que nous n'entendons/voyons pas ce qu'il entend/voit, mais que nous le croyons • Essayer de changer de conversation, d'orienter le résident/patient vers une autre idée • Si le trouble déclenche la peur, intervenir pour assurer la protection du résident/patient et de l'entourage • Assurer une présence régulière 	<ul style="list-style-type: none"> • Paniquer • Tenter de raisonner le résident/patient • Infantiliser, ridiculiser • Nier le délire • Entretenir une conversation sur le délire

Source extraits *La Revue du praticien*, septembre 2011, page 940



Autonomie et dépendance

Objectifs

1. Définir les notions d'autonomie et de dépendance.
2. Repérer et classer les facteurs générateurs d'une perte d'autonomie.
3. Évaluer le degré d'autonomie d'une personne à l'aide de la grille AGGIR.

ACTIVITÉ 1 Dépendance et autonomie

1.1 Dans le document 1, souligner en rouge la définition de la dépendance, en vert la définition de l'autonomie.

Document 1 Dépendance et autonomie

Si la vieillesse n'est pas synonyme de dépendance, l'allongement de la durée de vie se traduit néanmoins par une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes. La prise en charge de cette dépendance reste donc un défi pour la société.

Une personne âgée est dite dépendante quand elle a besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne (repas, toilette, tâches domestiques...).

L'autonomie est la capacité et/ou le droit d'une personne à choisir elle-même les règles de sa conduite, l'orientation de ses actes et les risques qu'elle est prête à courir.

ACTIVITÉ 2 Les facteurs favorisant la perte d'autonomie

2.1 Relever et classer, à partir du document 2, les facteurs qui peuvent générer une perte d'autonomie.

Maladies physiques : fracture du col du fémur, problèmes d'audition, dégénérescence maculaire.

Maladies psychiques : maladie d'Alzheimer.

Causes environnementales : logement inadapté (sans ascenseur...), perte du conjoint, isolement du lieu d'habitation.

Document 2 Exemples de situations de personnes âgées en perte d'autonomie

Mme Léon, 88 ans, vit dans un appartement ancien situé au cinquième étage sans ascenseur. Très essoufflée, ayant de grandes difficultés à se déplacer depuis presque une année, elle ne peut plus sortir.

M. Lemaire s'est fracturé le col du fémur, il n'a pas réussi à récupérer complètement la marche et, trois mois après l'accident, il se déplace encore en déambulateur. Il a également besoin d'aide pour se lever ou se coucher.

Mme Denise vient de perdre son époux après 65 ans de vie commune. Elle ne sort plus de chez elle, ne veut plus voir sa famille, ses voisins. Isolée, elle ne s'alimente plus correctement et se laisse aller.

M. Bernard, âgé de 78 ans, vit dans un petit village, sans commerçant. Jusqu'à présent, il conduisait encore et allait régulièrement faire ses courses dans un bourg voisin à 10 kilomètres. Atteint de dégé-

nérescence maculaire liée à l'âge à un stade avancé, le médecin lui déconseille désormais de conduire. Il ne sait pas comment il va pouvoir gérer cette nouvelle situation : les déplacements en voiture lui assuraient une certaine autonomie.

Mme Jules est en maison de retraite depuis huit ans. Ses problèmes d'audition se sont aggravés et deviennent difficiles à compenser avec un appareillage. Elle se replie sur elle-même, refuse maintenant toutes les activités communes, préférant demeurer dans sa chambre.

M. Albert, 90 ans, vit seul dans sa maison. Atteint depuis de nombreuses années de la maladie d'Alzheimer, ses enfants estiment que son maintien à domicile, même avec la venue plusieurs fois par semaine d'une auxiliaire de vie sociale, devient dangereuse : il se perd dans les rues, oublie d'éteindre les plaques électriques après cuisson...

ACTIVITÉ 3 L'évaluation du degré d'autonomie d'une personne

3.1 À l'aide des documents 3 et 4, préciser les rôles que l'aide-soignant (AS) doit assumer auprès de cette personne âgée en ce qui concerne les variables 3, 4, 5 et 7.

Variable 3 toilette : l'AS doit réaliser la toilette intime et la toilette des jambes et des pieds.

Mme Sablon pourra faire sa toilette du visage et du haut du corps avec l'aide de l'AS.

Variable 4 habillage : l'AS réalisera l'habillage de la partie basse du corps et aidera Mme Sablon pour le reste de l'habillage.

Variable 5 alimentation : l'AS doit servir Mme Sablon, puis apporter une aide partielle pour la prise du repas.

Variable 7 transferts : l'AS devra assurer les transferts (pas d'autonomie de Mme Sablon).

Document 3 Grille AGGIR

La grille AGGIR (Autonomie gérontologique et groupes iso-ressources) est un outil de mesure de l'autonomie. Cette grille permet d'évaluer les activités effectuées ou non par la personne seule et définit des groupes rassemblant des individus ayant des niveaux proches de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Cette grille comporte dix variables d'activités corporelles et mentales, dites « discriminantes » et sept variables d'activités domestiques et sociales, dites « illustratives ».

Variables d'activités corporelle ou mentale	Variables d'activités domestique ou sociale
1 Cohérence (des actes et des propos)	1 Gestion (budget, biens, démarches administratives)
2 Orientation (dans le temps, les lieux)	2 Cuisine (préparation des repas, conditionnement)
3 Toilette (subdivisée en toilette du haut et du bas)	3 Ménage (travaux ménagers courants)
4 Habillage (haut, moyen et bas)	4 Transports (utiliser volontairement un moyen de transport collectif ou individuel)
5 Alimentation (servir, manger)	5 Achats (acquisition volontaire de biens)
6 Élimination urinaire et fécale	6 Suivi du traitement (respecter l'ordonnance, gérer son traitement)
7 Transferts (se lever, se coucher, s'asseoir)	7 Activités du temps libre (pratiquer volontairement, seul ou en groupe, des activités)
8 Déplacements à l'intérieur (du lieu de vie)	
9 Déplacements à l'extérieur (en dehors du lieu de vie)	
10 Alerter (utiliser un moyen de communication à distance)	

Chaque variable est évaluée selon trois modalités :

- A : fait seul spontanément, totalement, habituellement et correctement ;
- B : fait seul non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement ;
- C : ne fait pas seul, ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

À partir des réponses aux variables, un logiciel calcule des points et un score, et attribue à chaque personne un groupe iso-ressources. Il existe six groupes iso-ressources.

Groupe 1	Personnes confinées au lit ou au fauteuil et ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue des intervenants.
Groupe 2	Deux sous-groupes : – personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; – personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités locomotrices.
Groupe 3	Personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. L'hygiène de l'élimination nécessite l'aide d'une tierce personne.
Groupe 4	Deux sous-groupes : – personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui une fois levées peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées ou stimulées pour la toilette et l'habillage. – personnes n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doivent être aidées pour les activités corporelles, y compris les repas.
Groupe 5	Personnes qui assurent seules leurs transferts et déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette et les activités domestiques.

Document 4 Grille AGGIR concernant Mme Sablon

1	cohérence	B
2	orientation	B
3	toilette haut bas	B C
4	habillage haut moyen bas	B B C
5	alimentation se servir manger	C B
6	élimination urinaire anale	C B
7	transferts	C
8	déplacements intérieurs	B
9	déplacements extérieurs	C
10	alerte	C



La politique sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées

● Objectifs

1. Énoncer et justifier les grands principes de la politique médico-sociale.
2. Développer les objectifs et conditions d'attribution des différentes aides dédiées aux personnes âgées.
3. Citer les missions d'un CLIC.

ACTIVITÉ 1 La politique médico-sociale

1.1 Expliquer pourquoi une politique médico-sociale en faveur des personnes âgées est nécessaire.

Les personnes âgées de plus de 60 ans et les personnes âgées dépendantes sont de plus en plus nombreuses, la société doit donc accompagner cette évolution par une politique médico-sociale.

1.2 Énoncer les différents moyens retenus dans le cadre de la politique médico-sociale en faveur des personnes âgées.

- Elaboration de lois : loi donnant aux départements des compétences sur l'action en faveur des personnes âgées, loi sur la prise en charge de la dépendance, loi instituant la journée de solidarité
- Création de prestations pour prendre en compte la dépendance : prestation spécifique dépendance remplacée en 2001 par l'allocation personnalisée d'autonomie.
- Plans nationaux : plan solidarité grand âge, plan Alzheimer.

1.3 Relever les différents niveaux décisionnels de cette politique médico-sociale et leurs rôles respectifs.

L'État : élabore les grandes lois et définit les grandes lignes de la politique médico-sociale au niveau national.
 Les départements : rôle clé dans la politique médico-sociale des personnes âgées. Doivent élaborer un schéma départemental gérontologique. Instruisent et financent l'APA, tarifient les établissements d'hébergement et les services pour le maintien à domicile.
 Les communes : peuvent contribuer à cette politique en mettant en place différents services à destination des personnes âgées (service de distribution des repas, service d'aide ménagère...).

Document 1 Les grandes étapes de la politique médico-sociale

L'allongement de la durée de vie a pour conséquences démographiques une augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans. En parallèle, il est aussi constaté une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, même si l'âge d'entrée dans la dépendance recule. La société doit donc mettre en œuvre une véritable politique gérontologique pour cette population.

Il faut attendre 1962, avec la publication du rapport Laroque, pour que les véritables bases d'une politique médico-sociale soit jetées.

En 1981, un secrétariat d'Etat chargé des personnes âgées est créé pour la première fois.

En 1984, les départements acquièrent une compétence générale dans la conduite et la coordination de l'action en faveur des personnes âgées.

En 1988, la première charte pour les personnes âgées dépendantes est élaborée par la Fondation nationale de gérontologie.

En 1997, le gouvernement légifère en instituant la prestation spécifique dépendance.

En 2001, une loi, met en place une allocation personnalisée d'autonomie (APA) qui remplace la prestation spécifique dépendance.

En 2004, une journée solidarité est créée afin d'alimenter la contribution solidarité autonomie.

En 2005, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est créée.

À partir de 2006, plusieurs plans sont publiés par le gouvernement (plan solidarité grand âge, plan Alzheimer).

Les politiques gérontologiques relèvent de plusieurs niveaux décisionnels. L'Etat élabore les grandes lois et définit le cadre réglementaire de la politique médico-sociale en faveur des personnes âgées. Les agences régionales de la santé sont impliquées, car elles ont pour mission « de définir, financer et évaluer les actions visant à promouvoir la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie ».

Les départements ont un rôle clé dans ces politiques : instruction et financement de l'APA, tarification des établissements d'hébergement, maintien à domicile... Chaque département doit élaborer un schéma gérontologique.

Les communes peuvent aussi avoir des actions : distribution de repas, services d'aide à domicile...

ACTIVITÉ 2 Les aides et prestations aux personnes âgées

2.1 À l'aide du document 2 et d'Internet (pour les montants actualisés), compléter le tableau ci-dessous.

Prestations	Objectif	Conditions d'attribution	Montants (chiffres au 1 ^{er} décembre 2011)
Allocation de solidarité aux personnes âgées	Assurer un minimum de revenus à des personnes âgées de plus de 65 ans.	Âge : 65 ans. Résidence : résider en France de manière stable et régulière. Ressources : ne pas dépasser un plafond de ressources.	Montant maximal par mois : 742,27 €
Allocation personnalisée d'autonomie	Améliorer la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.	Âge : 60 ans. Résidence : résider en France de manière stable et régulière. Être en perte d'autonomie.	Selon le degré d'autonomie de 540,69 € à 1261,60 € par mois.

2.2 Donner deux autres exemples d'aides qui peuvent être versées aux personnes âgées.

- Aide au financement d'une aide-ménagère.
- Participation aux frais de repas.

Document 2

Quelles prestations pour les personnes âgées ?

Les personnes âgées peuvent bénéficier de différents types d'aides et de prestations sociales.

L'allocation de solidarité aux personnes âgées est destinée à assurer un minimum de revenus à des personnes âgées de plus de 65 ans. Pour bénéficier de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, le demandeur doit répondre à des conditions d'âge, de ressources et de résidence (résider en France de manière stable et régulière).

L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) permet d'améliorer la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Pour pouvoir en bénéficier, le demandeur doit répondre à des conditions d'âge (être âgé d'au moins 60 ans), de résidence (résider de manière stable et régulière en France), être en perte d'autonomie, celle-ci étant évaluée à l'aide la grille nationale AGGIR.

D'autres prestations sociales peuvent être versées : aides au financement d'une aide-ménagère, aide sociale à l'hébergement, participation aux frais de repas en foyers restaurants, distribution de repas à domicile...

ACTIVITÉ 3 Les services d'un CLIC

3.1 Quel est l'intérêt d'un CLIC ?

Offrir à la personne âgée et son entourage sur un même lieu géographique un ensemble de services.

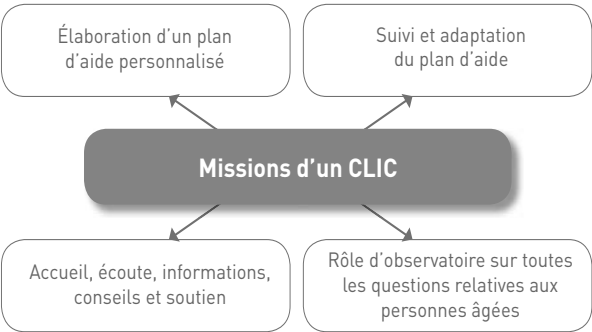
Document 3

Le CLIC : toutes les réponses en un seul lieu

Le Centre local d'information et de coordination est un lieu d'accueil, de proximité et d'écoute qui met à disposition de multiples services et aides. Dans un même lieu géographique, la personne âgée ou sa famille va pouvoir trouver des informations sur les aides, les hébergements, ses droits, les services d'aide à domicile...

Brochure CLIC Métropole Nord-Ouest (extraits).

3.2 Compléter les encadrés ci-dessous.



Document 4

Les missions d'un CLIC

Le CLIC permet d'accueillir, d'écouter et d'informer, de conseiller et de soutenir les personnes de plus de 60 ans et leurs familles.

Grâce à l'évaluation des besoins de la personne âgée, le CLIC peut élaborer un plan d'aide personnalisé.

Le CLIC permet également le suivi et l'adaptation du plan d'aide dans le cadre d'une demande d'APA.

Enfin de nombreux CLIC assurent un rôle d'observatoire sur les questions relatives aux personnes âgées.

À partir de la brochure CLIC Lozère.



L'autonomie, la dépendance et la politique médico-sociale

1 La dépendance, la perte d'autonomie

1.1 Définition de la dépendance et de l'autonomie

Une personne âgée est dite dépendante quand elle ne peut plus accomplir seule les actes de la vie quotidienne : toilette, repas, activités domestiques... La dépendance peut être partielle ou totale selon le seuil de gravité atteint.

L'autonomie est la capacité d'une personne à choisir elle-même les règles de sa conduite, l'orientation de ses actes et les risques qu'elle est prête à courir, c'est donc la capacité à se gouverner soi-même, à prendre des décisions concernant sa propre vie. La notion d'autonomie relève donc à la fois de la capacité et de la liberté.

1.2 Les facteurs générateurs de la perte d'autonomie

La perte d'autonomie peut être brutale (ex. : suite à un accident vasculaire cérébral ou à une chute) ou progressive (ex. : aggravation de maladies chroniques comme le diabète...). Un certain nombre de facteurs peuvent favoriser et précipiter la perte d'autonomie de l'individu. L'association de plusieurs facteurs est fréquente.

Maladies physiques

Fractures
Arthrose
Maladies chroniques : diabète, insuffisance respiratoire...
Accidents vasculaires cérébraux

Environnement

Logement inadapté (sans ascenseur, sur plusieurs niveaux...)
Isolement du logement : logement en milieu rural sans possibilité de se déplacer
Isolement social : plus de famille ou amis à proximité

Maladies psychiques

Maladies d'Alzheimer
Démences séniles
Dépression

La perte d'autonomie peut être précédée de signaux d'alerte : état de faiblesse ou grande fatigue, ralentissement de l'activité physique, refus d'activités, dépression... Le personnel, notamment à domicile, doit être capable de repérer rapidement ces signes afin de prévenir l'évolution vers une perte d'autonomie.

1.3 L'évaluation de la perte d'autonomie ou du degré de dépendance

La perte d'autonomie est évaluée par une équipe médico-sociale à l'aide de la grille nationale AGGIR (Autonomie, Gérontologie, groupes Iso Ressources). Cette grille classe les personnes âgées en six Groupes Iso Ressources (GIR) : des plus dépendantes (GIR 1) à celles ayant conservé leur autonomie pour les actes de la vie quotidienne (GIR 5 et 6). L'allocation personnalisée d'autonomie est versée pour les GIR 1 à 4.



2.1 Les grands principes de la politique médico-sociale

La société doit accueillir et prendre en charge un nombre croissant de personnes âgées et de personnes âgées dépendantes, il s'agit d'un véritable enjeu.

Les bases d'une politique médico-sociale en faveur des personnes âgées sont relativement récentes, elles datent de la publication du rapport Laroque dans les années 1960 : ce rapport préconisait des mesures favorisant le maintien à domicile et l'insertion dans la vie sociale, des garanties de ressources minima pour les personnes âgées.

Depuis cette date, de nombreuses mesures sont régulièrement prises : création de l'allocation personnalisée d'autonomie, mise en place d'une journée solidarité pour alimenter la contribution solidarité, élaboration de plans quinquennaux (plan solidarité grand âge...).

2.2 Les différents acteurs de la politique médico-sociale en faveur des personnes âgées

La politique médico-sociale en faveur des personnes âgées relève d'acteurs et d'opérateurs multiples.

L'État et ses services déconcentrés

L'État définit cette politique au niveau national : élaboration de lois qui s'appliquent sur l'ensemble du territoire, créations de plans nationaux...

Les agences régionales de la santé ont dans leurs missions de « définir, financer et évaluer les actions visant à prévenir la perte d'autonomie ».

Les communes

Elles peuvent mettre en place, notamment par le biais des CCAS (centre communal d'action sociale), différents services : aide-ménagère, télé-alarme, distribution de repas à domicile.

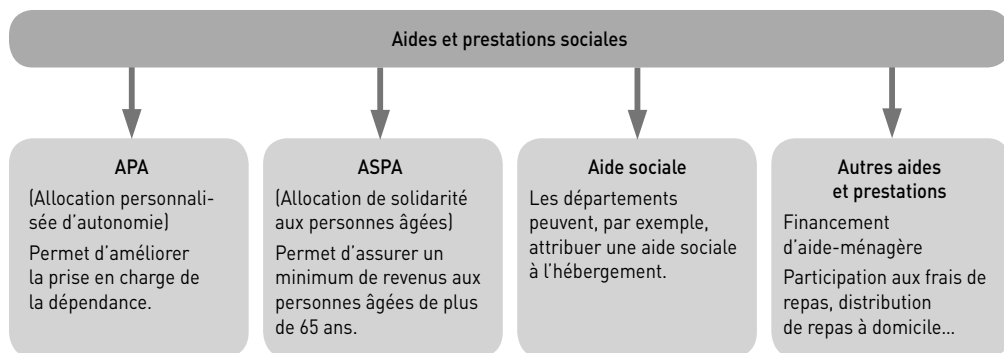
Les départements, véritable clés de voûte de cette politique

Ils la mettent en œuvre, instruisent et financent l'APA, tarifient les établissements d'hébergement, financent l'aide sociale à l'hébergement. Chaque département est doté d'un schéma gérontologique. Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), pilotés par les conseils généraux, offrent un lieu d'accueil et de coordination de proximité.

Les autres opérateurs

D'autres opérateurs privés ou associatifs participent aussi à cette politique : services d'aide à domicile, animation troisième âge...

2.3 Les prestations pour les personnes âgées



Ces aides sont attribuées sous conditions. Selon les prestations, ces conditions peuvent concerner les ressources, la résidence, l'âge, le degré d'autonomie.



Les retraites et la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Objectifs

1. Définir le risque vieillesse.
2. Énoncer les conditions d'accès à la retraite dans le cadre du régime général et des retraites complémentaires.
3. Citer les missions de la CNSA.

ACTIVITÉ 1 Le risque vieillesse

1.1 Définir la notion de risque social, à partir du document 1.

Le risque social est un événement, prévisible ou non, susceptible d'entraîner une modification des ressources d'un individu (soit en augmentant les dépenses soit en diminuant les recettes).

1.2 Définir le risque vieillesse, à partir du document 1.

Le risque vieillesse est le risque lié à la cessation de l'activité professionnelle à un âge déterminé par la législation.

1.3 Expliquer, par l'analyse du document 2, ce que signifie la retraite par répartition.

Le système de retraite par répartition est basé sur la solidarité : les cotisations des salariés actuellement en activité et de leurs employeurs financent les pensions des personnes retraitées d'aujourd'hui et ouvrent des droits pour la future retraite du salarié.

Document 1 La protection sociale et les risques sociaux

La protection sociale est un système qui permet de couvrir, partiellement ou totalement, les individus lors de la réalisation d'un risque social. Les événements, prévisibles ou non, qui peuvent entraîner une augmentation des dépenses et/ou une diminution des ressources représentent des risques sociaux.

La protection sociale se divise en différents risques :

- le risque santé (maladie, invalidité, accident du travail et maladie professionnelle) ;
- le risque vieillesse ;
- le risque famille (maternité, charges liées à la naissance ainsi qu'à l'éducation des enfants) ;
- le risque emploi (chômage, inadaptation professionnelle).

Le risque vieillesse permet le versement de prestations lors de la cessation de l'activité professionnelle pour assurer un revenu décent (pensions de retraite et de réversion).

Document 2 La retraite par répartition

La retraite par répartition



Brochure « Tout savoir sur la retraite du régime général », Assurance retraite Pays de la Loire

ACTIVITÉ 2 Les retraites du régime général et les retraites complémentaires

2.1 Quel est l'objectif du régime vieillesse ?

Assurer un revenu de remplacement lors de la cessation de l'activité professionnelle.

2.2 Énoncer les conditions d'accès à la retraite.

Le salarié doit avoir cotisé au moins un trimestre, il doit aussi avoir l'âge légal (62 ans en 2018) pour en bénéficier.

Le montant de la retraite dépend : de la durée de cotisation, du salaire de base et de l'âge de départ.

2.3 Caractériser la retraite complémentaire.

Pour les salariés du régime général, l'adhésion à une retraite complémentaire est obligatoire.

Les cotisations sur une part du salaire permettent au salarié d'acquérir des points.

Ces points multipliés par leur valeur financière donneront droit à une pension qui s'ajoutera à la retraite de base.

Document 3 Le système de retraite du régime général

Les personnes âgées peuvent bénéficier de différents types d'aides et de prestations sociales.

L'allocation de solidarité aux personnes âgées est destinée à assurer un minimum de revenus à des personnes âgées de plus de 65 ans. Pour bénéficier de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, le demandeur doit répondre à des conditions d'âge, de ressources et de résidence (résider en France de manière stable et régulière).

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) permet d'améliorer la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Pour pouvoir en bénéficier, le demandeur doit répondre à des conditions d'âge (être âgé d'au moins 60 ans), de résidence (résider de manière stable et régulière en France), être en perte d'autonomie, celle-ci étant évaluée à l'aide la grille nationale AGGIR.

D'autres prestations sociales peuvent être versées : aides au financement d'une aide-ménagère, aide sociale à l'hébergement, participation aux frais de repas en foyers restaurants, distribution de repas à domicile...

ACTIVITÉ 3 La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

3.1 Compléter les encadrés ci-dessous.

Missions		Détails des missions
Financement des aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées.	⇒	La CNSA verse aux conseils généraux des sommes pour financer des aides individuelles. Versement également d'un budget pour des offres collectives.
La CNSA verse aux conseils généraux des sommes pour financer des aides individuelles. Versement également d'un budget pour des offres collectives.	⇒	La CNSA assure la répartition des enveloppes financières de manière équitable (utilisation d'indicateurs de mesure de qualité des services rendus, définition des priorités).
La CNSA assure la répartition des enveloppes financières de manière équitable (utilisation d'indicateurs de mesure de qualité des services rendus, définition des priorités).	⇒	La CNSA accompagne la mise en place des maisons départementales du handicap, diffuse les bonnes pratiques, facilite les échanges d'expériences.

3.2 D'où proviennent les moyens financiers de la CNSA ?

Moyens venant de l'Etat et de l'assurance-maladie.

Document 4 Les missions de la CNSA

La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est un établissement public créé par la loi du 30 juin 2004. Elle est à la fois une caisse chargée de répartir des moyens financiers et une agence d'appui technique. [...] Elle a trois missions :

- le financement des aides : la CNSA rassemble l'essentiel des moyens de l'état et de l'assurance-maladie consacrés à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle verse aux conseils généraux une partie de ces aides pour financer des aides individuelles. L'autre partie des ressources est consacrée aux offres collectives (établissements et services médico-sociaux).
- le maintien de l'égalité de traitement : elle assure la répartition des enveloppes financières de manière équitable en utilisant des indicateurs de mesure de la qualité et des outils pour définir les priorités.
- l'expertise, l'information et l'animation : la CNSA accompagne la mise en place des maisons départementales du handicap (échanges d'expériences, diffusion de bonnes pratiques...).

<http://www.cnsa.fr>



La Sécurité sociale : le système des retraites et la CNSA

1 Le risque vieillesse

La protection sociale permet de couvrir différents risques sociaux : risque santé, risque famille, risque emploi et risque vieillesse.

Un risque social est un évènement, qu'il soit prévisible ou non, susceptible d'entraîner une modification des ressources d'un individu.

Le risque vieillesse permet le versement de prestations lors de la cessation de l'activité professionnelle afin d'assurer un revenu décent (pensions de retraite et pension de réversion¹).

¹ La pension de réversion représente une partie de la retraite dont bénéficiait ou aurait pu bénéficier l'assuré décédé, qui est reversée, si certaines conditions sont remplies, à son conjoint survivant.

2 La retraite du régime général, les retraites complémentaires

La gestion de la branche retraite et son organisation

Le réseau de l'assurance retraite est constitué de la caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav), des caisses d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat), de la caisse régionale d'assurance vieillesse d'Alsace-Moselle (Crav), des 4 caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans les départements d'outre-mer et de la caisse de sécurité sociale à Mayotte.

La caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) est un établissement public chargé d'organiser et de gérer la retraite du régime général de la Sécurité sociale. C'est le régime de base des salariés de l'industrie, des services et du commerce. La Cnav définit les orientations de l'assurance retraite en matière d'assurance vieillesse et d'action sociale, et veille à leur mise en œuvre.

L'organisation de la Sécurité sociale pour la branche retraite

Échelon national

Cnav

Échelon régional

Cnav de Strasbourg

Carsa

Échelon local

Carsa

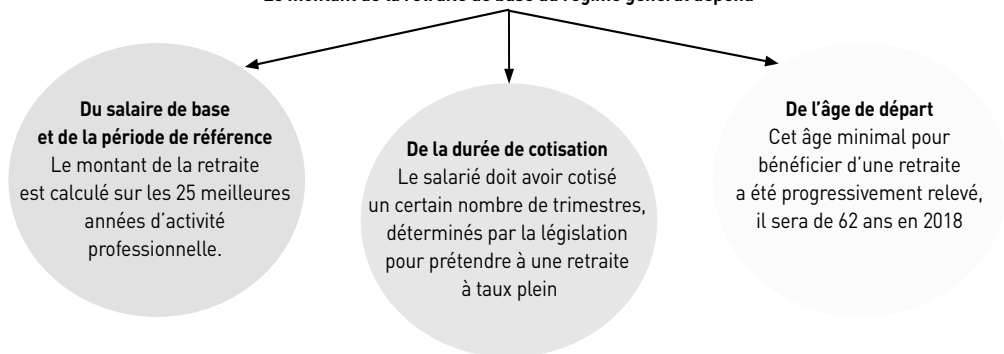
La retraite de base et la retraite complémentaire des personnes affiliées au régime général de la sécurité sociale

L'adhésion à un régime vieillesse est obligatoire. L'assurance vieillesse est assurée par des cotisations versées par les salariés et leurs employeurs, elle permet de percevoir **une retraite de base**.

Le système français de retraite est basé sur un système par répartition : les salariés en activité financent les retraites de leurs aînés et s'ouvrent des droits pour leur propre retraite : ce sont les cotisations versées actuellement qui financent les retraites d'aujourd'hui.

Les personnes qui ont cotisé au moins un trimestre peuvent bénéficier d'une pension si elles ont l'âge légal et si elles le demandent.

Le montant de la retraite de base du régime général dépend



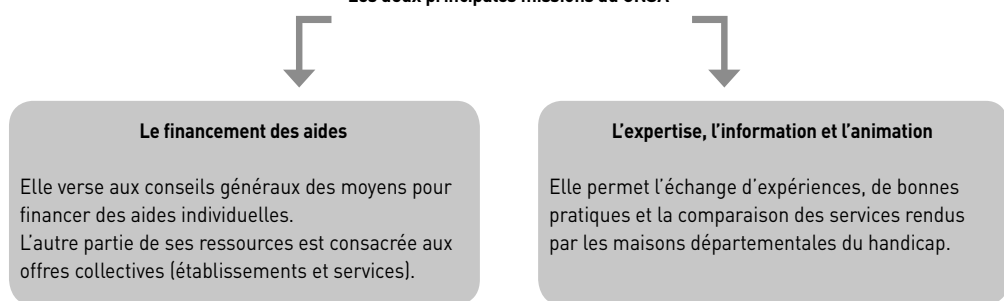
À cette retraite de base, s'ajoute une **retraite complémentaire** : l'adhésion à une retraite complémentaire pour les salariés du régime général de la sécurité sociale est obligatoire. Par ses cotisations, le salarié acquiert des points. L'ouverture des droits à la retraite dépend du nombre de points acquis, la valeur de ces points étant périodiquement réajustée.

À côté de ces droits (retraite de base et retraite complémentaire), il existe une pension de réversion : au décès de l'assuré, le conjoint survivant bénéficie d'une partie de la retraite du bénéficiaire.

3

La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Les deux principales missions du CNSA



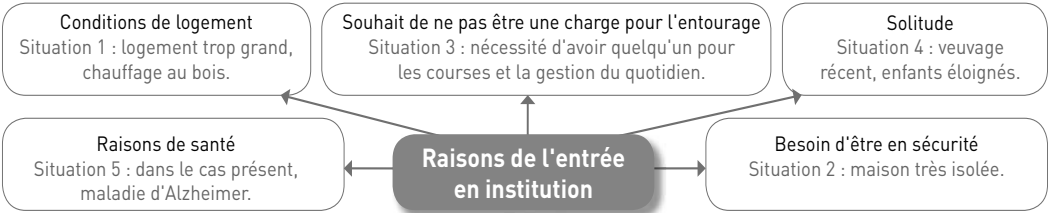
Établissements et structures d'accueil

Objectifs

- 1. Énoncer les raisons de l'entrée en institution.
- 2. Caractériser les différents hébergements pour les personnes âgées.

ACTIVITÉ 1 L'entrée en institution

1.1 Reporter correctement dans les encadrés ci-dessous les numéros des situations du document 1 et expliciter la raison d'entrée en institution.



Document 1 Les raisons de l'entrée en institution

Situation 1 - Mme Julien, 86 ans, a eu sept enfants. Elle vit dans une très grande maison sur deux étages, avec un chauffage au bois. Elle a des difficultés pour entretenir et chauffer correctement ce grand logement.

Situation 2 - M. Louis vit dans un petit pavillon en milieu rural, sa maison est située à l'écart du village, sans voisinage proche. Il a de plus en plus peur, appréhende les longues soirées d'hiver.

Situation 3 - M. et Mme Collet, tous deux âgés de 92 ans, vivent dans un appartement dans une petite ville. Ils ne peuvent plus faire leurs courses seuls, ne pouvant plus conduire. C'est leur fille aînée qui vient régulièrement faire leurs achats et qui gère leur quotidien. Ils vivent de plus en plus mal le fait d'être une surcharge de travail pour leur fille

qui a par ailleurs une activité professionnelle et doit gérer sa famille de trois enfants. Ils envisagent donc d'entrer en maison de retraite.

Situation 4 - Mme Schmidt, 78 ans, a perdu son mari il y a six mois. Malgré la visite régulière en fin de semaine de ses enfants, elle se sent très seule et voudrait bien avoir des liens sociaux, hélas, il n'existe pas dans son environnement de clubs du troisième âge. Elle vient de formuler une demande dans une maison de retraite située dans la ville voisine.

Situation 5 - M. Paul souffre de maladie d'Alzheimer depuis plusieurs années. Sa maladie a beaucoup évolué ces derniers mois, il ne peut plus rester à son domicile malgré l'intervention régulière d'une auxiliaire de vie sociale.

ACTIVITÉ 2 Les différents établissements et structures d'accueil pour personnes âgées

2.1 À l'aide du document 2, compléter le tableau ci-dessous.

Nature de l'établissement	Publics accueillis	Hébergement et services proposés
Maisons de retraite	Personnes âgées de plus de 60 ans, autonomes ou en légère dépendance.	Hébergement en chambre individuelle ou à plusieurs lits. Repas – entretien. Divers services : animations, sorties...
Logements-foyers	Personnes âgées autonomes	Logement autonome : la personne est locataire. Services collectifs (repas, animation) : usage facultatif.
Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	Personnes âgées de plus de 60 ans dépendantes.	Hébergement, restauration, entretien, aide à la vie quotidienne, soins Services divers : animation.

Unités de soins de longue durée	Personnes âgées les plus dépendantes ayant besoin de traitement	Hébergement, restauration, entretien, Soins médicaux.
Hébergement temporaire	Personnes âgées.	Hébergement, restauration, entretien. L'accueil temporaire permet de faire face à des difficultés passagères.
Accueil de jour	Personnes âgées.	Restaurations, soins, activités diverses (ludiques, rééducation...).

Document 2

L'hébergement des personnes âgées

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) regroupent l'ensemble des établissements médico-sociaux ou de santé qui accueillent des personnes âgées de façon permanente, temporaire ou en accueil de jour ou de nuit. Les maisons de retraite sont des lieux d'hébergement collectif qui assurent une prise en charge globale de la personne, incluant l'hébergement en chambre (ou en logement), les repas et divers services. Les personnes sont âgées de plus de 60 ans, sont autonomes ou en légère dépendance. Les logements-foyers sont des groupes de logements autonomes assortis d'équipements ou de services collectifs dont l'usage est facultatif. La personne âgée est locataire de son appartement, qu'elle meuble comme elle le souhaite. Ils accueillent des personnes autonomes. L'accueil de personnes en perte d'autonomie est possible pour certains d'entre eux. Les unités de soins de longue durée (USLD) sont des structures médicalisées destinées à l'accueil des personnes les plus dépendantes, nécessitant une surveillance médicale constante et des traitements.

Elles sont le plus souvent rattachées à des structures sanitaires. Depuis 2002, une nouvelle catégorie d'établissements est apparue : les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ce sont des établissements qui accueillent des personnes âgées de 60 ans ou plus, dépendantes et ayant besoin de soins. La plupart des EHPAD proposent un hébergement en chambre individuelle ou collective, un service de restauration, de blanchisserie, une aide à la vie quotidienne, des activités de loisirs, une surveillance médicale et des soins. À côté de ces modes d'hébergement, il existe d'autres modalités : - l'hébergement temporaire permet à la personne âgée ou son entourage de faire face à des difficultés passagères : absence momentanée de la famille, inadaptation du logement l'hiver, convalescence..., - l'accueil de jour, un ou plusieurs jours par semaine, permet de soulager les aidants.

Rédigé à partir de *Solidarité santé*, n° 18- 2011, et DREES (Etudes et résultats Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées).

2.2 Enoncer les différentes tarifications en EHPAD et préciser ce qui est à la charge du résident.

Un tarif hébergement et un tarif dépendance sont à la charge de la personne âgée. Le tarif soins est pris en charge par l'assurance-maladie et les mutuelles.

Document 3

Les tarifications en EHPAD

Trois tarifications sont appliquées pour les résidents en EHPAD :

- Un tarif hébergement, à la charge de la personne âgée, pour le financement des prestations d'hébergement, de restauration et d'entretien. La personne âgée peut, pour cette partie de tarification, percevoir l'allocation logement ou d'autres aides (aide sociale par exemple).
- Un tarif dépendance, à la charge du résident, mais qui peut être couvert par l'allocation personnalisée d'autonomie.
- Un tarif soins pris en charge par l'assurance-maladie et le cas échéant la mutuelle.

ACTIVITÉ 3 Les personnels dans les EHPAD

3. 1 Positionner les différents professionnels qui interviennent auprès de Mme Jacob dans le tableau ci-dessous.

Personnel médical	Personnel paramédical ou soignant	Personnel social et d'animation	Personnel des services généraux
Médecin	Infirmière Aide-soignant Kinésithérapeute Diététicienne	Animatrice sociale	Agent de service hospitalier Agent de buanderie

Document 4

Le quotidien de Mme Jacob en EHPAD

Mme Jacob, 88 ans, vit en EHPAD depuis deux ans. Tous les matins, un aide-soignant l'installe au fauteuil pour le petit déjeuner, puis vient l'aider à réaliser sa toilette. L'entretien des espaces communs est assuré par des agents de services hospitaliers, le linge est entretenu à la blanchisserie par des agents de buanderie. Une infirmière vient lui distribuer ses traitements médicamenteux et s'assure de leur prise, elle contrôle également les pulsations et la pression artérielle. Le médecin de l'établissement passe à sa demande pour ses renouvellements d'ordonnance. Pour les menus, une diététicienne lui demande chaque semaine de faire des choix.

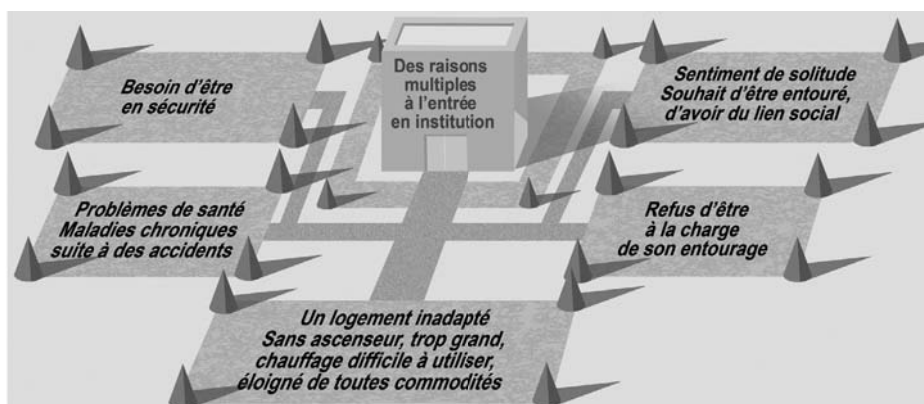
Mme Jacob bénéficie également de deux séances hebdomadaires de rééducation avec une kinésithérapeute. Certains après-midi, Mme Jacob participe à des animations mises en place par une animatrice sociale.



Le choix d'une structure d'accueil

1 L'entrée en établissement d'hébergement

Les personnes âgées entrent de plus en plus tardivement en structures d'hébergement (l'âge moyen à l'entrée est actuellement de 83 ans et 5 mois). Les hommes entrent un peu plus tôt que les femmes.



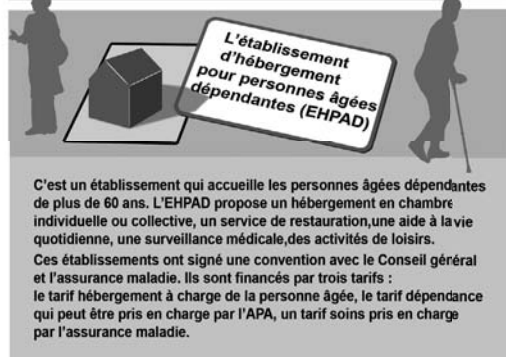
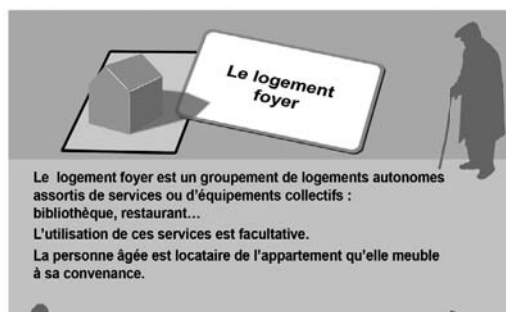
2 Les différents établissements et structures d'hébergement

Les structures d'hébergement pour personnes âgées sont des établissements médico-sociaux ou de santé qui accueillent des personnes âgées de plus de 60 ans de manière permanente ou temporaire.

Ces établissements doivent accueillir dans le **respect des droits des usagers** : respect de sa dignité, de sa vie privée, libre choix des prestations proposées, confidentialité des informations...

Lors de l'entrée en institution, il doit être remis à la personne âgée : un livret d'accueil, le règlement de fonctionnement de la structure, le contrat de séjour. Les conditions d'accès et de prise en charge varient selon le type d'établissement, ces établissements peuvent être publics ou privés.





Il existe à côté de ces structures « classiques » d'hébergement, des formules alternatives :

- **des résidences services** : souvent créées par des groupes privés, elles offrent des logements de grand standing en location ou en propriété avec des parties collectives et des animations variées ;
- **des structures d'accueil temporaire** : accueil des personnes âgées certaines périodes de l'année (par exemple les 4 mois d'hiver ou l'été, quand la famille ou l'entourage part en congés), accueil certaines journées de la semaine pour soulager les aidants, accueil entre une sortie de l'hôpital et un retour à domicile ;
- **les MARPA** : maisons d'accueil rural pour personnes âgées. Ce sont de petites unités de vie qui proposent un logement privatif et des espaces de vie collective. Elles sont souvent gérées par une maîtresse de maison, les résidents étant associés à la vie matérielle de la structure.



3 Le personnel des structures d'hébergement pour personnes âgées

Selon les structures, les personnels sont variables. Dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, le personnel peut être réparti en plusieurs catégories :

- le **personnel administratif** : équipe de direction, secrétaire, agent administratif ;
- le **personnel des services généraux** : agent de buanderie, de cuisine, jardinier... ;
- le **personnel d'encadrement** : cadre infirmier responsable d'un service ;
- le **personnel éducatif** : aide médico-psychologique, moniteur éducateur, animateur, auxiliaire de vie sociale ;
- le **personnel médical** : médecin coordonnateur, gériatre, médecin généraliste ;
- le **personnel paramédical** : infirmier, kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien, pédicure ;
- les **agents de service hospitalier**.



Établissements et structures d'accueil

Objectifs

1. Énoncer les intérêts du maintien à domicile pour la personne âgée.
2. Présenter les modalités de l'accueil familial, lister les aides ou services qui permettent le maintien à domicile.

ACTIVITÉ 1 L'intérêt du maintien à domicile pour la personne âgée

1.1 Expliquer, à l'aide des documents 1 et 2, pourquoi la majorité des personnes âgées souhaitent vieillir chez elles.

Le domicile est un espace chargé de son histoire personnelle : il est difficile de le quitter car il a une valeur sentimentale. En restant à son domicile, on conserve ses repères, ses habitudes, ses relations, ses objets familiers.

Document 1 Vouloir rester chez soi

Le domicile recèle des objets intimes témoins de notre histoire personnelle. C'est un espace chargé des signes de notre histoire, de l'enfance jusqu'au présent. Les objets, la décoration, les travaux que l'on y a faits, tout nous rappelle notre histoire et par là nos goûts, nos aspirations, nos frustrations, nos difficultés... Le domicile fonctionne comme un ensemble de repères de notre identité. [...]

Il abrite bien souvent les traces de nos racines familiales. De rares personnes vivent là où elles sont nées, c'est-à-dire qu'elles n'ont pas quitté le domicile parental. Pour la plupart des autres, il y a eu changement du lieu d'habitation, mais c'est souvent, dans la mesure du possible, en transportant avec eux quelques objets, ces traces de leurs racines : meubles de famille, bibelots ayant appartenu à la mère, photos... ;

Ces objets sont les témoins quotidien de notre vie présente, on s'en sert chaque jour ; d'autres sont bien rangés mais l'on ne veut pas s'en débarrasser, on y tient. La valeur sentimentale dépasse la valeur marchande, chacun le sait bien. [...]

Le domicile participe donc au maintien de l'identité dans ses dimensions territoriale, personnelle, familiale et sociale à travers les liens interpersonnels qu'il favorise. [...] Il autorise la satisfaction de nos besoins fondamentaux, y compris ceux d'appartenance, d'amour et de sécurité.

« Approche psychologique de la personne âgée », Alexandre Manoukian, Revue Doc Gériatologie, Doc Editions

Document 2 Laisser sa vie derrière soi

Entrer en institution, c'est d'abord perdre son passé, s'éloigner, le plus souvent définitivement, de son cadre de vie habituel. C'est renoncer à rencontrer les gens qui agrémentent le quotidien, du bonjour anodin des voisins à la causette furtive du commerçant de proximité. C'est également se séparer d'une grande part des objets qui étaient les traces d'une existence : objets quotidiens, témoins d'un passé, vestiges d'une histoire personnelle. Entrer en institution, c'est donc, dans un premier temps, laisser derrière soi une vie où l'on était citoyen parmi ses semblables.

« Approche psychologique de la personne âgée », Christine Maintier, Revue Doc Gériatologie, Doc Editions

ACTIVITÉ 2 Une alternative au placement en institution : l'accueil familial

2.1 Souligner dans le document 3 les intérêts d'un accueil familial pour la personne âgée.

2.1 Compléter, à l'aide du document 4, le tableau ci-dessous.

	Vrai	Faux	Justifications
L'accueillant familial doit avoir une autorisation.	X		Il faut un agrément délivré par le conseil général. Cet agrément est valable 5 ans
Toutes les personnes âgées peuvent bénéficier d'un accueil familial.		X	La personne âgée doit présenter un état de santé qui n'exige pas de surveillance médicale et de soins constants
Les conditions matérielles de l'accueil restent à l'appréciation de l'accueillant.		X	La personne âgée doit bénéficier d'une chambre d'au moins 9 m ² . Son bien être physique, moral et sa sécurité doivent être garantis.
L'accueil familial est un véritable métier.	X		L'accueillant bénéficie d'un salaire ouvrant droit à une couverture sociale et à la retraite, il a droit aussi à des congés payés.

Alternative à l'entrée en établissement, l'accueil familial permet aux personnes âgées et aux adultes handicapés de retrouver et de prolonger une vie de famille dans de bonnes conditions. La personne accueillie intègre et partage la vie de la famille qui l'accueille. Tout en bénéficiant de l'encadrement attentif, sécurisant et rassurant d'une cellule familiale, elle peut conserver son autonomie, ses liens familiaux et amicaux.

Conseil général du Finistère

L'accueil familial est un dispositif d'accompagnement pour personnes âgées (et/ou handicapées) en perte d'autonomie qui ne sont pas en capacité de vivre à domicile. Les personnes âgées accueillies doivent présenter un état de santé qui n'exige pas de surveillance médicale et de soins constants.

L'accueillant familial doit obtenir un agrément du président du Conseil général, agrément valable 5 ans et qui peut être renouvelé. Aucun diplôme n'est exigé pour accéder à ce métier. Un accueillant familial peut accueillir jusqu'à 3 personnes.

L'accueillant familial a un certain nombre d'obligations : respecter les droits de la personne accueillie, garantir le bien être physique et moral et la sécurité de la personne accueillie, assurer la continuité de l'accueil, mettre à disposition une chambre d'au moins 9 mètres carrés, souscrire une assurance responsabilité civile.

En contrepartie, l'accueillant familial perçoit une rémunération qui lui donne droit à une couverture sociale et à une retraite, une indemnité pour congés payés.

ACTIVITÉ 3 Les aides et les services permettant le maintien à domicile

3.1 Compléter les encadrés avec des exemples.

Aides financières	Gérontotechnologies	Aides techniques simples	Services
<ul style="list-style-type: none"> • Aide ménagère, auxiliaire de vie • Repas • Aménagement du logement 	<ul style="list-style-type: none"> • Télésurveillance de la santé • Détecteurs de chutes • Éclairage automatique • Chemin lumineux • Bracelet de géolocalisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Réhausseur de WC • Enfile bas • Pince de préhension pour ramasser des objets • Barre d'appui 	<ul style="list-style-type: none"> • Entretien du logement • Courses • Portage de repas • Transport accompagné

3.2 Justifier l'intérêt des aides techniques simples et des gérontotechnologies dans le maintien à domicile.

Les aides techniques simples permettent à la personne âgée de conserver une autonomie dans les actes de la vie quotidienne : habillage, déshabillage, déplacement dans le logement.

Les gérontotechnologies offrent un environnement sécurisant pour la personne âgée et des garanties de sécurisation pour l'entourage (géolocalisation...).

La politique actuelle en faveur des personnes âgées souhaite favoriser leur maintien à domicile. Différentes aides et services ont pour objectifs de faciliter ce maintien à domicile.

Des aides financières pour financer des heures d'aide ménagère, d'auxiliaire de vie sociale, des frais de restauration, de travaux dans le logement peuvent être fournies par certaines caisses de retraites, par les départements.

Des services multiples sont mis en place par les départements, les communes, les associations ou des organismes privés : entretien du logement, courses, portage de repas, transport accompagné, garde de nuit itinérante...

Le maintien à domicile peut aussi nécessiter l'utilisation d'un certain nombre d'aides techniques simples (réhausseur de WC, enfile bas ou chaussettes...) ou des aménagements du logement : barre d'appui dans les couloirs, les salles de bains, aménagement de douche...

Depuis plusieurs années les gérontotechnologies (technologies au service des personnes âgées) et la domotique sont en expansion et permettent le maintien à domicile. Ces technologies sont multiples : télésurveillance de la santé, chemin lumineux automatique pour éviter les chutes, éclairage automatique des couloirs et escaliers, commande automatique des appareils électriques, détecteurs de gaz, détecteurs de chute, capteurs de présence, téléalarme, bracelet de géolocalisation...



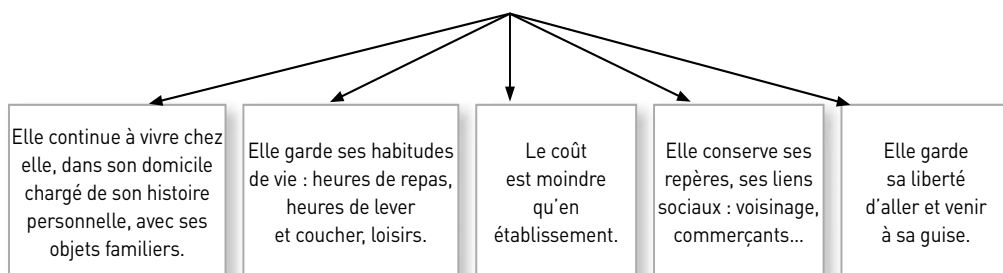
Le maintien à domicile

1 Les intérêts du maintien à domicile

La politique médico-sociale en faveur des personnes âgées a toujours placé le libre choix de rester à domicile comme une priorité : pouvoir rester à domicile est un droit qui doit être garanti à toute personne âgée.

De très nombreuses personnes âgées souhaitent vieillir chez elles.

Le maintien à domicile présente de nombreux intérêts pour la personne âgée.



Le maintien à domicile est également une solution satisfaisante pour la collectivité car moins onéreuse que l'institutionnalisation.

Cependant, le maintien à domicile nécessite souvent des aides et des services pour faciliter cette vie chez soi.

2 Les aides et les services permettant le maintien à domicile

Pour permettre ce maintien à domicile, notamment lorsque la personne âgée perd progressivement de son autonomie, il devient impératif de proposer des aides financières, des services et des aides techniques.

Les aides financières permettent de participer ou de financer des heures d'aide ménagère, d'auxiliaire de vie sociale, des frais de restauration, des aménagements du logement.



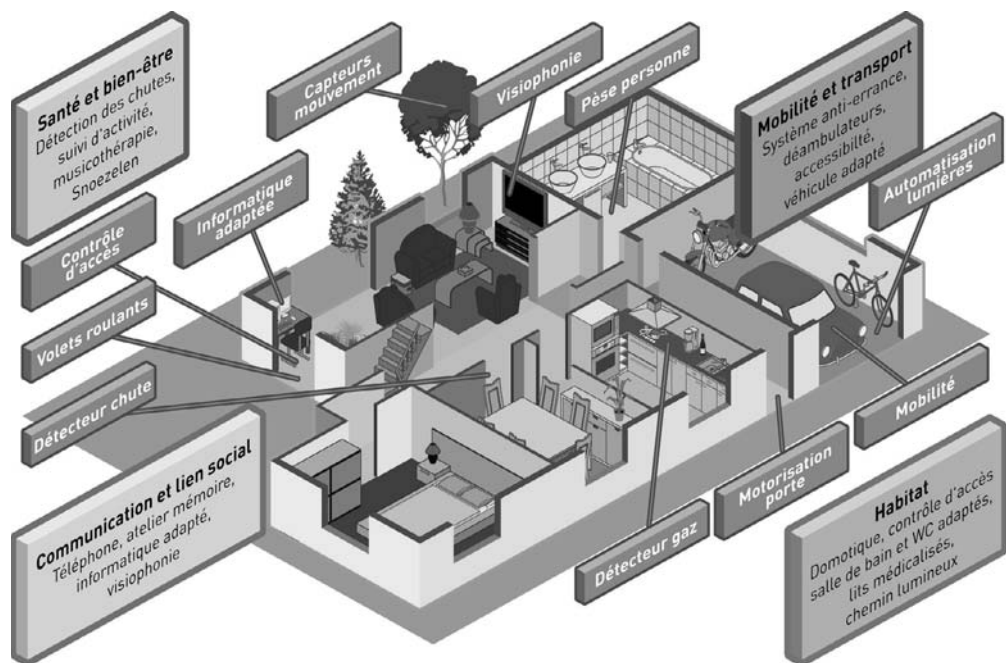
Les services

Les départements, les communes, les associations ou organismes privés peuvent proposer des services pour l'entretien du logement, les courses, les repas, le transport accompagné...

Les aides techniques permettent de compenser la perte d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne.

Les aides techniques simples sont des outils tels que l'enfile bas, le déambulateur (aide au déplacement), le réhausseur de toilettes, l'assiette incurvée...

Les gérontotechnologies permettent de sécuriser les espaces et de faciliter l'utilisation de certains équipements : télé alarme, éclairage automatique, bracelet de géolocalisation...



3

L'accueil familial

Quand le maintien à domicile devient difficile, il peut être envisagé un accueil familial : cette modalité constitue un bon compromis entre rester à son domicile ou entrer en structure d'hébergement.

Les accueillants sont agréés par le président du conseil général après évaluation. Ils peuvent accueillir trois personnes âgées.

Ils ont l'obligation de garantir le bien-être physique et moral et la sécurité de la personne accueillie, la continuité de l'accueil. Ils doivent respecter les droits de la personne accueillie.

En contrepartie, ils reçoivent une rémunération, ont droit à des congés payés et des formations

La personne âgée, qui doit présenter un état de santé ne nécessitant pas des soins constants, est accueillie au domicile d'un particulier appelé accueillant familial. Elle bénéficie d'une chambre d'au moins 9 m² et partage la vie de la famille qui l'accueille. Elle conserve sa liberté d'aller et venir.

Les différents types de handicap

Objectifs

1. Définir la notion de handicap.
2. Énoncer les principales causes.
3. Illustrer et caractériser les principaux types de handicap.
4. Énumérer et justifier les principaux moyens de prévention existant pour certains handicaps.

ACTIVITÉ 1 La notion de handicap et les types de handicap

1.1 Dans le document 1, souligner la définition du handicap.

1.2 Illustrer par des exemples cette notion de « situations de handicap ».

Une personne en fauteuil roulant doit franchir, chaque jour, trois portes étroites et non automatiques pour se rendre à son bureau. Une personne de 30 ans s'est fracturé la jambe aux sports d'hiver et habite un appartement situé au troisième étage sans ascenseur. Une personne âgée, atteinte de dégénérescence maculaire, doit prendre sa voiture pour faire ses courses.

1.3 À l'aide des documents 2 et 3, compléter le tableau ci-dessous concernant Estelle, 3 ans.

Fonctions et organes touchés	Activités et participation
<ul style="list-style-type: none"> - Fonctions respiratoires - Fonctions de l'audition - Fonctions relationnelles et émotionnelles - Fonctions de l'attention - Fonctions locomotrices - Fonctions du langage (réception et expression) et de mémorisation 	<ul style="list-style-type: none"> - S'adonne à des jeux simples en solitaire (tire ou pousse des objets qui font du bruit). - Écoute des histoires. - Apprend, à travers des lectures faites par sa mère, en pointant les images. - Marche et monte un escalier avec de l'aide. - Acquiert quelques mots simples et leur sens. - Interagit parfois avec les autres enfants.
Facteurs environnementaux	Facteurs personnels
<ul style="list-style-type: none"> - Services de santé - Famille proche (grand-mère, cousins) - Voisins 	<ul style="list-style-type: none"> - Fréquentes infections respiratoires et des oreilles - Interventions chirurgicales à la naissance - À 24 mois a un niveau de développement d'une enfant de 17 mois - Perte d'audition bilatérale légère

Document 1 Définition du handicap

« Les réflexions récentes au niveau international nous conduisent aujourd'hui à considérer qu'il n'y a pas de personnes handicapées, mais uniquement des situations de handicap ». En d'autres termes, le handicap n'est pas une déficience individuelle ; il résulte des difficultés rencontrées par un individu en butte à un environnement mal adapté...

Extrait du site du CNRS <http://www.cnrs.fr/handicap>

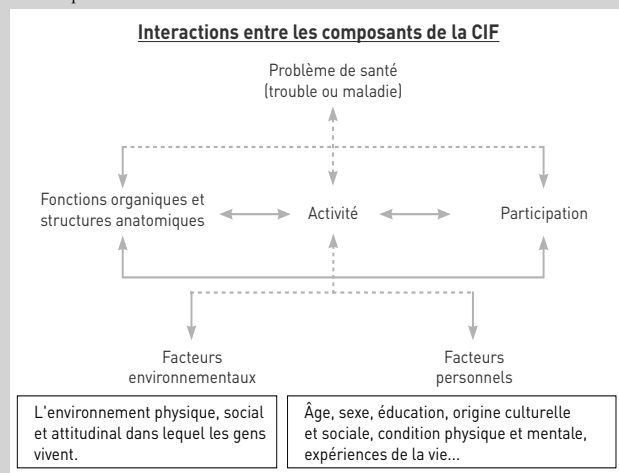
L'article 2 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 définit le handicap de la façon suivante : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou de restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou de plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »



Estelle est une fillette de 3 ans qui a des antécédents cardiaques congénitaux qui ont été corrigés par deux interventions chirurgicales au début de sa vie. Elle continue à avoir de fréquentes infections des voies respiratoires supérieures et des oreilles. Elle est suivie par des médecins. C'est une voisine qui s'en occupe la journée, pendant que sa mère travaille. Quand celle-ci travaille le week-end, Estelle reste chez sa grand-mère avec des cousins. C'est une enfant sérieuse qui passe la plupart de son temps à jouer seule à des jeux simples, avec des objets qui font du bruit en les poussant ou en les tirant, et n'a pas beaucoup d'interactions avec les autres enfants. Elle a commencé à marcher il y a seulement trois mois et n'est pas capable de monter un escalier sans que quelqu'un lui donne la main. Elle a un vocabulaire

d'environ 20 mots qui sont intelligibles comme « à moi », « encore », « cube », et un vocabulaire plus large qui n'est pas intelligible. S'asseoir sur les genoux de sa mère pour qu'elle lui lise une histoire est une de ses activités préférées. Elle pointera les images qui lui sont familières mais a des difficultés à apprendre les noms des objets sur les images. Fréquemment, quand on l'appelle par son nom, elle ne répond pas et est parfaitement distraite. Une évaluation effectuée lorsqu'elle avait 24 mois a révélé que son niveau de développement était équivalent à celui d'un enfant de 17 mois. Un retard particulier au niveau de la réception et de l'expression du langage était évident. Une évaluation auditive a révélé une perte d'audition bilatérale légère.

Cette nouvelle classification a pour originalité d'aborder l'invalidation comme une interaction entre les potentialités d'un individu et son environnement.



La CIF est constituée de deux parties.

Partie 1 : Fonctionnement et handicap

Fonctions organiques et structures anatomiques (analyse des déficiences des fonctions organiques ou des structures anatomiques).

Activité et participation. Une activité signifie l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne. Les limitations d'activité désignent les difficultés qu'une personne peut rencontrer pour mener une activité. La participation signifie le fait de prendre part à une situation de vie réelle. Les restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer pour participer à une situation réelle.

Partie 2 : Facteurs contextuels - Facteurs environnementaux ou personnels.

ACTIVITÉ 2 Les causes du handicap

2.1 À l'aide du document 4, préciser la cause de chaque handicap décrit ci-dessous.

Exemples	Causes de handicap
Magalie est atteinte de mucoviscidose depuis la naissance.	Congénital
Pierre est tétraplégique suite à un accident de moto.	Acquis
Lucas, né d'un accouchement difficile, est infirme moteur cérébral.	Congénital

Il existe plusieurs causes de handicap :

- le handicap congénital

Soit lié à l'hérédité : maladie génétique (mucoviscidose, myopathie, retard mental, daltonisme, dyslexie, autisme...) ou chromosomique (trisomie 21...).

Soit lié à la vie intra-utérine par incompatibilité sanguine ou suite à des maladies (rubéole, toxoplasmose...) ou à cause de l'alcoolisme (handicap mental, surdité, pieds bots...).

Soit lié à la naissance, anoxie due à un accouchement difficile (polyhandicap, infirme moteur cérébral, handicap mental, ophtalmie...).

- le handicap acquis soit par la maladie (hémiplegie, paralysie, troubles des sens...), soit par accident (tétraplégie, poly handicap...), soit favorisé par le vieillissement (Alzheimer, Parkinson, dégénérescence maculaire...).

ACTIVITÉ 3 Les types de handicap et leur répartition

3.1 À l'aide des documents 5 et 6, compléter le tableau ci-dessous.

Handicap et déficience	Caractéristiques	Exemples	Causes possibles
Physique motrice	Une gêne ou un empêchement dans les déplacements, la préhension d'objets et parfois la parole	- Tétraplégie - Myopathie - Parkinson	- Accident (travail, sport...) - Hérité (génétique) - Vieillesse
Mental intellectuelle	Déficience des grandes fonctions cérébrales supérieures que sont l'attention, la mémoire, le langage...	- Dyslexie - Dysphasie	- Hérité (génétique)
Polyhandicap	Déficience motrices et déficiences intellectuelles sévères ou profondes	Paralysie et troubles des sens ou de la conscience	- Accouchement difficile (anoxie) - Accident
Physique Visuelle Auditive	- Altération du champ visuel - Altération de la capacité auditive	- Cécité - Surdité	- Maladie - Vieillesse - Naissance - Accident - Hérité
Mental intellectuelle	Perturbations du degré de développement intellectuel	- Trisomie 21 - Alzheimer	- Hérité (chromosomique) - Vieillesse
Mental Psychique	Troubles du comportement et du jugement qui entraînent des difficultés à s'adapter à la vie en société.	- Autisme - Névrose	- Génétique - Facteurs environnementaux

Document 5 Les principaux types de handicap

1. Parmi les handicaps mentaux, on distingue :

- Les déficiences intellectuelles, autrefois repérées par des vocables comme « arriération mentale » ou « débilité mentale », avec, dans cette catégorie complexe, des déficiences plus spécifiques de certaines fonctions cognitives, comme celles du langage ou d'autres troubles spécifiques d'apprentissage (dyscalculie, dyspraxie, dyslexie, dysphasie, troubles de l'attention et de la mémoire...).
- Les déficiences psychiques (le terme « handicap psychique » a été reconnu en 2003) concernent les troubles du fonctionnement de l'appareil psychique et influent donc principalement sur les sphères de la vie relationnelle, de la communication, du comportement, etc.

2. Parmi les handicaps physiques, on distingue :

- Les déficiences motrices qui résultent de l'incapacité de tout ou partie du corps à se mouvoir (tétraplégie, paraplégie, hémiplegie, myopathie, perte d'un membre, Parkinson...), réduisant l'autonomie de la personne et nécessitant parfois le besoin de recourir à une aide extérieure pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne.
- Les déficiences visuelles, dont les conséquences sont très variables : du simple porteur de verres correcteurs qui, dans notre société, ne subit quasiment pas de restriction de participation du fait d'une déficience aisément compensable, à la personne aveugle.
- Les déficiences auditives, moins visibles mais plus stigmatisantes que les précédentes.
- Les déficiences de la parole (aphasie, bégaiement...).

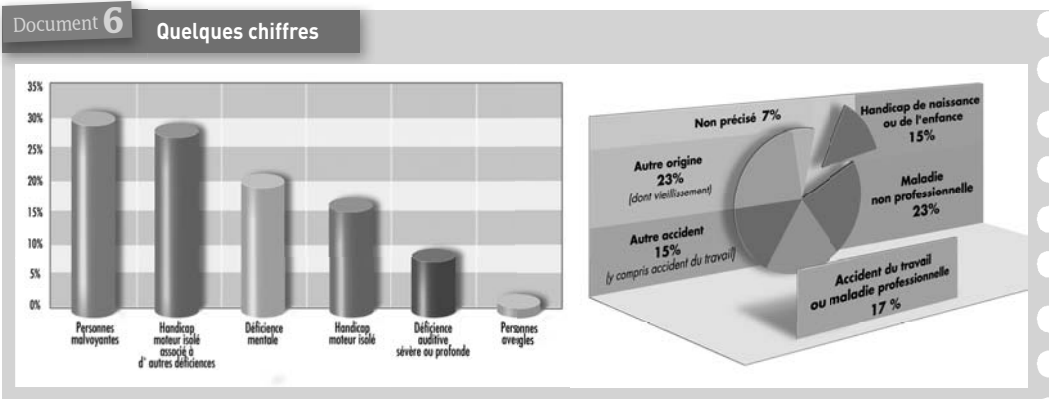
Les déficiences sont souvent associées, on parle alors de :

- polyhandicap : association de déficiences motrices et intellectuelles sévères entraînant une restriction extrême de l'autonomie ;
- plurihandicap : association de plusieurs déficiences ayant approximativement le même degré de gravité ;
- surhandicap : aggravation d'un handicap existant par les difficultés relationnelles qu'il provoque.



3.2 Commenter les chiffres du document 6, indiquer la proportion de handicaps acquis par rapport aux handicaps congénitaux et conclure.

Les handicaps les plus importants sont les handicaps physiques et, parmi ceux-ci, les handicaps visuels.
Handicaps acquis par maladies, accidents et vieillesse : 23 % + 17 % + 15 % + 23 % + 7 % soit 78 %.
Ils sont beaucoup plus nombreux que les handicaps congénitaux



ACTIVITÉ 4 Les moyens de prévention existants

4.1 Pour chaque situation, indiquer, à l'aide du document 7, les moyens de prévention adaptés.

M. et Mme Pierre souhaitent un enfant. Le frère de Mme Pierre est décédé à 16 ans d'une grave myopathie.

Avant la grossesse, ils devront solliciter un conseil génétique pour évaluer les risques.

Mathéo vient de naître à la clinique. L'accouchement s'est déroulé normalement.

Mathéo subira un dépistage de l'hypothyroïdie et de la phénylcétonurie.

Mohamed est en CP à l'école primaire de son quartier.

Il doit être à jour dans ses vaccinations et bénéficiera d'un bilan de santé.

M. Léon est passionné de bricolage et prend beaucoup de plaisir à restaurer sa maison le week-end. Or, ces activités sont à l'origine de nombreux accidents. Quels conseils lui donneriez-vous ?

De bien lire les informations et de respecter les consignes de sécurité lorsqu'il utilise des outils électriques ou autres, et d'avoir une tenue vestimentaire appropriée.

Mme Luis est enceinte pour la première fois. Elle a peur que son enfant naisse avec une malformation.

Mme Luis aura, tout au long de sa grossesse, des consultations, des échographies et des analyses biologiques qui permettront de suivre le développement de son futur bébé.

Document 7 Les moyens de prévention

Pour limiter les handicaps de l'enfant :

- Avant la conception, vaccinations de la future mère contre certaines maladies infectieuses (rubéole, hépatite B).
- Conseil génétique recommandé pour les parents ayant déjà eu un enfant handicapé, ou ayant un lien de parenté proche ou si la femme a plus de 40 ans ou si les conjoints sont porteurs d'une maladie ou d'une malformation identifiées.

Pendant la grossesse, le dépistage s'appuie sur le suivi du développement de l'embryon puis du fœtus par consultations régulières, par des échographies et des analyses biologiques. Ces examens permettent de détecter des anomalies anatomiques ou organiques ou des signes de souffrance. S'il y a des risques, on peut pratiquer une ponction du trophoblaste (tissu à l'origine du placenta), une ponction amniotique, un caryotype et des dosages biologiques. Une bonne hygiène de vie et un congé de maternité permettent aussi une grossesse dans de meilleures conditions.

Durant l'accouchement, un moniteur permet de suivre le rythme cardiaque du fœtus et une éventuelle souffrance.

Après la naissance, un dépistage systématique de l'hypothyroïdie et de la phénylcétonurie permet d'agir pour éviter un retard mental. Puis les 20 examens médicaux de l'enfant, les vaccinations et les bilans de santé à l'école et au travail pour les adultes permettent de dépister précocement tout handicap.

Pour limiter les handicaps acquis au cours du travail, des loisirs, du bricolage, il faut respecter les consignes de sécurité et les informations et adapter sa tenue vestimentaire. Une intervention rapide du SAMU et des pompiers est essentielle pour diminuer les conséquences, d'où l'importance des messages clairs et précis lors de l'appel des secours.

Les attitudes face au handicap

Objectifs

1. Analyser les réactions possibles de l'environnement, de la famille face au handicap.

ACTIVITÉ 1 Les facteurs favorisant l'inclusion de la personne handicapée

à l'aide du document 1

1.1 Dégager les deux acteurs nécessaires pour assurer une inclusion réussie.

La société, qui doit accepter les différences et mettre tout en œuvre pour faciliter la vie des personnes en situation de handicap. La personne, qui doit chercher à s'adapter aux normes sociales.

1.2 Indiquer le fondement de cette loi.

Cette loi est fondée sur les principes généraux de non-discrimination. Tout citoyen français doit bénéficier des mêmes droits, quelles que soient ses difficultés, et doit pouvoir trouver sa place dans la société.

1.3 Lister les principaux points de la loi de 2005 favorisant l'inclusion de la personne handicapée.

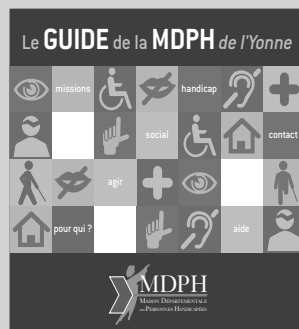
- Le droit à une scolarisation dans un établissement ordinaire avec un accompagnement et un aménagement des conditions d'examen. La prise en compte des capacités de l'enfant et l'adaptation de la pédagogie.
- Une non-discrimination à l'embauche, donc une meilleure intégration des travailleurs dans l'entreprise, par incitation, sinon par sanction.
- L'accessibilité de tous les bâtiments, logements et transports.
- L'accès au service public grâce à divers moyens de traduction ou de compréhension.
- L'accessibilité au contenu des médias.

1.4 Commenter la phrase « Rien nous concernant sans nous ».

Des représentants des différents types de handicapés doivent être présents et doivent pouvoir donner leurs avis pour toutes les décisions les concernant, afin de prendre en compte leurs difficultés.

Document 1 L'inclusion de la personne handicapée

L'inclusion est le processus par lequel une personne en situation de handicap cherche à s'adapter le plus possible aux normes sociales, et les normes sociales s'adaptent pour accepter les différences ; elle réclame la participation active de tous les citoyens. Les personnes (quelles que soient leurs difficultés) doivent pouvoir vivre en société et mener une vie normale avec une assistance efficace et efficiente. Fondé sur les principes généraux de non-discrimination, la loi de 2005 affirme que « toute personne handicapée a droit à la solidarité de la collectivité qui lui garantit l'accès aux droits fondamentaux de tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté » : possibilité de choisir son projet de vie, participation aux décisions le concernant. Le jeune handicapé a droit à un parcours scolaire continu et adapté, en milieu ordinaire au plus près de son domicile, à un accompagnement spécifique et à un aménagement des conditions d'examen. Le principe de non-discrimination à l'embauche des personnes handicapées par le biais de mesures incitatives et de sanctions renforcées est aussi avancé. La loi réaffirme l'obligation d'accessibilité, physique et fonctionnelle, de l'ensemble de l'environnement (logements, bâtiments et transports). Elle reconnaît également la langue des signes française (LSF) comme une langue à part entière. L'accès au service public pour les personnes en situation de handicap sensoriel (auditif ou visuel) doit être facilité (traduction écrite simultanée ou visuelle par exemple). L'accessibilité du contenu des médias de grande écoute devient obligatoire.



ACTIVITÉ 2 Le handicapé et sa famille

2.1 Souligner, dans le document 2, les réactions des parents à l'annonce du handicap de leur enfant. Expliquer ces attitudes négatives face à leur enfant.

Les parents se sentent coupables, porteurs d'une tare, et leur enfant devient l'échec, la honte alors qu'ils devraient en être fiers.

2.2 Indiquer les précautions que doit prendre le médecin pour annoncer aux parents le handicap de leur enfant.

Le médecin doit bien choisir le moment, l'endroit et faire très attention à la manière dont il va l'annoncer. Il doit attendre que les deux parents soient présents.

2.3 À l'aide du document 3, dégager les conséquences que peuvent avoir, pour l'enfant, les différentes réactions des parents.

Réactions possibles des parents	Conséquences
⇒ Surprotection	<ul style="list-style-type: none">- Retard dans l'apprentissage de l'autonomie.- Difficultés d'intégration à la crèche, à l'école.
⇒ Repli sur soi	<ul style="list-style-type: none">- Relations perturbées au sein de la fratrie et du couple.- Évolution plus lente du jeune.
⇒ Rejet	<ul style="list-style-type: none">- Pas de dépistage précoce et retard dans les soins.- Pas de véritables relations affectueuses.
⇒ Acceptation	<ul style="list-style-type: none">- L'enfant aura une vie meilleure.

Document 2 La découverte du handicap

L'attente d'un enfant est une période cruciale dans la vie d'un couple. Dès le début de la grossesse, toutes sortes de fantasmes émergent : quelle couleur auront ses cheveux, ses yeux ? Sera-t-il doué pour la musique comme son père ? Que fera-t-il plus tard ? Quand le médecin annonce aux parents que leur enfant est différent, cela engendre une énorme souffrance. Le choc est parfois si grand que certains refusent tout simplement d'entendre ce qui leur est dit. Ils ne veulent pas voir ce qui leur arrive. Certains nient l'identité de l'enfant, hésitent à le prendre dans leurs bras, à lui donner un nom, refusent de le voir... D'autres encore ont l'espoir d'un miracle médical ! L'annonce du handicap met la famille en crise : les parents perdent tous leurs repères face à cet enfant différent. Les parents se sentent coupables, porteurs d'une tare, en colère. L'enfant devient l'échec, la honte. Ce que l'on dit à ce moment aux deux parents et la manière dont on le dit est primordial et déterminant dans l'attitude qu'ils auront ensuite avec le bébé. Le parent doit faire un deuil de l'enfant idéal et parfait qu'il avait imaginé.



Document 3 Les réactions de la famille et leurs conséquences

L'annonce du handicap provoque un traumatisme, et les parents se sentent responsables. Leurs réactions sont alors très variables :

- Surprotection, en particulier de la mère : elle va rendre l'enfant dépendant de sa famille. L'enfant risque de prendre beaucoup plus de temps pour acquérir la socialisation, l'autonomie dont il aura besoin tout au long de sa vie. Il peut aussi profiter de cette situation et, dans ce cas, à la moindre contrariété, devenir agressif et avoir des difficultés à s'intégrer (crèche, école...).
- Isolement et repli sur soi : certains parents ont des réactions agressives envers les enfants « normaux ». Cela peut avoir des répercussions sur la vie du couple (désir ou refus d'avoir un autre enfant, séparation...), sur la fratrie, mais aussi sur le jeune qui évoluera plus lentement.
- Rejet ou déni : les parents nient le handicap et pensent que ces anomalies sont passagères. Cela ne facilite pas la mise en place précoce de dépistage, de soins et d'éducation adaptés à l'enfant ou, s'ils acceptent ces soins, ils n'établissent pas de véritables relations affectueuses.

Cependant, de nombreux parents, passé le choc, aiment leur enfant tel qu'il est et se battent pour qu'il ait une vie acceptable, la plus autonome possible. Les frères et sœurs calquent souvent leur attitude sur celle de leurs parents, mais comme le jeune handicapé occupe une place très lourde et monopolise beaucoup l'attention, ils ont parfois l'impression d'être « oubliés ». Certains se sentiront alors obligés d'être parfaits ; ce sont des enfants qui ne se plaindront jamais. Il est important également de veiller à ne pas privilégier l'enfant handicapé. Quand il se dispute avec son frère ou sa sœur, par exemple, ce n'est pas toujours un service à lui rendre que d'intervenir systématiquement en sa faveur.



Les comportements face au handicap

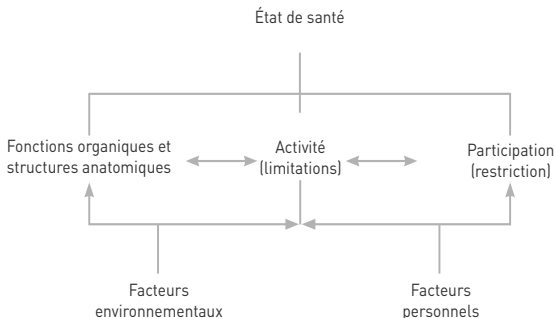
1 Les différents types de handicap

L'article 2 de la loi n°2005-102 du 11 février 2005 définit le handicap de la façon suivante : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou de restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou de plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Depuis 2001, une nouvelle classification du handicap a été adoptée par l'OMS, la CIF ou classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.

La CIF se veut être une approche multidimensionnelle de la Classification du fonctionnement et du handicap. Elle analyse les situations de handicap par :

La théorie du modèle social, où une déficience crée un désavantage social, est manifestement intégrée au modèle fonctionnel de l'incapacité de la CIF¹



1. Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé.

Source : Organisation mondiale de la santé, 2001.

- les déficiences des fonctions organiques (fonctions physiologiques et psychologiques) et des structures anatomiques (les organes, les membres et leurs composantes) ;
- les limitations d'activité (difficultés que rencontre une personne à exécuter certaines tâches) ;
- la restriction de participation (problèmes qu'une personne peut rencontrer en s'impliquant dans une situation) ;
- les facteurs environnementaux (environnement physique, social, attitudinal...) ;
- les facteurs personnels.

Handicap mental

Déficiences intellectuelles	Ces déficiences induisent une diminution de la capacité à comprendre une information nouvelle ou complexe, à apprendre et à appliquer de nouvelles compétences (troubles de l'intelligence). Il s'ensuit une aptitude diminuée à faire face à toute situation (troubles du fonctionnement social). Parfois les déficiences sont plus spécifiques de certaines fonctions cognitives (le langage) ou sont des troubles spécifiques d'apprentissage (dyscalculie, dyspraxie, dyslexie, dysphasie, troubles de l'attention...).
Déficiences psychiques	Maladies de la pensée ou de la personnalité qui sont à l'origine de difficultés d'intégration sociale, de communication...
Handicap physique	
Déficiences motrices	Ces déficiences peuvent toucher un membre ou l'ensemble du corps d'où une perte partielle ou totale de la motricité réduisant l'autonomie de la personne (tétraplégie, paraplégie, hémiplegie, myopathie, perte d'un membre...). Elles nécessitent parfois le besoin de recourir à une aide extérieure pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne.
Déficiences sensorielles	<ul style="list-style-type: none"> - Soit visuelles : léger déficit ou cécité totale ; - soit auditives très invalidantes : léger déficit ou surdité totale ; - soit de la parole : bégaiement, aphasie.

Le handicap peut être **congénital**, c'est-à-dire présent à la naissance :

- soit héréditaire (génétique ou chromosomique).
- soit lié à la vie intra-utérine
- soit lié à une naissance difficile.

Le handicap peut aussi être **acquis** au cours de la vie :

- soit par maladie
- soit par accident
- soit à cause de l'âge.

Les principaux moyens de prévention des handicaps sont :



- le conseil génétique et les vaccinations antirubéole et antihépatite B de la future mère ;
- les consultations prénatales, les échographies, les analyses biologiques, l'amniocentèse ;
- l'hygiène de vie et le congé de maternité ;
- la surveillance de l'accouchement ;
- les examens à la naissance et au cours de l'enfance, les vaccinations ;
- les bilans de santé à l'école et au travail ;
- les informations et dispositifs de sécurité par rapport aux accidents du travail, des loisirs ;
- la meilleure prise en charge lors d'accident ou de maladie.

2

Les attitudes face au handicap

2.1 Les facteurs favorisant l'inclusion de la personne handicapée

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a trois objectifs majeurs :

- garantir aux personnes handicapées le libre choix de leur projet de vie ;
- améliorer leur participation à la vie sociale ;
- placer la personne handicapée au milieu des dispositifs la concernant.

Ces objectifs vont permettre une meilleure inclusion de toute personne en situation de handicap grâce à la scolarisation en milieu ordinaire, à une incitation à l'embauche, à l'accessibilité des transports et de l'ensemble des lieux privés ou publics.

Toute personne, quelles que soit ses difficultés, doit être en mesure de vivre en société et de mener une vie normale avec le niveau d'assistance nécessaire. L'inclusion est une manière de penser et de vivre qui réclame la participation active de tous les citoyens, ce qui suppose le respect des droits humains sous tous les aspects et dans tous les secteurs.

La scolarisation en milieu ordinaire est très importante car c'est un véritable moyen de lutter contre les discriminations. Les enfants vont côtoyer dès leur plus jeune âge ces jeunes présentant des différences et jouer avec eux, ce qui changera leur regard, leurs idées. Cela favorisera une société plus tolérante à la diversité.

2.2 Les réactions possibles et comportements de la famille face au handicap

De nombreux parents se sentent responsables du handicap de naissance de leur enfant et en souffrent. Ils éprouvent un sentiment de culpabilité et sont très angoissés quant à son avenir.

Le refus du handicap : attitude qui empêche la mise en place précoce de soins et d'éducation adaptés et qui nuit souvent aux relations affectueuses. Cela est préjudiciable au bon développement de l'enfant.

L'acceptation : les parents, avec souvent l'aide d'autres parents dans la même situation ou d'associations, parviennent à accepter l'enfant tel qu'il est. Dans ce cas, les traitements indispensables seront mis en place tôt et l'enfant pourra développer au maximum ses compétences.

Réactions possibles
des parents

La surprotection : qui rend l'enfant trop dépendant de sa famille. Il sera moins autonome et aura plus de difficultés à trouver sa place dans la société.

Le repli, l'isolement : la famille se referme sur elle-même, évite tout contact avec l'extérieur. Cette réaction est néfaste pour l'enfant handicapé, les frères et sœurs et parfois même pour le couple.

Les frères et sœurs calquent, en général, leur attitude sur celle de leurs parents. Certains ont tendance à le surprotéger et faire à sa place, ce qui nuit à son développement ; d'autres au contraire éprouveront une certaine honte et le délaisseront.

La législation

Objectifs

1. Énoncer les grands principes de la législation en faveur des personnes handicapées.
2. Présenter les missions des différentes instances ou commissions

ACTIVITÉ 1 Les avancées de la loi du 11 février 2005

1.1 Souligner, dans le document 1, les principaux objectifs de cette loi, puis compléter le tableau ci-dessous.

Les grands principes	Les mesures concrètes
Faciliter les démarches des handicapés et de leurs familles	Création d'une maison départementale des personnes handicapées qui sera un lieu d'accueil pour toutes les personnes handicapées et leur famille.
Couvrir l'ensemble des besoins liés au handicap	Droit à la compensation des conséquences de son handicap. En fonction de son projet de vie, un plan de compensation est élaboré et concrétisé par une prestation.
Favoriser l'intégration scolaire	Tout enfant ou adolescent handicapé doit être inscrit dans l'école de son quartier. Suivant son projet, il pourra être accueilli dans un établissement spécialisé.
Encourager l'emploi	Pénaliser plus les entreprises qui n'emploient pas d'handicapés et, au contraire, aider celles qui embauchent des handicapés lourds.
Assurer l'accessibilité à tous	Tous les établissements, les lieux publics, les transports... ont jusqu'en 2015 pour se mettre aux normes.
Renforcer la citoyenneté	Droit de vote pour les majeurs placés sous tutelle. Sensibiliser les enfants au handicap, dans les cours d'éducation civique.

Document 1 Les innovations de la loi

La loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a été votée le 11 février 2005 (*Journal officiel* du 12/02/2005).

Accueil des personnes handicapées : la loi crée une maison départementale des personnes handicapées (MDPH) dans chaque département, sous la direction du Conseil général, lieu d'accueil des personnes handicapées et de leur famille. Chaque MDPH met en place une équipe pluridisciplinaire, et une Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Droit à la compensation des conséquences de son handicap en fonction du projet de vie de la personne, un plan de compensation est élaboré et concrétisé par la prestation de compensation qui permet de couvrir les besoins.

Scolarité : tout enfant ou tout adolescent présentant un handicap doit être inscrit dans l'école de son quartier.

Il pourra ensuite être accueilli dans un établissement spécialisé, en fonction du projet personnalisé de scolarisation. Les parents sont pleinement associés aux décisions le concernant. Aménagements pour les étudiants handicapés en poursuite d'études, en concours, etc.

Emploi : l'obligation d'emploi est de 6 %. La loi impose une sanction plus sévère pour les entreprises qui ne la respectent pas (augmentation de la contribution à l'association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées). Les entreprises qui emploient des personnes lourdement handicapées bénéficient d'une aide à l'emploi ou d'une modulation de leur contribution.

Accessibilité : les établissements existants recevant du public et les transports collectifs ont dix ans pour se mettre en conformité avec la loi. Celle-ci prévoit aussi la mise en accessibilité des communes et des services de communication publique. **Citoyenneté** : droit de vote des majeurs placés sous tutelle. La question du handicap sera abordée pendant les cours d'éducation civique à l'école primaire et au collège. Droit à un aidant devant les juridictions pour les personnes aphasiques, sourdes et malvoyantes et lors du passage du permis de conduire pour les personnes sourdes.



ACTIVITÉ 2 Les missions des différentes instances et commissions

2.1 À l'aide du document 2, indiquer l'instance ou la commission qui assure chacune des missions citées dans le tableau.

Les missions	Instances ou commissions
Met en place et organise le fonctionnement des équipes pluridisciplinaires.	MDPH
Évalue les besoins de compensation de la personne handicapée et son incapacité permanente en fonction de son projet de vie.	Équipe pluridisciplinaire
Met en place et organise le fonctionnement de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.	MDPH
Décide de l'attribution des aides et des prestations destinées à la compensation à partir du PPC.	CDAPH
Peut proposer une réorientation scolaire de l'élève en accord avec la famille.	Équipe de suivi de scolarisation
Accueille, informe, conseille les personnes handicapées et leur famille.	MDPH
Se prononce sur les mesures propres à assurer l'insertion scolaire de l'enfant et l'oriente, si besoin, vers un établissement spécialisé qui correspond à ses besoins.	CDAPH
Élabore et propose un Plan personnalisé de compensation.	Équipe pluridisciplinaire
Définit le Plan personnalisé de scolarisation en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire.	CDAPH
Veille au suivi du Plan personnalisé de scolarisation.	Équipe de suivi de scolarisation

2.2 Donner les avantages de ces maisons départementales pour le handicapé et sa famille.

La maison départementale est actuellement (depuis la loi de février 2005) le lieu unique d'accueil des handicapés. Elle exerce à la fois une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap. Elle est destinée à faciliter les démarches des handicapés.

Document 2

La maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

The diagram, titled 'La MDPH Maison départementale des personnes handicapées', illustrates the central role of the MDPH. At the center is a box labeled 'Parents'. Surrounding it are several components: 'Équipe pluridisciplinaire' (top left), 'CDAPH' (top right), 'En fonction du PPC' (middle right), 'École ou autre établissement' (bottom right), 'Recueil des informations Veille au suivi du PPS' (bottom center), 'Enseignant référent Équipe de suivi de la scolarisation' (bottom left), and 'Échange Informations pour PPS' (middle left). Arrows indicate the flow of information and decision-making between these entities. A central box labeled 'Propose un plan personnalisé de compensation (PPC)' is connected to the 'Équipe pluridisciplinaire' and 'CDAPH'. The 'En fonction du PPC' box lists 'Prestations diverses (AEEH, PCH)' and 'PPS orientation + mesures d'accompagnement'. The 'Enseignant référent' box mentions 'Veille au suivi du PPS'.

La MDPH est un groupement d'intérêt public dont le département assure la tutelle administrative et financière. La MDPH exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap. Elle met en place et organise le fonctionnement de :

- l'équipe pluridisciplinaire qui évalue les besoins de compensation et détermine le taux d'invalidité sur la base du projet de vie, puis propose un Plan personnalisé de compensation du handicap (PPC). Cette équipe réunit des professionnels, désignés par le directeur de la MDPH, ayant des compétences médicales, paramédicales, dans le domaine de la psychologie, du travail social, de la formation scolaire et universitaire, de l'emploi et de la formation professionnelle ;
- la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH qui remplace la COTOREP et la CDES) prend les décisions relatives à l'ensemble des prestations, se prononce sur l'orientation de la personne handicapée et les mesures propres à assurer son insertion scolaire, désigne les établissements ou services correspondant aux besoins de l'enfant et définit le Plan personnalisé de scolarisation (PPS) ;
- l'équipe de suivi de scolarisation assure le suivi des décisions de la CDAPH, informe la CDAPH de toute difficulté, facilite la mise en œuvre et assure le suivi du PPS, procède à l'évaluation du PPS et peut proposer toute révision de l'orientation de l'élève (en accord avec la famille).

Les prestations sociales

Objectifs

1. Indiquer les prestations sociales en faveur de la personne handicapée.
2. Identifier le contenu d'un plan personnalisé de compensation et en repérer les différentes étapes.

ACTIVITÉ 1 Les prestations sociales en faveur de la personne handicapée

1.1 À l'aide du document 1, compléter le tableau ci-dessous.

Situations	Prestations	Justifications
Ludovic, 25 ans, né en France paraplégique (taux > 80 %), souhaite s'installer avec son amie dans un appartement à Reims. Il est à la recherche d'un emploi mais rencontre de grandes difficultés.	- AAH - PCH	- À la recherche d'un premier emploi, a plus de 20 ans, Français et réside en France. - Doit aménager son logement, se déplacer en fauteuil roulant.
Ali, 12 ans, aveugle, est scolarisé à 50 km de chez lui dans un établissement spécialisé. Interne la semaine, ses parents vont le rechercher chaque week-end.	- AEEH plus majoration	Ali a moins de 20 ans et fréquente un établissement spécialisé : frais d'internat et frais de transport chaque week-end.
Pauline, 4 ans, est infirme motrice cérébrale. Sa maman cesse son travail pour s'en occuper mais fait appel à une aide un jour par semaine. Ils ont déménagé pour un appartement dans un immeuble avec ascenseur.	- AEEH plus majoration - PCH	- Pauline a moins de 20 ans et la majoration permet de compenser l'arrêt d'activité de sa maman. - Aides techniques (fauteuil, lit, chaise spécialisés), frais de déménagement. - Aides humaines, un jour par semaine.
Roxane, 40 ans, est tétraplégique suite à un accident de voiture. Elle était cadre depuis 15 ans dans une banque.	Invalidité	Assurée sociale. Allocation pour compenser la perte de salaire.

Document 1 Les différentes prestations sociales

Allocations	Conditions d'attribution	Montant (2011)
A Allocation E d'éducation E de l'enfant H handicapé	Avoir un enfant à charge de moins de 20 ans présentant une incapacité permanente d'au moins 80 % ou compris entre 50 % et 80 % : - si l'enfant fréquente un établissement spécialisé, - s'il bénéficie d'un accompagnement social ou médico-social.	127,68 €/mois/enfant. Majoration si embauche d'une tierce personne, arrêt d'activité d'un parent. Prestation versée par les Caisses d'allocations familiales ou de MSA.
A Allocation A aux adultes H handicapés	Des ressources modestes, quelle que soit la situation familiale, et un taux d'incapacité d'au moins 80 %. Il faut avoir 20 ans et résider en France et être français ou ressortissant d'un pays membre de l'espace économique européen (EEE).	759,98 € (montant mensuel). Droit dépendant des ressources. Allocation versée par les CAF ou les MSA.
Pension d'invalidité	Assuré social ayant une capacité de travail réduite d'au moins deux-tiers suite à un accident ou à une maladie d'origine non professionnelle et justifier de 12 mois d'immatriculation à la Sécurité sociale ou avoir travaillé les mois précédents. Elle compense la perte de salaire.	Attribution après avis du contrôle médical et réglée par la Caisse primaire d'assurance-maladie. Calcul établi à partir du salaire annuel moyen.
P Prestation de C compensation H du handicap	Attribution sans condition de ressources, quelles que soient l'origine et la nature de la déficience. Montant variable qui couvre les surcoûts liés au handicap dans la vie quotidienne (aides humaines, techniques, aménagement du logement...).	Pour chaque dépense, un tarif est établi et le taux varie en fonction de ses ressources. Cette prestation est versée par le département.

ACTIVITÉ 2 Les différentes étapes à respecter lors de la demande de compensation

- 2.1 À l'aide du document 2, repérer les différentes étapes à suivre pour obtenir un Plan personnalisé de compensation.
- 1 Retrait du dossier auprès de la MDPH.
 - 2 Renseignement du dossier, rédaction du projet de vie et remise du dossier.
 - 3 Évaluation des besoins par l'équipe pluridisciplinaire selon le projet de vie et un guide d'évaluation.
 - 4 Proposition d'un Plan personnalisé de compensation pour répondre aux différents besoins : aides humaines, techniques, animalières, aménagement du logement, du véhicule, aides spécifiques... Ce plan prend en compte aussi la scolarisation, la formation professionnelle et l'emploi.
 - 5 Examen du dossier par la CDAPH qui prend ses décisions notamment en matière d'attribution des prestations et de l'orientation si accord, versement de la PCH par le Conseil général.

2.2 Souligner les deux aspects du PPC dans le document 2.

Document 2

Les étapes à respecter lors de la demande de compensation

Maison départementale des personnes handicapées

Reférent et/ou conciliateur Équipe pluridisciplinaire Commission des droits et de l'autonomie

accueil **instruction** **décision**

• retrait du dossier • évaluation des besoins en tenant compte du projet de vie • établissement des droits

• proposition du PPC • notification/orientation

Demande de prestation **projet de vie**

aide à l'élaboration du projet de vie **conciliation le cas échéant**

L'appréciation des besoins se fait selon un guide d'évaluation (GEVA) prenant en compte l'ensemble de la situation matérielle, familiale, sanitaire, scolaire, professionnelle et psychologique de la personne handicapée.

Le Plan personnalisé de compensation (PPC) ouvre droit à des prestations de compensation (besoins en aides humaines, techniques, animalières, aménagement du logement, du véhicule, aides spécifiques...). Un volet est consacré au projet personnalisé de scolarisation (PPS) à la formation professionnelle et à l'emploi.

La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) examine le dossier et prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne handicapée. En cas d'accord, une notification est adressée à la personne handicapée et la prestation de compensation du handicap (PCH) est versée par le Conseil général.

ACTIVITÉ 3 Les prestations du Plan personnalisé de compensation

3.1 À partir de la situation décrite dans le document 3, indiquer les aménagements et les aides qui pourront être couverts par la PCH.

Les aides couvertes par la PCH	Dépenses liées au handicap de Scott
Aides humaines	- Aide pour le ménage, l'entretien de son linge.
Aides techniques	- Achat d'un fauteuil roulant.
Aménagements du logement et de la voiture	- Aménagement de la salle de bain (en particulier de la douche) et des WC rehaussés. - Aménagement des plans de travail de la cuisine. - Achat d'un lit à hauteur variable pour faciliter le coucher et le lever. - Achat d'une voiture avec conduite aménagée et apprentissage de la conduite.
Aides spécifiques	- Installation de barres d'appui dans les WC, la salle de bain. - Achat d'un bureau permettant l'installation en fauteuil roulant.

Document 3

Une situation de handicap

Scott, 21 ans, est devenu paraplégique suite à un accident de parapente. Il est étudiant à l'université de droit de sa ville. À la rentrée, il devait emménager dans le T1 que ses parents lui ont acheté dans un immeuble récent du centre-ville, un appartement situé au 4^e étage d'un immeuble de plain-pied et avec un grand ascenseur. Scott souhaite poursuivre son projet et prendre possession de son logement.

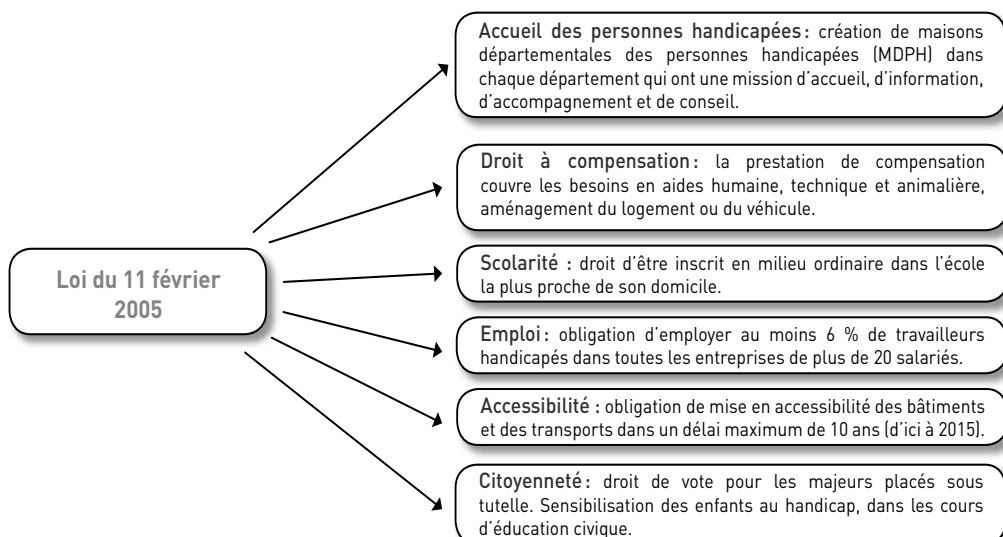


La législation et les prestations sociales

1 La législation en faveur des personnes handicapées

La loi du 11 février 2005

La loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005 apporte des avancées fondamentales pour répondre aux attentes des handicapés.



L'instance fondamentale, créée par cette loi, est la maison départementale des personnes handicapées.



2 Les prestations sociales et la demande de compensation

2.1 Les différentes prestations

• L'**allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)** est destinée à soutenir les personnes qui assurent la charge d'un enfant de moins de 20 ans en situation de handicap.

L'AEEH n'est pas soumise à condition de ressources. Si le handicap nécessite des dépenses coûteuses ou le recours à une tierce personne, un complément d'allocation peut être accordé. Ces prestations sont versées par les Caisses d'allocations familiales (CAF) ou les MSA lorsque l'enfant est atteint d'une incapacité permanente d'au moins 80 % ou de plus de 50 % s'il doit avoir recours à un dispositif spécialisé ou un accompagnement.



• L'**allocation pour adulte handicapé (AAH)** permet de garantir un revenu minimum aux personnes handicapées.

Pour pouvoir en bénéficier, la personne handicapée doit être :

- âgée de plus de 20 ans et avoir des ressources modestes;
- atteint d'un taux d'incapacité d'au moins 80 %;
- résident de façon permanente en France et être français ou ressortissant d'un pays membre de l'EEE.

• La **prestation de compensation** est une aide personnalisée destinée à financer les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées.

Ces besoins doivent être inscrits dans un plan personnalisé défini par l'équipe pluridisciplinaire de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), sur la base du projet de vie exprimé par la personne. Cette prestation couvre les aides humaines, matérielles (aménagement du logement et du véhicule), exceptionnelles ou spécifiques animales (ex. : chien d'aveugle) à domicile ou en établissement.

2.2 Les étapes de la demande de compensation





Les facteurs favorisant la participation à la vie sociale

● Objectif

1. Présenter les facteurs favorisant la participation à la vie sociale : accessibilité, accès aux services et moyens de locomotion, accès au travail et à la formation, aux loisirs et aux vacances.

ACTIVITÉ 1 L'accessibilité de notre environnement aux handicapés

1.1 À l'aide du document 1, compléter le tableau ci-dessous.

Facteurs favorisant l'accessibilité de tous	Personnes concernées
Les télé-agrandisseurs et vidéo-loupes permettent de visualiser tous les textes, images... grossis selon le besoin et sans aucune déformation.	Personne aveugle ou malvoyante
L'ouverture automatique des portes d'entrée des immeubles.	Handicapé(e) moteur(trice)
Le clavier informatique avec mini-touches de 10 mm et des lettres à traits épais, sur lesquelles on peut exercer une faible pression (20 à 30 g).	Handicapé(e) moteur(trice)
L'ensemble de logiciels implémentés combinant l'agrandissement des caractères et la lecture vocale de l'écran.	Personne aveugle ou malvoyante
L'abaissement des trottoirs au niveau des passages pour piétons, les places de stationnement GIG-GIC, les plans inclinés.	Handicapé(e) moteur(trice)
Le texte écrit en grands caractères sur un fond contrasté ou converti en texte parlé, ou en texte Braille.	Personne aveugle ou malvoyante
Les sous-titres ou la personne s'exprimant en langue des signes française.	Personne sourde ou malentendante
L'audio-description consistant à décrire les éléments visuels d'une œuvre cinématographique pour permettre la compréhension de l'œuvre.	Personne aveugle ou malvoyante
L'information écrite pour indiquer un lieu suivie d'un pictogramme, d'un logo ou d'une photo. L'accompagnement par un(e) auxiliaire de vie scolaire.	Handicapé(e) mental(e)
Bandes de guidage au sol sur les trottoirs, dans les gares, les aéroports...	Personne aveugle ou malvoyante

Document 1 L'accessibilité de tous à tout ce qui touche à la vie sociale

En France, depuis 2006, les pouvoirs publics ont donné une définition de l'accessibilité : « L'accessibilité permet l'autonomie et la participation des personnes ayant un handicap, en réduisant, voire en supprimant, les discordances entre les capacités, les besoins et les souhaits, d'une part, et les différentes composantes physiques, organisationnelles et culturelles de leur environnement, d'autre part. L'accessibilité requiert la mise en œuvre des éléments complémentaires, nécessaires à toute personne en incapacité permanente ou temporaire pour se déplacer et accéder librement et en sécurité au cadre de vie ainsi qu'à tous les lieux, services, produits et activités. La société, en s'inscrivant dans cette démarche d'accessibilité, fait progresser également la qualité de vie de tous ses membres. »



1. La loi étend l'obligation d'accessibilité à tous les bâtiments recevant du public (aménagement de voiries, gares...).
2. La loi handicap rend obligatoire l'accessibilité des locaux d'habitation neufs, privés ou publics.
3. Le principe d'accessibilité concerne également la participation pleine et entière des personnes handicapées dans la vie de la cité : accès aux services de communication publique en ligne, à la justice, aux bureaux et techniques de vote, accessibilité des programmes de TV aux personnes sourdes et malentendantes...

ACTIVITÉ 2 L'accès à la formation et au travail

2.1 Souligner, dans le document 2, la définition de « travailleur handicapé ».

2.2 Préciser la première démarche à effectuer par la personne handicapée qui souhaite travailler.

Cette personne doit déposer un dossier à la MDPH de sa ville afin d'être reconnu « travailleur handicapé ».

Ce dossier sera étudié par la CDAPH qui lui accordera ou non ce statut.

2.3 Donner trois intérêts à être reconnu comme travailleur handicapé.

- Possibilité d'avoir une mise à niveau ou une formation professionnelle.

- Obligation d'emploi à laquelle sont soumis les employeurs du secteur privé ou public.

- Si nécessaire, orientation vers une entreprise adaptée.

2.4 Indiquer l'obligation des employeurs envers les personnes handicapées.

Tous les employeurs sont tenus, par le code du travail, de rendre accessibles l'ensemble des lieux et des postes de travail à toute personne, quel que soit son handicap.

Document 2 Favoriser l'accès à la formation et à l'emploi

Favoriser l'accès des personnes handicapées au monde du travail est une condition essentielle de leur insertion sociale et de leur autonomie financière. Toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites, par suite d'une altération d'une ou de plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique, est considérée comme travailleur handicapé.

Cette qualité (RQTH : reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé) doit être reconnue par une administration compétente. Il faut déposer un dossier à la MDPH ; la qualité de travailleur handicapé est ensuite reconnue sur décision de la CDAPH.

Tout travailleur handicapé peut solliciter un bilan d'évaluation et d'orientation qui permettra d'identifier ses compétences et ses aptitudes. Il peut également bénéficier d'une mise à niveau susceptible de favoriser son accès direct à l'emploi ou à une formation professionnelle, de stages de préformation professionnelle ou de rééducation professionnelle, de l'obligation d'emploi à laquelle sont soumis les employeurs du secteur privé et du secteur public, de l'orientation, par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) vers une entreprise adaptée ou un établissement ou un service d'aide par le travail.

Des aides ponctuelles à la personne handicapée sont prévues au titre du soutien et du suivi de l'insertion : participation aux frais de déménagement et prise en charge de la formation au permis de conduire.

Le code du travail prévoit l'accessibilité des lieux de travail. Les personnes handicapées doivent pouvoir y circuler, les évacuer, se repérer, communiquer avec la plus grande autonomie possible. Les postes de travail doivent être adaptés ou adaptables.



ACTIVITÉ 3 L'accès aux vacances et aux loisirs

3.1 Chloé, malvoyante, peut-elle se rendre en vacances dans le centre affichant le logo du document 3 ?

Justifier la réponse.

Oui car ce centre peut accueillir les personnes présentant une déficience visuelle.

3.2 Citer quelques handisports vus à la télévision ou dans la vie courante.

Le ski, le basket-ball, l'équitation, le tennis de table, l'athlétisme, le tir à l'arc, la natation, le judo, l'escrime, le cyclisme.

Document 3 Favoriser l'accès aux loisirs et aux vacances

Créé par le ministère chargé du Tourisme pour des clientèles en situation de handicap, ce label permet une information fiable sur l'accessibilité des lieux de vacances et de loisirs.

Ce label Tourisme et Handicap offre à des personnes handicapées la possibilité de partir en vacances au bord de la mer ou à la montagne, pour faire du sport, se reposer ou visiter des sites culturels. Il apporte une garantie d'un accueil efficace et adapté aux besoins indispensables des personnes handicapées. Les responsables des centres de vacances, des musées, des salles de spectacles, des hôtels, des gîtes, des restaurants... s'engagent à effectuer les aménagements nécessaires pour accueillir dans de bonnes conditions les personnes présentant ces handicaps. Cependant, la participation des personnes handicapées à la vie sociale, culturelle, sportive, reste relativement restreinte en raison du manque d'aménagements spécifiques et de leurs faibles revenus. Des efforts ont été faits dans le domaine sportif ; le Centre national de formation handisport* a pour but d'améliorer l'encadrement des personnes handicapées dans les pratiques.

* Un handisport est un sport dont les règles ont été aménagées pour qu'il puisse être pratiqué par des personnes ayant un handicap physique ou sensoriel. De nombreuses compétitions sont organisées, en particulier aux Jeux Olympiques.





La législation relative à l'emploi en milieu ordinaire

Objectifs

1. Présenter la législation relative à l'emploi des personnes handicapées en milieu ordinaire.
2. Présenter les centres de rééducation professionnelle.

ACTIVITÉ 1 Analyse d'une situation

1.1 Dans le document 1, relever les raisons pour lesquelles Nicolas ne trouvait pas d'emploi.

Les employeurs avaient peur de son handicap et ne croyaient pas à sa capacité d'adaptation.

1.2 Indiquer les aides qui ont permis à Nicolas de s'intégrer dans cette entreprise.

- Accompagnement par deux interprètes et aide du chef d'atelier.

- Suivi d'une formation à la langue des signes.

- Présence d'une traductrice pour les formations et les réunions.

- Soutien des collègues qui viennent en renfort dès qu'un client l'interroge.

Document 1 Un exemple d'intégration en milieu ordinaire

Nicolas a 26 ans, il est sourd et travaille chez Norauto :

« Je cherchais un poste de mécanicien et j'avais déjà postulé dans différentes concessions strasbourgeoises, mais aucune piste n'avait abouti. Après mes études de CAP et de BEP mécanique, j'avais trouvé un travail chez un petit garagiste. À chaque fois, les entretiens se déroulaient avec mes parents et nos interlocuteurs avaient peur de mon handicap et ne croyaient pas à ma capacité d'adaptation. Mon père avait fait la connaissance de Pascal, directeur d'un centre automobile Norauto. Il lui a parlé de moi et de ma recherche d'emploi. Je suis allé à l'entretien un peu intimidé. Finalement, tout s'est bien passé et j'ai été recruté. Dès les premiers jours dans mon nouveau travail, je me suis senti à l'aise : deux interprètes m'ont accompagné et Vincent, le chef d'atelier, m'a beaucoup aidé. » Pascal a également suivi une formation à la langue des signes et fait appel à une traductrice pour les formations et les réunions. « Je m'occupe de tout ce que l'on peut faire dans un garage : entretien des véhicules, vidange, freins, etc. et je suis le seul à faire le remplacement du pare-brise suite à une formation suivie en interne. Tous les employés sont très gentils et patients avec moi, et lorsqu'un client m'interroge, un de mes collègues vient spontanément en renfort. Au début, je pense que mon handicap faisait peur à certains, mais aujourd'hui je me sens parfaitement intégré au reste de l'équipe. »

Auteur : Isabelle Malo.

ACTIVITÉ 2 La loi du 11 février 2005 et l'emploi

2.1 Dans le document 2, souligner les différentes possibilités pour une entreprise privée ou publique de répondre à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés.

2.2 Que se passe-t-il en cas de non-respect de la loi ?

L'entreprise doit payer une pénalité égale à 1 500 fois le SMIC horaire par personne handicapée non embauchée.

Document 2 La législation relative à l'emploi des personnes handicapées en milieu ordinaire

La loi de 2005 impose à tous les employeurs privés ou publics d'au moins 20 salariés ou agents l'emploi de travailleurs handicapés à hauteur de 6 % de leur effectif total. Recruter, sous-traiter avec des entreprises adaptées (EA), des centres de distribution de travail à domicile et des établissements et services d'aides pour le travail, intégrer des personnes handicapées en stage de formation professionnelle, d'une durée minimum de 150 heures, appliquer un programme en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés conclu par accord d'établissement, d'entreprise ou de branche, sont les modalités pour ouvrir les portes du monde du travail aux personnes handicapées et ainsi s'acquitter de l'obligation d'emploi. La loi de 2005 a renforcé les pénalités pour les entreprises, qu'elles soient privées ou publiques, ne faisant pas face à leurs obligations. Ainsi, depuis juillet 2010, le montant des pénalités est de 400 à 1 500 fois le montant du SMIC horaire multiplié par le nombre de personnes handicapées non embauchées. Contribution à verser à l'AGEFIPH (Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées) ou au FIPHP (Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique).

ACTIVITÉ 3 Les centres de rééducation professionnelle

3.1 À l'aide du document 3, compléter le tableau ci-dessous.

	Centres de rééducation professionnelle
Objectifs	Aider les travailleurs handicapés à s'insérer ou à se réinsérer dans le monde du travail, soit en milieu ordinaire, soit en milieu protégé par l'acquisition d'une qualification professionnelle et d'un diplôme.
Conditions d'accueil	- Être inapte à l'exercice de sa profession et souhaiter se reconverter. - Avoir la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes. - Avoir un projet.
Personnels et rôles	- Psychologue : suivi psychologique. - Médecin, kinésithérapeute et ergothérapeute : suivi médical. - Assistant du service social : suivi social. - Éducateur technique spécialisé : aide à l'autonomie et à la formation.

à l'aide du document 4

3.2 Indiquer la raison de la reconversion d'Isabelle.

Elle ne pouvait plus exercer son métier d'aide-soignante à cause de deux hernies discales qui la rendaient inapte au travail. Elle a été licenciée, mais voulait continuer à travailler.

3.3 Nommer la structure qui lui a permis cette reconversion.

Elle a effectué sa reconversion dans un centre de rééducation professionnelle.

3.4 Citer les points forts du centre, appréciés par Isabelle.

- Un bon accueil qui tient compte du projet de la personne.
- Une formation longue et qualifiante.
- Une prise en compte de la santé et la dispense de soins.
- Une formation de qualité par des personnes compétentes et dans de bonnes conditions.
- Pas de perte d'argent car la rémunération équivaut à son salaire.

Document 3 Les centres de rééducation professionnelle (CRP)

Ces structures ont pour mission de dispenser une formation professionnelle qualifiante en acquérant de nouvelles compétences, en vue d'une insertion ou d'une réinsertion professionnelle, soit en milieu de travail ordinaire, soit en milieu protégé. Il s'agit de formations de longue durée (souvent supérieure à un an) qui débouchent sur des diplômes homologués par l'État. Une pédagogie et un suivi médical, social, psychologique personnalisés, un accompagnement à l'emploi des stagiaires sont assurés par une équipe pluridisciplinaire : médecin, kinésithérapeute, ergonome, ergothérapeute, psychologue, assistant de service social, éducateur technique spécialisé, etc. Le projet professionnel proposé prend en compte les potentialités et les souhaits de chaque stagiaire. Pour être admis dans ces centres, il faut être reconnu « travailleur handicapé » par la CDAPH. Le coût de la formation de même que les frais de séjour du stagiaire sont pris en charge par l'assurance-maladie et les stagiaires bénéficient des aides financières accordées aux stagiaires de la formation professionnelle.



Document 4 Témoignage d'Isabelle

En 2006, Isabelle est aide-soignante à domicile, elle aime son travail. Hélas, à 30 ans, deux hernies discales ne lui permettent plus de continuer à exercer son métier, mais elle persiste de peur de perdre son emploi. Isabelle ne voit plus d'issue lorsque son médecin traitant lui annonce la nécessité de changer d'activité professionnelle : « Je ne sais faire que ça », lui dit-elle. Son médecin traitant lui recommande une demande de reconnaissance de qualité de travailleur handicapé (RQTH) par la CDAPH mais elle a peur d'être reconnue travailleur handicapé. Elle renonce donc une première fois, reprend son travail, mais les problèmes de santé demeurent et s'aggravent. Le médecin du travail la déclare inapte à son poste et c'est le licenciement. Elle décide donc d'envoyer son dossier à la CDAPH. Après sa reconnaissance de travailleur handicapé, elle ne voit rien de concret dans les propositions qui lui sont faites ; elle décide donc d'entrer en centre de rééducation professionnelle qui lui assure :

- un bon accueil, fondé sur la construction du projet de la personne ;
- du temps, 18 à 22 mois, pour effectuer une formation qualifiante pour adulte ;
- une prise en compte de la santé avec des soins sur place ;
- de bons équipements et de bons formateurs pour une formation de qualité ;
- une rémunération équivalente à son dernier salaire.



Les facteurs favorisant la vie sociale et la législation relative à l'emploi en milieu ordinaire

1 Les facteurs favorisant la participation à la vie sociale

L'accessibilité, une démarche interministérielle

L'accès « à tout pour tous », tel est le mot d'ordre, induit par la loi du 11 février 2005, sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, qu'il convient de mettre en œuvre. Le cadre bâti, les transports, la voirie, l'école, l'entreprise, l'emploi, l'administration, le sport, la culture, les loisirs... tous les aspects de la vie du citoyen sont concernés.

Toute personne handicapée doit pouvoir se déplacer librement sans trop de difficultés, doit avoir accès à l'éducation, aux formations, à l'emploi, aux transports, au cadre bâti... Mais elle doit pouvoir aussi accéder à un grand nombre de loisirs et d'activités sportives. Voici les améliorations actuelles suite à la loi du 11 février 2005.



Personnes à mobilité réduite : toute personne dont la mobilité est réduite par suite d'une incapacité physique (sensorielle ou motrice), d'une déficience mentale, de l'âge, ou de toute autre cause.

Accès à l'ensemble des bâtiments et services grâce à des dispositions architecturales :

- aménagement des bâtiments et de l'espace en général ;
- ouverture automatique des portes d'entrée des immeubles ;
- ascenseur avec facilité d'accès ;
- abaissement des trottoirs au niveau des passages pour piétons, des automates, des bornes ;
- rehaussement des trottoirs au niveau de la montée des bus ;
- places de stationnement GIG-GIC ;
- plan inclinés ;
- WC pour handicapés.



Déficients mentaux : par définition, le retard mental apparaît durant la croissance (on parlera de démence pour l'adulte qui perd ses facultés mentales). C'est un symp-

tôme aux causes multiples.

Repérage et sécurité grâce à :

- un environnement accueillant, sans perturbation et avec une qualité acoustique pour les rassurer et éviter des troubles du comportement ;
- une utilisation adaptée de la colorimétrie, de la signalétique avec logos, pictogrammes ou photos pour une meilleure compréhension des risques de circulation ;
- la possibilité d'être accompagné(e) d'une AVS.



Malvoyants : une personne malvoyante est une personne dont l'acuité visuelle du meilleur œil, après correction, est à 5 mètres inférieure ou égale à 3/10.

Guidage et repérage par divers aménagements :

- un bon éclairage et les obstacles visuellement contrastés ;
- la lecture ou l'accès aux informations : tactile (c'est le Braille) ou sonore (logiciel de transcription vocale) ;
- les télé-agrandisseurs et vidéo-loupes ;
- les logiciels implémentés combinant l'agrandissement des caractères et la lecture vocale de l'écran ;
- les bandes de guidage au sol (rugueuses, à cannelures, gravillonnées...).



Malentendants : toute personne qui a une acuité auditive déficiente.

Accès aux informations par :

- un moyen de traduction visuelle de toute information orale ou sonore : en langue des signes française (LSF), un codeur en langage parlé ou écrit, ou un sous-titrage ;
- utilisation d'outils techniques d'amplification comme la boucle magnétique ;
- signalétique adaptée.

L'accès à la formation et au travail

Les personnes reconnues « travailleurs handicapés » par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) peuvent bénéficier d'une mise à niveau, d'une formation professionnelle, de stages de préformation professionnelle ou de rééducation professionnelle pour favoriser leur accès à l'emploi en milieu ordinaire ou dans une entreprise adaptée ou un établissement ou un service d'aide par le travail.

L'AGEFIPH (Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées) peut verser des aides aux employeurs et aux handicapés dans le cadre de l'aide à l'insertion.



L'accès aux loisirs, aux vacances et aux sports

Ce label « **Tourisme & Handicap** » permet aux personnes en situation de handicap de choisir leurs vacances et leurs loisirs car il leur apporte une garantie d'accueil efficace et adapté à leurs besoins. Ce logo, apposé à l'entrée des sites, et sur tous documents, renseigne, grâce aux quatre pictogrammes, les personnes handicapées sur leur **accessibilité en fonction de leur handicap**.

La fédération handisport offre plus de 45 sports de loisirs ou de compétition, de nombreuses activités de découverte et d'initiation et regroupe 35 000 participants. Dans le cadre du sport de haut niveau, Handisport intervient également en tant que membre du Comité national olympique et sportif français.

2 La législation relative à l'emploi des personnes handicapées en milieu ordinaire

La loi du 11 février 2005 affirme le principe de non-discrimination à l'embauche des personnes handicapées par le biais de mesures incitatives et de sanctions renforcées. Cette loi a réaffirmé l'obligation faite aux établissements privés ou publics de 20 salariés et plus d'employer des travailleurs handicapés dans la proportion de 6 % de leurs effectifs.

Pour s'en acquitter, les établissements disposent comme auparavant de cinq modalités :

- recruter des salariés handicapés ;
- sous-traiter avec des entreprises adaptées, des centres de distribution de travail à domicile et des établissements et services d'aide par le travail ;
- accueillir des personnes handicapées en stage de formation professionnelle ;
- conclure des accords de branche, d'entreprises ou d'établissement prévoyant un plan annuel en faveur des handicapés ;
- verser une contribution financière à l'AGEFIPH (Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées) ou au FIPHFP (Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique).

En cas de non respect des 6 %, la loi durcit les sanctions. L'employeur doit payer une pénalité égale à 1500 fois le Smic horaire multiplié par le nombre de personnes handicapées manquantes.

Les centres de rééducation professionnelle

Ce sont des établissements médico-sociaux qui ont pour mission de dispenser des formations professionnelles qualifiantes aux personnes handicapées pour leur permettre une insertion ou une réinsertion professionnelle.

Ces personnes nécessitent une pédagogie et un accompagnement médico-social personnalisés.

Ces formations durent de 10 à 30 mois et débouchent sur des diplômes homologués par l'État et peuvent être de trois types :

- des formations de pré-orientation dont l'objectif est d'aider la personne à élaborer son projet professionnel ;
- des formations préparatoires nécessaires à l'acquisition de nouvelles compétences ;
- des formations qualifiantes du CAP au niveau Bac +2.

Les activités développées dans ces centres couvrent la plupart des secteurs d'activité (assistance informatique, électronique et informatique industrielle ; automatisme ; magasinage ; horticulture ; vente ; filières paramédicales et administratives en secrétariat, comptabilité, gestion...).

La présence d'une équipe pluridisciplinaire (éducateur technique spécialisé, ergonome, médecin, psychologue, assistant du service social, ergothérapeute...) permet un suivi médical, psychologique et social de la personne selon ses besoins et ses déficiences.

Ces institutions sont financées par l'assurance-maladie et doivent être agréées. Les personnes qui suivent les formations ont un statut de stagiaires et bénéficient des aides financières accordées par l'État et la région aux stagiaires de la formation professionnelle.



Les structures de travail et d'hébergement, les établissements médico-sociaux

Objectifs

1. Développer les différentes structures de travail des personnes handicapées.
2. Présenter les établissements médico-sociaux et les différentes structures d'hébergement.

ACTIVITÉ 1 Les établissements de travail en faveur des personnes handicapées

1.1 À l'aide du document 1, compléter le tableau ci-dessous.

Situation	Type de structure et justification	Missions de la structure
Tabora, paraplégique suite à un accident, a peur de prendre les transports en commun. La CDAPH lui a proposé d'assembler des bijoux et d'emballer des parfums de luxe à son domicile.	Centre de distribution de travail à domicile car Tabora ne peut se rendre en entreprise, elle ne veut pas prendre les transports en commun.	Procurer à Tabora, à son domicile, des travaux manuels adaptés à ses possibilités.
Dean a un BTS en électronique depuis juin mais il travaille très lentement et ne peut suivre le rythme imposé en entreprise.	Entreprise adaptée Dean est une personne à efficience réduite.	Permettre à Dean d'exercer une activité en rapport avec son diplôme et son handicap (lenteur).
Jean, en fauteuil roulant, est responsable de rayon chez Decathlon. Le sport est sa passion.	Entreprise ordinaire, non adaptée.	Accueillir des handicapés pour répondre aux obligations de la loi.
Mohamed a une capacité de travail qui ne dépasse pas le tiers de celle d'un travailleur normal. Il participe à l'ébarbage de pièces en caoutchouc.	Etablissement et service d'aide par le travail car Mohamed a une capacité de travail inférieure à un tiers de la capacité normale.	Permettre à des personnes handicapées d'exercer une activité adaptée à leurs capacités.

Document 1 Travailler ensemble

La loi du 11 février 2005 a renforcé les mesures pour favoriser l'emploi en milieu ordinaire. La CDAPH détermine la structure de travail qui convient le mieux au travailleur handicapé. Les entreprises adaptées et les centres de distribution de travail à domicile, désormais intégrés au milieu ordinaire de travail, emploient au moins 80 % des travailleurs handicapés.

Les entreprises adaptées (EA) accueillent des personnes à efficience réduite, ayant la reconnaissance de « qualité de travailleur handicapé (RQTH) » et leur permettent d'exercer une activité dans des conditions adaptées à leur handicap. L'EA propose à ces personnes de travailler dans des secteurs très divers tels que l'industrie (électronique, agro-alimentaire, imprimerie...) et les services (bureautique, espaces verts...).

Les centres de distribution de travail à domicile (CDTD) sont assimilés aux EA. Ils sont destinés aux travailleurs qui ont des difficultés à se déplacer et proposent des travaux à effectuer à domicile. Puisque les EA et les CDTD participent au milieu ordinaire de travail, les personnes handicapées qui y travaillent ont un statut de salarié de droit commun à part entière. Ils possèdent tous les droits des salariés prévus par le Code du travail et bénéficient de la Sécurité sociale et du régime d'assurance-chômage. Le travailleur reçoit un salaire fixé selon son emploi et sa qualification mais il ne peut être inférieur au Smic.

Les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) sont des établissements médico-sociaux qui accueillent, sur orientation de la CDAPH, des personnes handicapées de 20 ans et plus, ayant une capacité de travail inférieure à un tiers de la normale et qui de ce fait ne peuvent momentanément ou durablement, à temps plein ou partiel, exercer une activité professionnelle ni en milieu ordinaire ni dans une EA ni pour le compte d'un CDTD.

Leur vocation est :

- économique : réaliser une activité de production ;
- médico-sociale et éducative : favoriser l'épanouissement personnel et social grâce à une équipe pluridisciplinaire : ergothérapeute, psychologue, assistant du service social, des moniteurs éducateurs ou d'ateliers et des éducateurs techniques spécialisés.

La personne accueillie en ESAT n'a pas le statut de salarié soumis au Code du travail, ne bénéficie pas d'un contrat de travail et ne peut faire l'objet d'un licenciement. Cependant, elle doit signer, avec l'ESAT, un contrat de soutien et d'aide par le travail, et bénéficie d'un droit à congés, du congé de présence parentale, de la validation des acquis de l'expérience et d'une rémunération garantie versée par l'établissement.

1.2 Citer les différences qui existent pour les travailleurs dans ces différentes structures.

Le travailleur handicapé en EA ou en CDTD a un statut de salarié. Il possède tous les droits des salariés prévus par le Code du travail et bénéficie de la sécurité sociale et du régime d'assurance-chômage. Il reçoit un salaire fixé selon son emploi et sa qualification mais ne peut être inférieur au SMIC. Alors que le travailleur en ESAT n'a pas le statut de salarié mais a signé un contrat de soutien et d'aide par le travail avec celui-ci. Il ne peut être licencié et bénéficie de congés divers comme tout salarié. Il n'a pas de véritable salaire mais une rémunération versée par l'ESAT.

ACTIVITÉ 2 Le fonctionnement de l'ESAT de la ville de V.

2.1 Comment cet ESAT répond-il aux objectifs fixés par la loi ?

Il accueille des personnes handicapées mentales, leur procure un travail, les accompagne dans la construction de leur vie professionnelle et les aide à s'épanouir dans leur vie personnelle.

2.2 Comparer les conditions de travail de ces personnes avec celles d'un salarié en milieu ordinaire.

Ces personnes ont les mêmes horaires de travail qu'un salarié, ne doivent pas s'absenter mais ils sont encadrés par des moniteurs chargés d'organiser les ateliers. Ils touchent une rémunération garantie.

2.3 Lister les activités à caractère professionnel réalisées dans cet établissement.

- Activités dans le domaine de la restauration ;
- entretien des espaces verts ;
- prestations de services.

Document 2 L'ESAT de la ville de V.

L'ESAT de la ville de V., est ouvert depuis 1980. Il accueille 105 personnes handicapées mentales de déficience moyenne et profonde, en les accompagnant dans la construction de leur vie professionnelle. Travailler permet en effet d'être autonome financièrement, d'avoir un statut social et aide donc à s'épanouir dans sa vie personnelle. Actuellement, l'ESAT emploie 17 moniteurs chargés d'organiser des ateliers de production dans les domaines de la restauration, l'entretien d'espaces verts ou la prestation de services.

Une journée avec l'équipe des espaces verts

La journée débute à 8 h 30. J.B. conduit les huit membres de son

équipe sur le lieu de travail. Les tondeuses sont sorties, et c'est le casque sur les oreilles que tout le monde se met à l'ouvrage jusqu'à midi, avec une pause de 15 minutes. Une heure est consacrée au repas pris à l'ESAT ou sur le chantier, en compagnie des moniteurs. Le travail reprend de 13 heures à 17 heures, avec une pause de 15 minutes. « J'ai peu d'absentéisme, il y a une bonne ambiance et c'est valorisant d'être reconnu pour une mission menée à bien explique J.B. Quand une personne souhaite changer d'atelier, elle motive sa demande en fonction de son projet professionnel. »

Extrait du journal L'Ardennois, mardi 01 juillet 2008

ACTIVITÉ 3 Le passage vers le milieu ordinaire de travail

3.1 Analyser la situation de Maxime décrite dans le document 3.

Maxime, travailleur handicapé dans une entreprise adaptée a obtenu un poste dans une menuiserie. Un professionnel l'a formé et grâce à cet apprentissage, il est devenu moins fragile et a pu intégrer une entreprise ordinaire avec toutes ses contraintes. Il peut ainsi s'assurer financièrement et avoir son appartement. Il s'agit d'une intégration réussie puisqu'il a un contrat à durée indéterminée.

Document 3 Témoignage de Maxime en situation de handicap psychique

J'ai 28 ans et j'ai travaillé 6 ans dans une entreprise adaptée de menuiserie générale et d'isolation thermique de l'habitat. Je me suis spécialisé dans l'isolation par l'extérieur et le changement de fenêtres en travaillant avec un professionnel. Le responsable m'a proposé de partir travailler dans la menuiserie voisine. J'étais content car ce poste correspondait tout à fait à mon projet professionnel mais j'avais un peu peur de ce changement car je devais réorganiser toute ma vie. J'ai accepté et réussi grâce à l'aide de mon encadrant et de mes nouveaux

collègues de travail. Maintenant je suis salarié dans cette entreprise depuis 2 ans.

Les débuts ont été difficiles et m'ont demandé de grands efforts car j'ai dû prendre un appartement seul, m'habituer à d'autres horaires et d'autres rythmes, changer régulièrement de chantiers. Maintenant, je suis bien organisé et j'apprécie de m'assumer totalement. J'ai des amis de travail qui ne sont pas que des handicapés avec lesquels j'ai des loisirs. Je ne regrette pas ma décision.

ACTIVITÉ 4 Les structures d'hébergement des adultes handicapés

4.1 En s'aidant du document 4, indiquer la catégorie de personnes accueillies dans ce foyer d'hébergement.
Ce foyer accueille des adultes handicapés qui travaillent la journée en milieu ordinaire ou en ESAT.

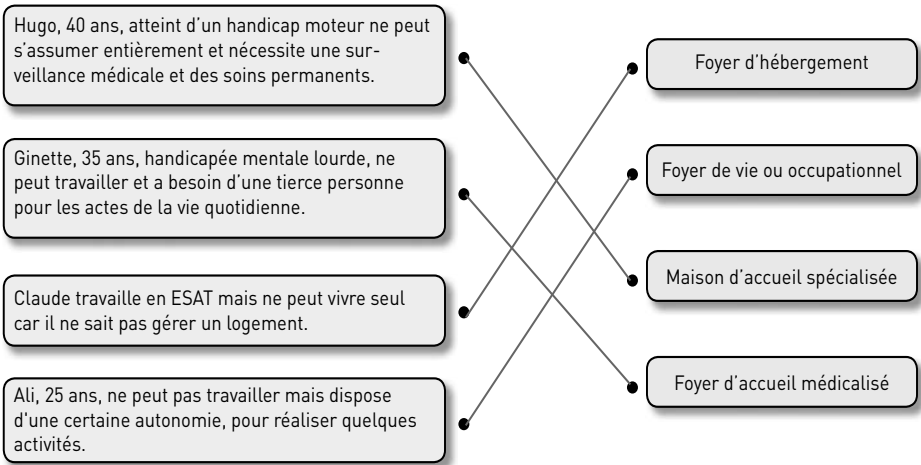
4.2 Déduire les missions d'un tel foyer, à partir des actions menées.
Hébergement, restauration et entretien du linge, préparation de repas avec l'aide du personnel, gestion d'un budget, accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, organisation de loisirs, de vacances.

4.3 Souligner dans le document 4 les différents personnels qui interviennent dans le foyer.

4.4 À partir des documents 5 et 6, compléter le tableau ci-dessous.

Structure	Type d'établissement et missions	Personnels et rôles
Foyers de vie ou occupationnels	Ces établissements médico-sociaux accueillent des adultes qui ne sont pas en mesure d'exercer une activité professionnelle, mais qui, disposent d'une certaine autonomie. Il propose des animations quotidiennes, des activités pour les occuper de façon utile, intéressante et agréable, en fonction de leur handicap ;	AMP et des auxiliaires de vie pour l'accompagnement quotidien et maîtresse de maison pour l'organisation du cadre de vie
Foyers d'accueil médicalisés	Ces établissements médico-sociaux accueillent des adultes gravement handicapés, polyhandicapés, inaptes à toute activité à caractère professionnel. Ils ont besoin de l'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence et d'un suivi médical et paramédical	Infirmiers, ergothérapeute, kinésithérapeute pour les soins et la rééducation. Aides soignants, AMP pour l'hygiène et l'accompagnement dans les actes quotidiens
Maisons d'accueil spécialisées	Ces établissements médico-sociaux reçoivent des adultes atteints d'un handicap grave ne pouvant effectuer seuls les actes essentiels de la vie. Ils assurent l'hébergement, l'hygiène, les repas, une surveillance médicale, de la rééducation, des activités d'occupation et d'animation.	Moniteurs éducateurs, éducateurs spécialisés pour développer et maintenir leur autonomie

4.5 Relier chaque situation au type d'hébergement le plus approprié.



Document 4

Le foyer d'hébergement de la ville de G.

Il accueille des adultes handicapés qui exercent une activité de travail en milieu ordinaire ou dans un ESAT mais qui présentent des difficultés à assurer seules leur autonomie domiciliaire et sociale. Des chambres meublées avec salle de bains sont mises à disposition des personnes accueillies. Une équipe pluridisciplinaire est présente : assistants socio-éducatifs, moniteurs-éducateurs, maîtresse de maison, aides médico-psychologiques, veilleuses de nuit, médecin psychiatre, psychologue et psychomotricienne (à temps partiel).

Actions menées : investir sa chambre et se l'approprier, être responsable de son argent par l'apprentissage à la gestion d'un budget, travailler à l'autonomie de déplacement, vivre avec d'autres, partir en congés, s'engager dans des associations, dans le but de maintenir des acquis et d'accéder à l'autonomie domiciliaire.

Le midi : du lundi au vendredi, les repas sont pris en cafétéria ou sur les chantiers.

Le soir : les repas sont livrés ou confectionnés par les résidents avec l'aide du personnel.

Le week-end (pour quelques résidents du foyer) : les repas sont préparés sur place.

Le linge est soit pris en charge par la blanchisserie de l'ESAT soit lavé au foyer par les personnes.

Les frais sont en partie à la charge du bénéficiaire. Le surplus des frais d'hébergement est pris en charge par l'aide sociale du département.

Document 5

Les autres structures d'hébergement pour adultes handicapés

La maison d'accueil spécialisée (MAS) : établissement médico-social qui accueille des adultes atteints d'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave. Leur état nécessite le recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante, une surveillance médicale et des soins constants.

Services : hébergement, repas, aide à la vie courante, activités d'occupation et d'animation et une surveillance médicale régulière par une équipe pluridisciplinaire médicale, paramédicale, éducative et sociale.

Financement : l'assurance-maladie. Une partie des frais reste à la charge du résident (hébergement et entretien).

Le foyer de vie ou foyer occupationnel : établissement médico-social accueillant des adultes n'étant pas en mesure de travailler mais disposant d'une certaine autonomie physique ou intellectuelle pour réaliser quelques activités de la vie quotidienne.

Services : des animations quotidiennes, des activités pour les occuper de façon utile, intéressante et agréable, en fonction bien sûr de leur handicap.

Trois types d'accueil : internat, semi internat ou accueil de jour.

Financement : frais couverts par l'aide sociale départementale. Participation de l'adulte handicapé en fonction de ses ressources.

Le foyer d'accueil médicalisé (FAM) : établissement médico-social accueillant des adultes lourdement handicapés et polyhandicapés. Leur dépendance les rend inaptes à toute activité à caractère professionnel et rend nécessaire l'assistance d'une tierce personne pour la plupart des actes de la vie quotidienne ainsi qu'un suivi médical et des soins.

Financement : par la Sécurité sociale pour les soins, et par le département et le bénéficiaire pour l'hébergement et les animations.

Document 6

Les principaux personnels de ces structures

Personnels	Rôles	Structures d'exercice
Auxiliaire de vie sociale et aide médico-psychologique	Accompagnement, aide individualisée au travers des actes de la vie courante	Maison d'accueil spécialisée, foyer de vie, foyer d'accueil médicalisé
Maîtresse de maison	Organisation du cadre de vie (entretien des locaux, cuisine, lingerie...). Accompagnement de l'usager dans les actes de la vie quotidienne	Maison d'accueil spécialisée, foyer d'accueil spécialisé, foyer d'hébergement et occupationnel
Conseiller en économie sociale familiale	Aide aux activités quotidiennes, conseils en alimentation, gestion de budget, entretien d'un logement	Foyer d'hébergement
Aide-soignant	Participe aux soins d'hygiène et de confort	Maison d'accueil spécialisée, foyer d'accueil médicalisé
Kinésithérapeute	Rééducation fonctionnelle et motrice	Maison d'accueil spécialisée
Ergothérapeute	Rééducation fonctionnelle et professionnelle	Maison d'accueil spécialisée
Infirmier	Dispensation de soins médicaux et participation aux soins d'hygiène	Maison d'accueil spécialisée, foyer d'accueil médicalisé
Assistant de service social	Accompagnement du handicapé. Création de liens entre l'établissement et la famille	Maison d'accueil spécialisée
Éducateur spécialisé Moniteur-éducateur	Encadrement individualisé pour développer et maintenir l'autonomie des personnes	Maison d'accueil spécialisée, foyer d'hébergement
Médecin généraliste	Suivi médical et prescription de soins	Maison et foyer d'accueil

Les services spécifiques aux personnes handicapées

● Objectif

1. Pour chaque service (éducation spécialisée et soins à domicile, accompagnement à la vie sociale, accompagnement médico-social pour adultes handicapés), expliquer les missions, le fonctionnement, les prestations proposées et leur tarification.

ACTIVITÉ 1 Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)

1.1 Après lecture du témoignage d'Evelyne et du document 2, indiquer les démarches effectuées par Evelyne pour avoir une place dans un SESSAD.

Evelyne a dû effectuer des démarches auprès de la MDPH proche et remplir un dossier. Après analyse du dossier, l'orientation a été prononcée par la CDAPH

1.2 Souligner, dans le document 1 les points du fonctionnement appréciés par Evelyne.

1.3 Citer les prestations dont bénéficie cet adolescent.

- prestations paramédicales : kinésithérapie, ergothérapie et rééducation ;
- prestations éducatives.

1.4 Souligner dans le document 2, les trois missions d'un SESSAD, et le public concerné.

Document 1 Le témoignage d'Evelyne

Mon fils de 19 ans est atteint d'une infirmité motrice cérébrale. Il a d'abord eu un suivi en cabinet privé, seule solution proposée par le pédiatre à l'époque : 2 séances de kiné par semaine (mais il ne connaissait pas grand chose aux IMC), 2 séances chez une orthophoniste (ignorante des problèmes de l'IMC) et de la psychomotricité dans un centre médico-psycho-pédagogique (CMPP). Tout cela se faisait sur son temps de loisirs, le soir, et le mercredi. Puis, nous avons eu une place dans un SESSAD, quand il a eu 9 ans. Premier avantage : ces professionnels connaissaient la pathologie des IMC. Donc tout a été plus ciblé. Deuxième avantage : coordination des professionnels (ce que l'un constate, l'autre le sait tout de suite après la réunion hebdomadaire de concertation). Mon fils n'était plus découpé en petits bouts, mais il y avait un programme global de rééducation. Il a pu ainsi bénéficier d'une vraie psychomotricité et d'ergothérapie pour les gestes de la vie quotidienne, d'une rééducation qui ne se fait que par ces structures.

Autre avantage : les intervenants venaient en partie sur le temps scolaire (pendant les cours de sport, la récréation ou après la cantine). Ils pouvaient donc donner des conseils aux enseignants (qui se sentaient épaulés), répondre à leurs interrogations et cela libérait un peu l'emploi du temps de notre fils.

Document 2 Qu'est-ce qu'un SESSAD ?

C'est un Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (Le domicile, en l'occurrence, est le lieu où l'enfant vit et où il exerce ordinairement ses activités). Le SESSAD est un service médico-social autonome ou rattaché à un établissement d'éducation spéciale qui prend en charge les jeunes jusqu'à 20 ans. La démarche d'accompagnement par le SESSAD est initiée par les parents, auprès de la MDPH et l'orientation se fait sur prescription de la CDAPH. Les parents et l'enfant qui acceptent l'accompagnement doivent être partie prenante du projet personnalisé élaboré en lien avec l'équipe.

Composé d'une équipe pluridisciplinaire (psychologues, médecins, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, éducateurs spécialisés, psychomotriciens, orthophonistes, enseignants spécialisés, assistants du service social, aides médico-pédagogiques...), il peut intervenir au domicile familial de l'enfant ou de l'adolescent, mais aussi à la crèche, à l'école (en milieu ordinaire ou dans un dispositif d'intégration collective (CLIS, ULIS), au centre aéré ou encore dans les locaux du SESSAD. La direction du SESSAD est soit assurée par un directeur soit par le directeur de l'établissement auquel il est rattaché. Un médecin assure l'application du projet thérapeutique et rééducatif des enfants ou adolescents.

Les prestations vont s'adapter à chaque enfant selon ses besoins. Une prise en charge est assurée par les régimes d'assurance-maladie. Une allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant est versée aux familles par la caisse d'allocations familiales ou les caisses de MSA pour les personnes qui relèvent du régime agricole.

Trois missions

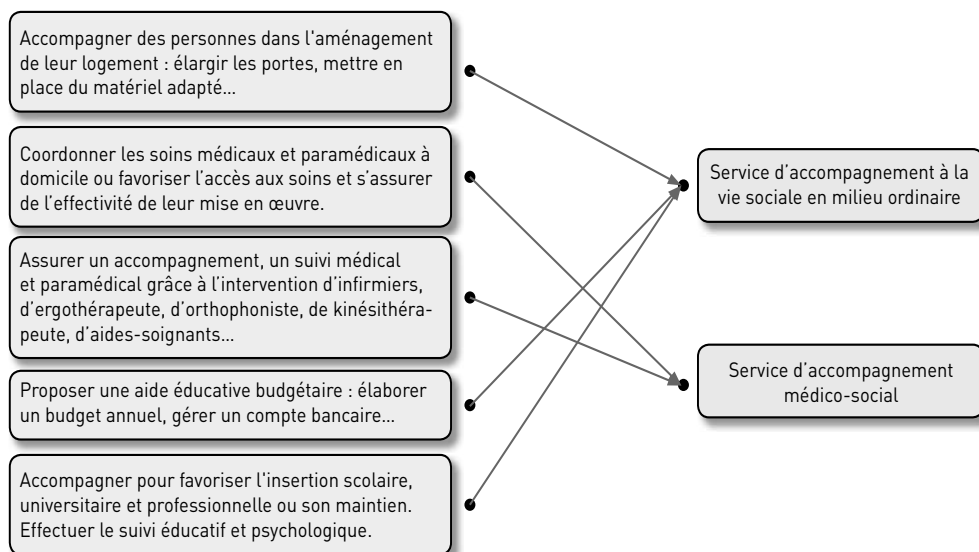
Le soutien à l'intégration scolaire et à l'acquisition de l'autonomie

Le conseil et l'accompagnement de la famille et l'entourage en général

L'aide au développement psychomoteur et aux orientations ultérieures

ACTIVITÉ 2 Les services d'accompagnement aux adultes handicapés

2.1 À l'aide du document 3, relier chaque aide au service responsable.



2.2 Préciser les financements de ces services.

- services d'accompagnement à la vie sociale : le conseil général ;
- services de soins : l'assurance maladie.

2.3 Conclure sur les missions de ces deux services.

Ces deux services d'accompagnement doivent contribuer à la réalisation du projet de vie de la personne en situation de handicap, par un accompagnement favorisant le maintien ou la restauration des différents liens afin de lui faciliter l'accès à l'ensemble des services de la collectivité.

Mais le SAMSAH propose en plus des prestations de soins ou d'accompagnement vers le soin. Il s'adresse à des personnes plus lourdement handicapées nécessitant une médicalisation et une plus grande prise en charge.

Document 3

Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et les services d'accompagnement médico-social (SAMSAH)

Articles du code sur l'action sociale et des familles (2005)

Les services d'accompagnement, que ce soit à la vie sociale ou médico-social, offrent tous deux des prestations aux adultes handicapés (plus de 20 ans) qu'ils travaillent ou non.

Art. D. 312-155-5. Les services d'accompagnement à la vie sociale ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

Art. D. 312-155-6. Les services mentionnés à l'article D. 312-155-5 prennent en charge des personnes adultes, y compris celles ayant la qualité de travailleur handicapé, dont les déficiences et incapacités rendent nécessaires, dans des proportions adaptées aux besoins de chaque usager :

- a) une assistance ou un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence ;
- b) un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie.

Art. D. 312-155-9. Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés ont pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, la réalisation des missions visées à l'article D. 312-155-5.

Art. D. 312-155-10. Les services définis à l'article D. 312-155-9 prennent en charge des personnes adultes handicapées dont les déficiences et incapacités nécessitent, en sus des interventions mentionnées à l'article D. 312-155-6, et dans des proportions adaptées aux besoins de chaque usager :

- a) des soins réguliers et coordonnés ;
- b) un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert.

L'autorisation de création est délivrée après passage en commission régionale de l'organisation sociale et médico-sociale, par le président du conseil général seul s'il s'agit d'un SAVS et conjointement avec le préfet de département s'il s'agit d'un SAMSAH. Les SAVS sont financés par le Conseil général et les dépenses des SAMSAH sont prises en charge par l'assurance-maladie pour la partie soins, la partie accompagnement est réglée par le Conseil général.



Les établissements et les services en faveur des personnes handicapées

1 Le travail en milieu protégé

L'intégration des personnes handicapées en milieu ordinaire n'est pas toujours possible. Des établissements et structures d'aide par le travail (ESAT) permettent à la personne handicapée d'exercer une activité professionnelle dans des conditions adaptées à ses possibilités et lui proposent un soutien médico-social et éducatif pour favoriser son épanouissement personnel et social.

La décision d'orienter vers ces établissements et structures d'aide par le travail est prise par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

L'entreprise adaptée (EA) permet au travailleur ayant la reconnaissance de « qualité de travailleur handicapé » d'exercer une activité dans les conditions adaptées à son handicap.

Grâce à l'accompagnement spécifique proposé, l'EA favorise la réalisation du projet professionnel en vue de la valorisation des compétences.

Le centre de distribution de travail à domicile (CDTD) est destiné au travailleur qui a des difficultés à se déplacer et propose des activités à domicile.

Puisque les EA et les CDTD participent au milieu ordinaire du travail, la personne handicapée qui y travaille a un statut de salarié de droit commun à part entière. Elle possède tous les droits des salariés prévus par le Code du travail et bénéficie de la Sécurité sociale et du régime d'assurance-chômage. Elle reçoit un salaire fixé selon son emploi et sa qualification mais celui-ci ne peut être inférieur au Smic. Ces structures bénéficient d'aides de l'État et doivent permettre une insertion et une promotion professionnelles. Elles peuvent servir de tremplin vers des emplois dans des entreprises non adaptées.

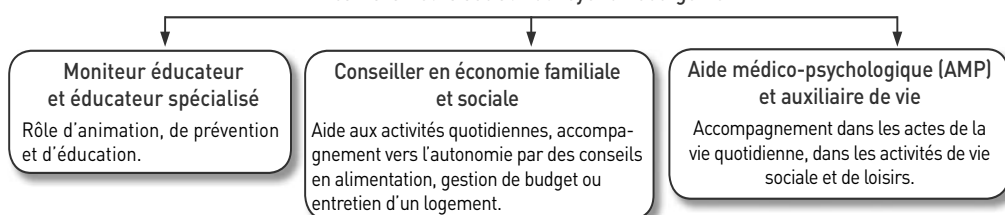
L'établissement et le service d'aide par le travail (ESAT) fournit aux personnes de plus de 20 ans, et qui ont une capacité de travail inférieure à un tiers de la capacité normale, une activité à caractère professionnel. Il offre aussi un soutien médico-social et éducatif, grâce à une équipe pluridisciplinaire (moniteur d'atelier, éducateur technique spécialisé, psychologue...) afin de favoriser l'épanouissement personnel et social.

Cette structure doit mettre en place des passerelles pour favoriser le passage en milieu ordinaire.

2 Les structures d'hébergement

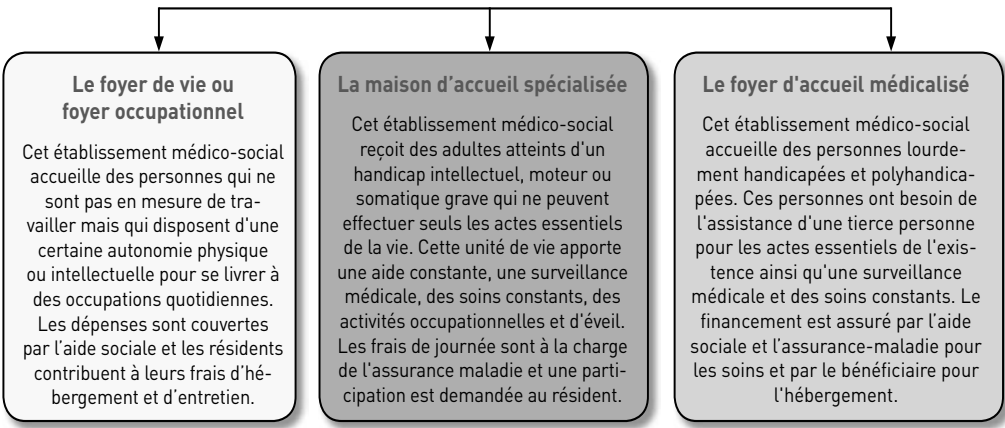
Le foyer d'hébergement est un établissement social dont le but est d'assurer l'hébergement et l'entretien des adultes handicapés, orientés par la CDAPH, qui exercent une activité soit en milieu ordinaire, soit en établissement protégé, soit en centre de rééducation professionnelle durant la journée. Il comprend, en général, deux formules d'accueil : internat de semaine et internat complet (week-end compris). Les personnes sont encadrées par des travailleurs sociaux :

Les travailleurs sociaux du foyer d'hébergement



Les frais sont en partie à la charge du bénéficiaire, en fonction de ses ressources. Le surplus des frais d'hébergement est pris en charge par l'aide sociale du département.

Les structures réservées aux personnes plus gravement handicapées, qui ne peuvent réaliser un travail productif.
L'orientation vers ces trois structures relève aussi de la CDAPH



3 Les services spécifiques aux personnes handicapées

Le service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)

C'est un service médico-social autonome ou rattaché aux établissements d'éducation spéciale.

SESSAD	↗	Contribue au maintien de l'enfant dans son milieu de vie habituel (crèche, domicile, école, centre de vacances...)
	→	Évalue les potentialités et les difficultés pour l'aider dans son développement, l'acquisition de l'autonomie, l'intégration scolaire et dans la société.
	↘	Apporte informations, conseils, soutiens aux familles et à l'entourage.

Le SESSAD a pour objectif essentiel de permettre à un enfant, à un adolescent, de rester dans son environnement familial, scolaire et social et de développer ses potentialités.

Les services d'accompagnement aux adultes handicapés

L'accompagnement que ces structures délivrent (défini par la CDPA) peut être permanent, temporaire ou séquentiel. L'ensemble des prestations peut être réalisé en milieu ordinaire ou protégé, à domicile ou sur les lieux où s'exercent les activités sociales, scolaires ou professionnelles de la personne handicapée.

Le service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)

C'est un service médico-social qui accompagne la personne dans la globalité de son projet de vie en milieu ordinaire et favorise ainsi l'apprentissage de l'autonomie pour favoriser l'accès à l'ensemble des services de la collectivité. En plus du suivi éducatif, psychologique et de la santé, il aide dans les démarches administratives ou encore dans la réalisation des actes quotidiens, la gestion du budget. La création du SAVS est autorisée par le président du Conseil général. Les coûts de fonctionnement sont pris en charge par le Conseil général.

Le service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)

En plus des prestations du SAVS, le service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés propose des soins, réguliers et coordonnés, ainsi qu'un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert. La création du SAMSAH est autorisée par le préfet du département et le président du Conseil général. La partie « soins » est financée par l'assurance-maladie et la partie « accompagnement à la vie sociale » par le Conseil général.



La législation et le rôle du juge des tutelles

Objectifs

1. Énoncer les principes généraux de la protection des majeurs vulnérables.
2. Préciser les compétences du juge des tutelles.
3. Énumérer les différents types de mesures et en énoncer les caractéristiques.

ACTIVITÉ 1 Les aspects législatifs

1.1 À l'aide des documents 1 et 2, énoncer le principe fondamental de la protection des personnes majeures vulnérables.

Protection assurée dans le respect des libertés individuelles, des droits fondamentaux et de la dignité de la personne (la personne est considérée comme un citoyen à part entière).

1.2 Compléter le tableau ci-dessous en précisant la cause de la protection et le type de mesure.

Personne majeure vulnérable	
Cause de la protection : Altération des facultés mentales	Cause de la protection : Difficultés sociales et économiques
Type de mesure : Protection juridique	Type de mesure : Accompagnement social

Document 1

Loi du 5 mars 2007 sur la protection des personnes majeures vulnérables

Quelques principes forts de la loi :

- Reconnaissance de la personne protégée comme un citoyen à part entière.
- Distinction entre altération des facultés physiques ou mentales et difficultés sociales et économiques avec une réponse différente, mesures de protection juridique ou systèmes d'accompagnement social.

- Priorité donnée à la famille ou à un proche pour exercer les mesures ; en cas d'impossibilité, nomination par le juge d'un mandataire.
 - Protection juridique pouvant porter aussi bien sur la personne elle-même que sur ses biens.
- La mission de protection est strictement personnelle.

ACTIVITÉ 2 Le juge de tutelles

À partir du site Internet du ministère de la Justice et des Libertés : <http://www.vos-droits.justice.gouv.fr/tutelle-curatelle-et-sauvegarde-11960/comment-protoger-une-personne-vulnérable-21966.html>.

2.1 Préciser le rôle du juge des tutelles.



2.2 Compléter le tableau suivant.

	Nom de la mesure/personnes concernées	Finalités de la mesure	Effets en précisant le degré de participation de la personne protégée et le rôle du mandataire	
			sur la personne	sur les biens de la personne
Mesures juridiques	Sauvegarde de justice	Mesure de protection juridique provisoire et de courte durée qui peut permettre la représentation de la personne pour accomplir certains actes précis. Nécessité d'un certificat médical.	Conservation du droit d'accomplir tous les actes de la vie civile, sauf ceux confiés au mandataire spécial, s'il a été nommé. La personne ne peut divorcer par consentement mutuel. Contestation possible (annulation ou correction) des actes contraires aux intérêts du majeur, s'ils ont été passés pendant la sauvegarde de justice.	
	Curatelle	Mesure judiciaire destinée à protéger une personne majeure qui, sans être hors d'état d'agir elle-même, a besoin d'être conseillée ou contrôlée d'une manière continue dans les actes importants de la vie civile. Nécessité d'un certificat médical.	La personne : - Décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet. - Certains actes dits "strictement personnels" - autorité parentale Le curateur : - Autorisation pour se marier, conclure un PACS, - Mesures de protection si mise en danger de la personne - Information du juge	La personne : - Actes d'administration - Rédaction d'un testament Assistance par le curateur : - Actes de disposition - Donation
	Tutelle	Mesure judiciaire destinée à protéger une personne majeure et/ou tout ou partie de son patrimoine si elle n'est plus en état de veiller sur ses propres intérêts. Un tuteur la représente dans les actes de la vie civile. Constitution éventuelle d'un conseil de famille. Nécessité d'un certificat médical.	La personne : - Décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet - Certains actes dits "strictement personnels" - Autorité parentale Le tuteur : - Mesures de protection si mise en danger de la personne par son comportement Information du juge : Le conseil de famille ou le juge : - Autorise le mariage ou la conclusion d'un PACS	La personne : - Testament avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille - Faire des donations en étant assistée ou représentée par le tuteur Le tuteur : - Actes d'administration par le conseil de famille, ou à défaut le juge : les actes de disposition (ex. : vendre un appartement).
Mandant de protection future		Mandat permettant de prévoir les mesures de protection à mettre en œuvre quand la personne (mandant) ne sera plus en mesure de veiller sur elle-même ou sur ses biens.	Peut concerner la personne elle-même ou son enfant mineur ou majeur s'il est malade ou handicapé. Peut porter sur la protection de la personne ou celle de ses biens ou les deux. Désigne une ou des personnes mandataires pour mettre en œuvre ce mandat.	
Mesures d'accompagnement des majeurs	Mesure d'accompagnement social personnalisé	<u>Mesure administrative :</u> permettant au majeur concerné de gérer à nouveau ses prestations sociales de manière autonome.		
	Mesure d'accompagnement judiciaire	<u>Mesure judiciaire :</u> perception et gestion par un mandataire de tout ou partie des prestations sociales d'une personne majeure, en vue de rétablir son autonomie dans la gestion de ses ressources.		



Protection des personnes majeures vulnérables

1 La législation

Le vieillissement de la population a provoqué une hausse importante du nombre de mesures de protection juridique. Une évolution de la protection des « majeurs incapables » s'est révélée nécessaire. C'est le sens de la **loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs**. Principaux points du texte de loi :

- Un certificat médical circonstancié doit constater l'altération des facultés du majeur.
- Un « mandat de protection future » est créé. Il s'agit de prévoir sa propre protection future ou celle de son enfant malade ou handicapé.
- Les droits de la personne sont renforcés :
 - elle est obligatoirement entendue par le juge des tutelles avant décision ;
 - elle prend les décisions concernant sa santé et son logement dans la mesure de ses possibilités. Le tuteur ou le curateur a un rôle de conseil.
- La personne chargée de la mise en œuvre de la mesure de protection rend des comptes au juge des tutelles.
- En cas de nomination de mandataires judiciaires (tuteurs ou curateurs extérieurs à la famille), ceux-ci seront soumis à des règles communes de formation, de contrôle, d'évaluation et de rémunération.
- Un dispositif d'accompagnement social est mis en place pour les personnes en difficulté socio-économique.



2 Les bénéficiaires

La loi du 5 mars 2007 distingue les mesures de protection juridique et les mesures d'accompagnement social.

Les mesures de protection juridique s'adressent à « toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté » [Art. 425 du Code civil].

Les mesures d'accompagnement social sont mises en œuvre au profit d'une personne majeure dont la gestion de ses prestations sociales n'est pas satisfaisante mettant ainsi en danger sa santé et sa sécurité.

3 Le rôle du juge des tutelles

À réception de la demande de mesure de protection, le juge des tutelles procède à l'audition de la personne concernée, à celle qui demande la mesure et à celle de son entourage. Il demande ensuite l'avis du procureur de la République puis prononce une mesure de protection.

Au cours de ce jugement, il désigne la personne qui sera chargée d'exercer la mesure de protection, ce peut être un membre de la famille ou un mandataire judiciaire.

4 Les mesures d'accompagnement social

Le juge des tutelles suit et contrôle cette personne et reçoit chaque année un compte de gestion pour les actes concernant les biens de la personne et un rapport pour les actes relatifs à la personne.

	Mesure d'accompagnement social personnalisé : mesure administrative Art. L271-1 du Code de l'action sociale et des familles	Mesure d'accompagnement judiciaire : mesure judiciaire Art. 495 du Code civil
Pour qui ?	Personne majeure qui perçoit des prestations sociales et dont la santé ou la sécurité est menacée par les difficultés du fait de sa mauvaise gestion de ses ressources ou sortant d'une mesure d'accompagnement judiciaire.	Personne ayant fait l'objet d'une mesure d'accompagnement social personnalisé sans résultats et ne faisant pas l'objet d'une autre mesure (tutelle ou curatelle).
Pour quoi ?	Permettre au majeur concerné de gérer à nouveau ses prestations sociales de manière autonome.	Mesure plus contraignante décidée par le juge pour amener la personne à retrouver son autonomie.
Par qui ?	Services sociaux départementaux.	Mandataire judiciaire nommé par le juge.
Comment ?	Aide à la gestion des ressources. Contrat d'accompagnement social personnalisé.	Perception et gestion des prestations par le mandataire judiciaire dans l'intérêt de la personne et avec son avis. Action éducative.

5 Les mesures de protection juridique

Nom de la mesure	Principe
Sauvegarde de justice avec ou sans mandat	Protection temporaire
Curatelle	Assistance et contrôle continus dans les actes de la vie civile
Tutelle	Représentation continue dans les actes de la vie civile

Ces mesures sont mises en place lorsqu'il y a altération des facultés mentales ou corporelles empêchant l'expression de la volonté de la personne.

6 Le mandat de protection future

L'établissement d'un mandat de protection future permet d'envisager son avenir pour le jour où la personne ne sera plus en capacité physique ou mentale de veiller elle-même sur sa personne ou sur ses biens en désignant un mandataire.

La personne peut rédiger ce mandat pour sa propre protection ou pour celle d'un enfant, qu'il soit mineur ou qu'il soit majeur (malade ou handicapé).

Le mandat peut viser la protection de la personne ou celle de ses biens, ou les deux.





La classification des maladies

Objectifs

1. Proposer une classification des maladies.
2. Différencier maladie chronique et maladie aiguë.
3. Définir les « troubles mentaux et du comportement ».
4. Caractériser une maladie dite « émergente ».

Samia est en PFMP dans un EHPAD. Elle a en charge Mme Noilhan et Mme Nédellec. Afin de leur assurer une prise en charge de qualité, Samia étudie le dossier médical de ces deux patientes.

ACTIVITÉ 1 Les principaux types de maladies

1.1 Dans le document 1, souligner la définition des troubles mentaux et du comportement.

1.2 Dans le document 2, souligner la définition de la maladie.

1.3 À l'aide des documents 1 à 4, proposer une classification des pathologies des deux patientes.

Classe de pathologie	Exemples de pathologie
Troubles mentaux et du comportement	Dépression, maladie d'Alzheimer
Infection	Tuberculose, angine
Lésion traumatique	Fracture du col du fémur
Maladie de l'appareil digestif	Ulcère gastrique
Maladie de la peau	Eczéma
Maladie de l'appareil locomoteur	Arthrose
Maladies de l'appareil circulatoire	Infarctus du myocarde, hypertension artérielle
Tumeur	Tumeur maligne de l'œil
Maladie de l'appareil respiratoire	Asthme

Document 1 Les troubles mentaux et du comportement

Par troubles mentaux et du comportement, on entend des affections cliniquement significatives qui se caractérisent par un changement du mode de pensée, de l'humeur (affects) ou du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales. Les troubles mentaux et du comportement ne sont pas de

simples variations à l'intérieur des limites de la « normalité », mais des phénomènes manifestement anormaux ou pathologiques. Pour être considérées comme telles, les anomalies doivent être permanentes ou répétées et causer une souffrance ou constituer un handicap dans un ou plusieurs domaines de la vie courante.

OMS : http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch2_fr.pdf

Document 2 La diversité des pathologies

Les progrès de la médecine ont favorisé la découverte de nombreuses pathologies d'étiologies* diverses. Les chercheurs ont donc cherché à classer ces altérations de la santé des êtres vivants, en vue d'établir notamment des statistiques permettant de suivre l'évolution de ces pathologies. Il est possible de les classer suivant leur étiologie ou suivant leur localisation (maladie des organes génitaux et urinaires, de l'appareil digestif, circulatoire....).

* Qui est lié au processus infectieux ou parasitaire, tumoral, traumatique...

Document 3 Extrait du dossier de Mme Noilhan

Antécédents médicaux : dépression, infection (tuberculose en 1952), fracture du col du fémur (en 2010), ulcère gastrique.

Pathologies actuelles : maladie d'Alzheimer, eczéma, arthrose.

Document 4 Extrait du dossier de Mme Nédellec

Antécédents médicaux : infarctus du myocarde (en 1990), tumeur maligne de l'œil (en 1992).

Pathologies actuelles : hypertension artérielle, asthme, angine.

ACTIVITÉ 2 La maladie chronique et aiguë

2.1 Après lecture du document 5, identifier pour chaque situation s'il s'agit d'une maladie aigüe ou chronique. Justifier vos réponses.

Situation	Type de maladie	Justification
Mme Noilhan souffre depuis 15 ans d'arthrose qui l'empêche de réaliser seule les gestes de la vie quotidienne. La maladie évolue malgré les traitements.	Chronique	Mme Noilhan souffre d'un état pathologique de nature physique depuis plus de 3 mois et qui entraîne une limitation fonctionnelle des activités et de la participation à la vie sociale.
De façon brutale, Mme Nédellec a ressenti la veille de violentes douleurs. Son médecin lui a assuré que son angine serait enrayée en quelques jours grâce au traitement.	Aiguë	Mme Nédellec souffre d'une angine, affection qui n'est pas amenée à durer si elle est traitée de façon pertinente.

Document 5 Comment définir la maladie chronique ?

- La maladie chronique se définit selon les caractéristiques suivantes :
1. Présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer.
 2. Ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle.
 3. Retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants :
 - une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale ;
 - une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle ;
 - la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.



Extrait du Rapport du Haut-Conseil de la santé publique « La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique », nov. 2009.
Lien sur le site de l'INRS : <http://chronisanthe.inist.fr/spip.php?article223>

ACTIVITÉ 3 Les maladies émergentes

3.1 À l'aide du document 6, lister deux caractéristiques d'une maladie émergente.
Une maladie est dite émergente lorsqu'elle répond aux caractéristiques suivantes :
• Il s'agit d'une infection nouvelle.
• Celle-ci est causée par l'évolution ou la modification d'un agent pathogène existant (changement d'hôtes, de vecteur, de pathogénicité ou de souche).

3.2 Dans le document 6, souligner les exemples de maladies émergentes.

Document 6 Un extrait du Bulletin de veille sanitaire de l'Institut de veille sanitaire (INVS)

Entre le 1^{er} mai et le 7 juin 2011, plus de 2 325 infections à *Escherichia coli* producteurs de shiga-toxines (STEC), dont 642 cas de syndromes hémolytiques et urémiques et 22 décès en lien avec l'épidémie, ont été rapportées en Allemagne. Malgré toutes les investigations lancées, l'origine et la source de cette épidémie ne sont toujours pas identifiées.

La survenue de cette épidémie de STEC illustre de manière exemplaire les défis de santé publique auxquels nos sociétés sont aujourd'hui confrontées et confirme l'importance croissante des risques émergents dans le domaine de la sécurité sanitaire. Mais qu'entendons-nous au juste par risque ou maladie émergente ? [...]

Dans le domaine des maladies infectieuses, l'Office international des épizooties a proposé, en 2006, la définition suivante : les maladies émergentes sont définies comme des infections nouvelles, causées par l'évolution ou la modification d'un agent pathogène existant ; le caractère « nouveau » de la maladie se traduisant, par exemple, par un changement d'hôtes, de vecteur, de pathogénicité ou de souche. [...]

Nous avons déjà publié par le passé des numéros du BVS ou des articles qui illustraient cette problématique : la rage en Guyane (BASAG, 2005, n° 12), le Chikungunya (BASAG, 2006, n° 3), la réémergence de la syphilis aux Antilles (BASAG, 2008, n° 7), la fièvre Q en Guyane (BVS, 2009, n° 10), la mélioirose (BVS, 2011, n° 1), la maladie de Chagas en Guyane (BVS, 2011, n° 3) ou le choléra (BVS, 2011, n° 3). [...]

http://www.invs.sante.fr/publications/bvs/antilles_guyane/2011/bvs_ag_2011_05.pdf



Le vécu de la maladie et de l'hospitalisation

Objectifs

1. Indiquer les conséquences de la maladie sur la personne et son entourage.
2. Énoncer les moyens d'évaluation de la douleur et sa prise en charge.
3. Présenter et analyser les réactions du malade, de son entourage face à la maladie, à l'équipe soignante, à l'hospitalisation.
4. Présenter et justifier les besoins de l'enfant hospitalisé et citer les réponses adaptées.

ACTIVITÉ 1 Les conséquences individuelles et familiales de la maladie

1.1 À l'aide du document 1, compléter le tableau ci-dessous.

Sur le plan	Conséquences individuelles de la maladie
Physique	<ul style="list-style-type: none"> - Incapacité à réaliser des activités pratiquées avant l'apparition de la maladie. - Présence d'un épuisement physique, d'une fatigue physique. - Présence de douleurs. - Nécessité de suivre des traitements médicaux parfois éprouvants dont les effets secondaires peuvent être difficiles à supporter (nausées, vomissements...). - Modification de l'apparence physique (chute des cheveux...).
Mental	<ul style="list-style-type: none"> - Présence d'une souffrance morale. - Difficulté à accepter la modification de son aspect physique.
Professionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessité d'arrêt momentané ou durable de l'activité professionnelle.

1.2 À l'aide du document 1 et de ses connaissances, expliquer en quoi la maladie peut avoir des conséquences financières importantes.

La maladie, comme tout risque social, génère des dépenses liées aux traitements, mais aussi à l'achat d'équipements spécifiques. De plus, la maladie, lorsqu'elle nécessite un arrêt de travail prolongé, entraîne une diminution du pouvoir d'achat et, potentiellement, des difficultés financières réelles (incapacité à rembourser un crédit, par exemple).

Document 1

Le témoignage de Florence en rémission d'un cancer du sein

Il y a quatre ans, je me suis retrouvée anéantie par l'annonce de mon cancer. J'avais 50 ans, trois enfants et un mari qui avaient besoin de moi ainsi qu'une vie personnelle et professionnelle bien remplie. Le cancer est venu modifier notre vie.

J'ai dû cesser mes activités personnelles et professionnelles pour affronter les traitements. Toute ma vie tournait alors autour de la maladie. À cause de la fatigue et des douleurs, j'avais du mal à assumer les charges familiales quotidiennes comme le ménage ou encore les courses.

Les séances de chimiothérapie et de radiothérapie ont été difficiles à supporter, tant sur le plan physique que moral. J'étais littéralement épuisée. J'ai eu du mal à tolérer la douleur ainsi que les effets secondaires de la chimiothérapie comme les nausées, les vomissements et la chute de mes cheveux. La modification de mon apparence physique m'a beaucoup affectée.

À cela, sont venues s'ajouter des difficultés financières. Étant en arrêt maladie, nos ressources étaient moindres et nous avons donc rencontré des difficultés à rembourser nos crédits. Heureusement, mes parents nous ont beaucoup aidés. Ils ont toujours répondu présents dans les moments difficiles, ce qui n'a pas été le cas de l'ensemble de nos amis. Certains se sont éloignés. À présent, je suis en rémission. Tout cela est derrière nous et nous avons des tas de projets en tête.



Florence avant sa dernière séance de chimiothérapie.

1.3 Souligner, dans le document 2, les émotions ressenties par les proches à l'annonce d'une maladie.

1.4 À l'aide du document 2, préciser les causes possibles de l'éloignement des proches à l'annonce d'une maladie.

Les proches peuvent fuir face à l'annonce d'une maladie grave par peur d'avoir à supporter la charge émotionnelle générée par la maladie de leur proche ou encore par peur d'avoir à supporter la nouvelle organisation fonctionnelle engendrée par la pathologie.

Document 2

Les conséquences familiales de la maladie

Il est fréquent d'observer dans la famille un bouleversement, tant au niveau émotionnel qu'au niveau fonctionnel, dans les suites du diagnostic d'une affection cancéreuse. D'une part, la famille est confrontée à l'angoisse et à la tristesse, à l'alternance de moments d'espoir et de désespoir. D'autre part, elle constitue une organisation dynamique et structurée, caractérisée par une répartition de rôles et de responsabilités. La maladie va exiger qu'elle assure différentes nouvelles fonctions : tenter de réconforter le patient, prendre part aux décisions médicales et aux soins et, parallèlement, s'efforcer d'assumer le quotidien tout en s'adaptant à une situation médicale en évolution constante.

« L'Expérience du cancer pour les familles », Nicole Delvaux De Boeck, Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 2006/1 - n° 36, accessible sur le site www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=CTF_036_101



ACTIVITÉ 2 Une des conséquences de la maladie : la douleur

2.1 Dans le document 3, souligner en bleu les différents professionnels ou structures chargés de l'évaluation et du traitement de la douleur.

2.2 Dans le document 3, souligner en rouge les moyens médicaux et non médicaux de lutte contre la douleur.

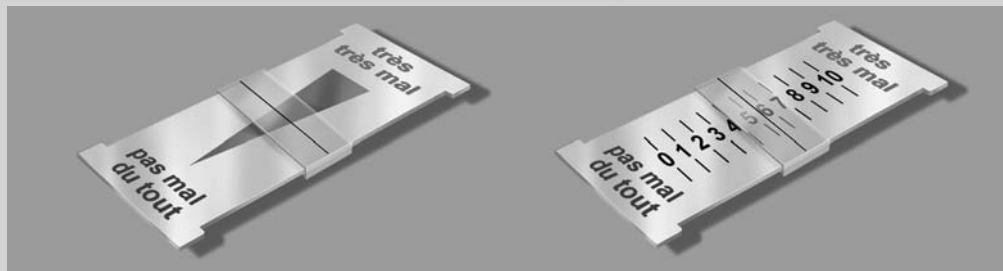
2.3 À l'aide du document 3, justifier l'intérêt de donner à un patient algique* une EVA.

L'échelle visuelle analogue est un instrument permettant au médecin de disposer d'informations précises sur l'intensité de la douleur de son patient. Ainsi, elle lui permet d'adapter au mieux le traitement antalgique.

* Algique : qui concerne la douleur.

Document 3

L'évaluation et la prise en charge de la douleur



échelle visuelle analogue (EVA)

La douleur est une des principales conséquences de la maladie. Il existe différents moyens de la traiter.

Dans un premier temps, les professionnels de santé peuvent réaliser une évaluation de la douleur notamment à l'aide d'outils choisis en fonction de l'âge mais aussi de l'état mental de la personne (échelle EVA, échelle numérique simple, l'échelle des visages, grille Doloplus...). Suivant la nature et l'intensité des douleurs, le médecin peut prescrire des médicaments antalgiques visant à soulager la douleur (ex. : paracétamol, dérivés morphiniques...). Dans la même intention, le praticien peut également proposer au patient des moyens de lutte contre la douleur non médicamenteux comme la relaxation, la psychothérapie ou encore l'hypnose.

Si la douleur ne peut être endiguée malgré différents essais thérapeutiques, le médecin pourra alors faire appel, en ambulatoire, à une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC) comme le recommande la Haute-Autorité de Santé (HAS). Au sein de celle-ci, une évaluation pluriprofessionnelle ou pluridisciplinaire permet d'affiner le traitement de lutte contre la douleur.

Au sein des centres hospitaliers, le praticien pourra faire appel à une équipe mobile de lutte contre la douleur afin de l'aider à trouver une thérapeutique adaptée.

ACTIVITÉ 3 Les réactions du patient face à la maladie et à l'équipe soignante

3.1 Souligner, dans le document 4, les réactions du malade à l'annonce d'une maladie grave.

3.2 À l'aide du document 4, indiquer les raisons pour lesquelles un malade peut présenter des mécanismes de défense comme le déni.

Un malade peut utiliser des mécanismes de défense comme le déni pour préserver son intégrité morale. En effet, l'annonce d'une maladie grave entraîne une confrontation face aux difficultés à venir et à sa propre mortalité, éléments difficiles à supporter par le psychisme.

3.3 Présenter les comportements observables chez un patient et sa famille face aux soignants.

Le patient et sa famille peuvent adopter différents comportements face à l'équipe soignante en fonction de leur état psychique. La souffrance morale intense peut se manifester par des comportements d'agressivité ou encore de contestation.

Le patient peut également rester distant à l'égard des professionnels de santé et de sa famille en vue de les préserver de sa souffrance, mais aussi pour préserver son intégrité morale, mise à mal par la maladie.

Document 4 Les réactions du patient face à la maladie et à l'équipe soignante

L'annonce du diagnostic entraîne comme une espèce de sidé-ration qui correspond à un vide émotionnel, à un sentiment d'effondrement surgissant de la conscience. Le patient se trouve brutalement plongé dans l'irreprésentable, l'innommable. L'annonce l'assujettit à une réalité incontournable : le sentiment de sa propre mortalité. L'état de choc peut se révéler différemment selon la personnalité de chacun. Cependant, il peut aussi ne pas se manifester, ce qui devra alors nous alerter. La répression des affects peut se manifester sur une courte période et des mécanismes de défense peuvent se déployer et persister comme la dénégation ou même le déni. C'est une façon de rechercher un compromis avec sa propre réalité. [...]

Le déni est un mécanisme inconscient qui porte sur l'ensemble du réel. Pour le patient, l'annonce que fait le médecin est une réalité extérieure qui n'existe pas, qui n'existe pas non plus intérieurement. Par conséquent, la menace de mort n'a pas de valeur. Le déni permet au patient de préserver son intégrité. Cependant, c'est un mécanisme de défense qui rend difficile le problème de la vérité, car il conduit le patient à exclure les conséquences de la maladie hors du champ de la conscience.

Le déni est un mécanisme psychique qui est à respecter totalement car c'est à partir de l'interprétation que fait le patient sur ce qu'il ressent que l'équipe médico-soignante pourra poursuivre son travail relationnel. [...]

[...] L'évitement ne se traduit pas toujours de manière inconsciente. Le patient peut admettre pleinement la réalité de sa maladie. C'est alors avec une volonté délibérée qu'il peut choisir de ne pas partager sa souffrance pour préserver sa famille, mais aussi l'équipe médico-soignante. Le patient niera son anxiété comme il évitera de parler de ses doutes. Ce choix d'attitude délibérée se traduira, dans le réel, par une mise à distance de manière à préserver son identité et son image de soi.

Le patient peut aussi traduire son vécu intime sous des formes projectives telles la révolte, l'irritation, la contestation, l'insatisfaction, les ressentiments. Cette agressivité se manifeste souvent sous la forme de plaintes ou de reproches dirigés vers les équipes soignantes et/ou la famille. Les différentes formes que peut prendre la projection sont à considérer comme des réactions contre l'évolution d'une maladie vécue comme destructrice de l'identité et qu'il est important de reconnaître, car elles sont l'expression voilée de la détresse et de l'angoisse.



<http://www.sante.ujf-grenoble.fr/sante/CME/Maladiesgravespsychique.html>
Danielle Roisin, psychologue à l'Unité de concertation.

ACTIVITÉ 4 L'hospitalisation d'un enfant

4.1 Compléter le schéma suivant, à l'aide du document 5.



Document 5

Des situations de pédiatrie

1. Dès que Zoé, 6 ans, sort de sa chambre, elle panique, s'affole car elle se sent en insécurité dans un lieu qu'elle ne connaît pas.
2. Agathe s'ennuie dans sa chambre. Elle reste muette.
3. Maxime refuse de manger. Il réclame sa maman et son doudou en pleurant.
4. Djénéba s'affole dès qu'elle voit un soignant entrer dans sa chambre. Elle devient agressive verbalement et physiquement lorsqu'on l'approche pour lui faire un soin. Elle a peur d'avoir mal.
5. Joe, de nature anxieuse, était propre. Depuis son hospitalisation, il a régressé. Il est énurétique. Comme son séjour durera deux mois, un professeur des écoles viendra lui faire cours.

4.2 À l'aide des documents 5 et 6 ainsi que des connaissances acquises lors de ses PFMP, compléter le tableau ci-dessous.

Enfant	Besoins	Justification	Réponses institutionnelles possibles
Zoé	- De se sentir en sécurité. - De découvrir le service.	L'hôpital est un lieu inconnu et stressant pour l'enfant.	Faire visiter le service à un enfant nouvellement hospitalisé.
Agathe	- De se récréer, de jouer.	L'enfant bien qu'hospitalisé, conserve son besoin de se récréer. Il en a besoin pour poursuivre son développement.	- Proposer à l'enfant des jeux dans la salle d'animation. - Présenter des camarades de jeux à l'enfant.
Maxime	- De se sentir en sécurité. - De s'alimenter. - D'avoir sa maman et son doudou à ses côtés.	L'hôpital est un lieu inconnu et stressant pour l'enfant.	- Proposer aux parents de rester avec l'enfant. - Demander aux parents de ramener le doudou de l'enfant.
Djénéba	- D'être rassurée. - De recevoir des informations concernant les soins - De bénéficier de traitements adaptés contre la douleur.	Les soins sont générateurs d'angoisses surtout lorsqu'ils sont douloureux et/ou inconnus de l'enfant.	- Présenter chaque soin avec des mots simples. - Appliquer les prescriptions médicales et les protocoles de soins en matière de lutte contre la douleur. - Rassurer l'enfant.
Joe	- D'être rassurée. - De poursuivre sa scolarité malgré son hospitalisation	L'hospitalisation génère des angoisses et entraîne une rupture avec la vie quotidienne.	- Rassurer l'enfant. - Organiser la scolarité de l'enfant à l'hôpital.

Document 6

Les difficultés rencontrées par l'enfant au cours de l'hospitalisation

L'hospitalisation entraîne une séparation physique avec sa famille, d'où un sentiment d'abandon, de punition. Elle engendre une perte de repères, une rupture avec la vie quotidienne et ses rythmes (école, activités...). Elle impose une relation contrainte avec les soignants qui se succèdent auprès de l'enfant. Elle crée des peurs et des angoisses nouvelles qu'il doit apprivoiser.

<http://www.aremig.org/enfant.htm>



La classification des maladies et leur vécu

1 La classification de la maladie

La maladie est considérée comme une altération de la santé des êtres vivants.

Du type de pathologie dépendront les retentissements individuels et familiaux, mais aussi les réactions du malade et de son entourage.

Afin de suivre la progression des différentes pathologies, les chercheurs ont besoin d'études épidémiologiques. Pour se faire, les maladies sont classées selon différents critères.

Critère de classification	Types de pathologies
1^{er} critère : La localisation de la pathologie	<ul style="list-style-type: none"> • La maladie somatique : affection entraînant une altération d'une fonction de l'organisme. <i>Ex. : les maladies de l'appareil locomoteur, de l'appareil digestif...</i> • Les troubles mentaux et du comportement : affections cliniquement significatives qui se caractérisent par un changement du mode de pensée, de l'humeur (affects) ou du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales. <i>Ex. : la maladie d'Alzheimer, la schizophrénie.</i>
2^e critère : Le processus d'apparition	<ul style="list-style-type: none"> • La maladie liée à un processus infectieux. <i>Ex. : la tuberculose, la lèpre.</i> • La maladie liée à un processus tumoral. <i>Ex. : le cancer du sein.</i> • La maladie liée à un processus traumatique. <i>Ex. : les entorses, les fractures.</i>
3^e critère : La durée d'évolution de la maladie	<ul style="list-style-type: none"> • La maladie aiguë : pathologie d'apparition brutale et d'une durée limitée (de quelques jours à quelques semaines). <i>Ex. : les otites, les rhinites.</i> • La maladie chronique : état pathologique, appelé à durer, ayant une ancienneté minimale de trois mois et un retentissement sur la vie quotidienne. <i>Ex. : le cancer, le diabète.</i>
4^e critère : Le caractère nouveau de la maladie ou de sa progression	<ul style="list-style-type: none"> • Les pathologies « connues » et dont l'évolution reste stable. • Les pathologies émergentes : infections nouvelles, causées par l'évolution ou la modification d'un agent pathogène existant. <i>Ex. : le chikungunya, la réémergence de la syphilis aux Antilles.</i>

2 Les conséquences individuelles et familiales de la maladie

Conséquences	Pour le patient	Pour son entourage
Physiques	<ul style="list-style-type: none"> - Présence de douleurs et d'un épuisement physique. - Incapacité à réaliser certains gestes ou activités de la vie quotidienne. 	Présence d'une fatigue physique liée à la réorganisation familiale engendrée par la maladie.

Mentales	Présence d'une souffrance morale pouvant être liée au pronostic de la maladie et aux conséquences de la pathologie (perte des cheveux, isolement social...).	Présence d'une souffrance morale.
Professionnelles	Nécessité d'arrêt momentané ou durable de l'activité professionnelle.	Possible nécessité de réduire son temps de travail.
Financières	Apparition possible de difficultés financières liées à la baisse des ressources du ménage.	
Sociales	Phénomène d'isolement social possible en fonction du pronostic de la maladie ou, au contraire, effet de rapprochement de l'entourage.	

La douleur est une des conséquences de la maladie. Pour endiguer le phénomène douloureux, le médecin peut proposer au malade d'évaluer sa douleur à l'aide d'un outil comme l'**échelle d'évaluation visuelle** de la douleur (**EVA**). Ainsi, le professionnel dispose d'informations précieuses pour adapter au mieux le traitement antalgique. Il pourra proposer une prise en charge combinant des traitements médicamenteux et non médicamenteux.

Si la thérapeutique n'est pas efficace, le professionnel pourra alors faire appel à une **structure d'étude et de traitement de la douleur chronique (SDC)** en ambulatoire ou à une **équipe mobile de lutte contre la douleur, dans le cas où le patient est hospitalisé**.

3 Les réactions du patient et de son entourage face à la maladie

3.1 Les réactions à l'annonce de la maladie

Les réactions du patient et de son entourage à l'annonce d'une maladie sont variées et dépendent en grande partie du pronostic de la pathologie.

Dans le cas d'une maladie grave, l'annonce entraîne fréquemment un état de choc, de sidération. L'anxiété prédomine également. Des mécanismes de défense tels que le déni peuvent être observés. Ces phénomènes inconscients permettent de préserver l'intégrité morale de la personne confrontée à un phénomène douloureux, difficilement supportable par le psychisme.

3.2. Les réactions face aux soignants

Les réactions du patient et de son entourage face aux soignants dépendent en grande partie de leur **état physique et psychique**, mais aussi de la **qualité des rapports** entretenus avec l'équipe soignante.

Des phénomènes d'agressivité verbale et même physique, des contestations peuvent apparaître. Ils témoignent d'une grande **souffrance**.

Il est également possible de rencontrer des patients distants à l'égard des professionnels de santé. Par ce biais, ceux-ci tentent de préserver leur intégrité morale.

3.3. Les réactions face à l'hospitalisation

L'hospitalisation entraîne une **rupture avec la vie quotidienne et ses rythmes**, une perte de repères, un isolement social et familial, mais aussi une relation contrainte avec l'équipe soignante. De plus, elle nécessite de la part du patient une **adaptation à un nouveau milieu de vie alors inconnu**. L'hospitalisation peut donc être **anxiogène**. C'est pourquoi une admission programmée et préparée par l'équipe soignante sera mieux vécue. Le patient aura eu le temps pour donner du sens à son séjour.

L'hospitalisation d'un enfant devra être particulièrement préparée car elle peut générer une souffrance morale intense et notamment une **angoisse d'abandon** qui se manifeste par des phénomènes de mutisme, de régression ou encore de prostration.

4 Les besoins de l'enfant hospitalisé

Besoins de l'enfant

L'enfant hospitalisé a besoin de :

- bénéficier de soins de qualité ;
- se sentir en sécurité et d'être rassuré ;
- avoir ses parents et son doudou à ses côtés ;
- se recréer ;
- poursuivre sa scolarité.



Réponses institutionnelles

- Proposer à l'enfant de visiter le service.
- Faciliter la présence des parents aux côtés de l'enfant.
- Présenter chaque soin à l'enfant et utiliser des traitements de lutte contre la douleur prescrits.
- Proposer à l'enfant des activités dans la salle d'animation et de rencontrer des camarades de jeux.
- Organiser la scolarité de l'enfant à l'hôpital si le séjour est amené à durer.



La Sécurité sociale et l'assurance-maladie

Objectifs

1. Enoncer différentes prestations servies dans le cadre de l'assurance maladie.
2. Pour un cas simple, indiquer le droit aux prestations.

À l'aide du site de l'assurance-maladie www.ameli.fr, dans la partie réservée aux assurés sociaux, rechercher les informations demandées. Vous pourrez vous faire aider par Amélie, la conseillère virtuelle.

ACTIVITÉ 1 Le système de protection sociale français en matière de santé

1.1 Dans le document 1, souligner en vert l'objectif de l'assurance-maladie.

1.2 Dans le document 1, souligner en rouge les deux organismes de protection complémentaire présentés.

1.3 À l'aide du site Internet, rechercher les définitions des termes suivants :

- « Ticket modérateur » : le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'assurance-maladie. Il est pris en charge par la complémentaire santé (mutuelle ou assurance).
- « Forfait hospitalier » : le forfait hospitalier est la part restant à l'assuré social après remboursement des frais d'hospitalisation par l'assurance-maladie. Il est pris en charge par la complémentaire santé (mutuelle ou assurance).

Document 1 La prise en charge du risque santé

Le régime général de la Sécurité sociale comprend une branche maladie que l'on nomme l'assurance-maladie. Celle-ci vise à protéger les individus des conséquences financières des risques maladie, maternité, invalidité et décès. Elle vise à offrir une couverture maladie de base, permettant à chacun de se faire soigner selon ses besoins, quels que soient son âge et son niveau de ressources.

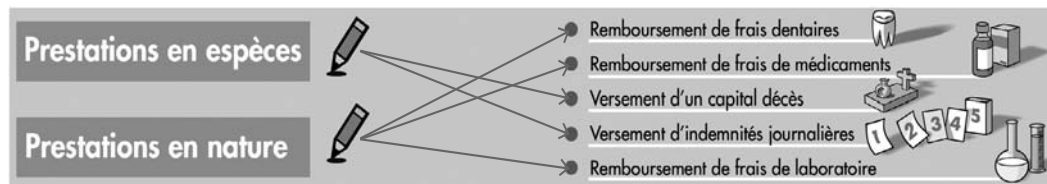
Des organismes de protection complémentaire viennent ensuite compléter la prise en charge de l'assurance-maladie. Parmi eux, on retrouve :

- les mutuelles, groupements de droit privé à but non lucratif, réglementées par le code de la mutualité ;
- les assurances, groupements de droit privé à but lucratif, réglementées par le code des assurances.

L'adhésion à ces complémentaires santé reste facultative mais vivement conseillée dans la mesure où elles prennent en charge notamment le ticket modérateur, ou encore le forfait hospitalier.

ACTIVITÉ 2 Les types de prestations sociales de l'assurance-maladie

2.1 À l'aide du document 2, relier les exemples de prestations au type de prestation qui convient.



Document 2 Les prestations sociales de l'assurance-maladie

L'assurance-maladie propose des prestations en espèces et en nature. Les prestations en espèces sont des versements visant à compenser la perte de revenus due à un arrêt de travail ou à un décès. Les prestations en nature représentent le remboursement total ou partiel de soins ou de médicaments.

ACTIVITÉ 3 Étude de cas

M. et Mme Maurice forment un couple marié. Ils ont deux enfants, Lise âgée de 6 ans et Virgile âgé de 8 ans.
M. Maurice exerce une activité salariée, déclarée, à temps complet depuis plus de 12 ans. Il est affilié à l'assurance-maladie. Il perçoit 2 000 € de salaire mensuel.
Son épouse est femme au foyer depuis la naissance de leurs deux enfants. Le couple est de nationalité française. Ils attendent leur troisième enfant pour le mois de décembre. La mère de M. Maurice est en fin de vie.



3.1 À l'aide du site internet de l'assurance-maladie (ameli.fr), compléter le tableau suivant.

3.2 Souligner dans le tableau les prestations accordées par l'assurance-maladie.

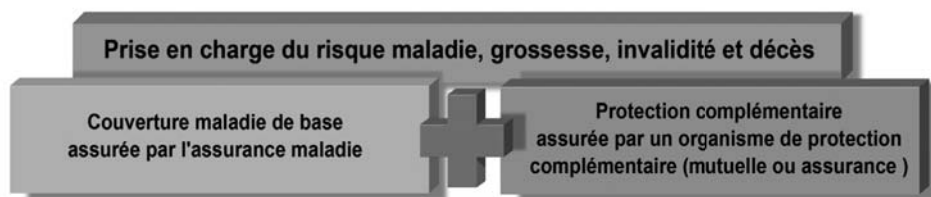
Affirmation	Oui	Non	Justification
M. Maurice est un assuré social.	Oui		Il est salarié à temps complet depuis 12 ans et est affilié à la Sécurité sociale.
M. Maurice peut prétendre au <u>remboursement de ses soins de maladie</u> (remboursement de médicaments, de consultations médicales...).	Oui		Il peut bénéficier de cette prestation car il est assuré social.
M. Maurice a le droit de percevoir <u>des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail</u> de moins de 6 mois.	Oui		Il peut bénéficier de cette prestation car il est assuré social.
Mme Maurice peut bénéficier de la couverture sociale de son mari en tant qu'ayant droit.	Oui		Elle est l'épouse légitime de l'assuré social. De plus, elle n'exerce pas d'activité salariée et ne bénéficie pas elle-même d'un régime obligatoire de Sécurité sociale à un autre titre.
Les enfants de M. Maurice seront ayants droit de leur père.	Oui		Les enfants ont moins de 16 ans et leur père est assuré social.
Mme Maurice a le droit de percevoir <u>des indemnités journalières</u> au titre du congé de maternité.		Non	Les ayants droit ne peuvent bénéficier du congé maternité. Il est réservé aux assurés sociaux.
Mme Maurice a le droit de bénéficier du <u>congé parental d'éducation</u> .		Non	Ce congé est réservé aux assurés sociaux ayant au minimum un enfant âgé de moins de 3 ans.
Mme Maurice peut bénéficier de <u>la CMU de base</u> .		Non	Elle est déjà couverte par un régime de Sécurité sociale au titre d'ayant droit.
M. et Mme Maurice peuvent bénéficier de <u>la CMU complémentaire</u> .		Non	Leurs revenus dépassent le plafond de ressources.
M. et Mme Maurice ne peuvent bénéficier de <u>l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé</u> .		Non	Leurs revenus dépassent le plafond de ressources.
Mme Maurice peut bénéficier de <u>l'aide médicale d'État</u> .		Non	Elle est couverte par un régime de Sécurité sociale au titre d'ayant droit. De plus, l'AME est réservée aux ressortissants en situation irrégulière sur le territoire français.
M. Maurice peut bénéficier de <u>la pension d'invalidité</u> s'il souhaite cesser de travailler pour s'occuper de sa mère en fin de vie.		Non	Cette prestation est réservée aux personnes victimes d'une maladie ou d'un accident d'origine non professionnelle dont la capacité de travail ou de revenus est réduite d'au moins deux tiers.
M. Maurice peut bénéficier d' <u>un congé de solidarité familiale</u> pour assister sa mère en fin de vie.	Oui		Il est assuré social.
M. Maurice percevra <u>un capital décès</u> au moment du décès de sa mère.		Non	M. Maurice n'est ni le conjoint survivant ni l'ayant droit de sa mère.



Le système de protection sociale en matière de santé

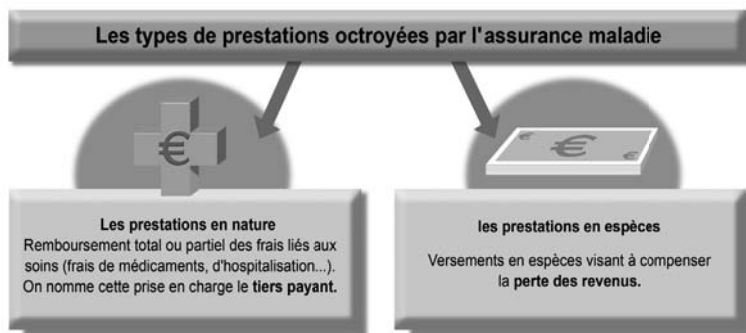
1 Le système de protection sociale français en matière de santé

Comme tout risque social, la maladie, la grossesse, l'invalidité ou encore le décès génèrent des frais liés au suivi et aux traitements médicaux, et/ou une perte potentielle de revenus. C'est pourquoi, le système de protection sociale français dispose de plusieurs organismes.



L'assurance-maladie protège les individus des conséquences financières des risques maladie, maternité, invalidité et décès. C'est une protection sociale obligatoire. Pour bénéficier de l'assurance-maladie, il faut avoir l'un des deux statuts suivants :

- **Le statut d'assuré social** : personne affiliée à la Sécurité sociale et justifiant d'une durée suffisante d'activité.
- **Le statut d'ayant droit** : personne bénéficiant de la protection sociale d'un membre de sa famille, assuré social. Ce statut est attribué au conjoint, au concubin, au partenaire lié par un PACS, aux enfants, aux ascendants, aux descendants, alliés et collatéraux ou cohabitant à charge, si ces derniers ne sont pas assurés sociaux.



Les organismes de protection complémentaire

Parmi les organismes de protection complémentaire, on retrouve les **mutuelles**, groupements de droit privé à but non lucratif, et les **assurances**, groupements de droit privé à but lucratif.

L'adhésion à une complémentaire santé reste facultative mais elle est vivement conseillée car elle complète la couverture de base de l'assurance-maladie. Elle prend donc en charge :

- le **ticket modérateur** qui est la partie des dépenses de santé restant à la charge de l'assuré social, après le remboursement de l'assurance-maladie ;
- le **forfait hospitalier** qui est la part restant à l'assuré social, après remboursement des frais d'hospitalisation, par l'assurance-maladie.

2 Les prestations de l'assurance-maladie

La couverture maladie universelle (CMU)

La **CMU** de base garantit le remboursement des soins de santé aux personnes qui ne sont pas bénéficiaires d'un régime d'assurance-maladie soit au titre d'assuré social, soit au titre d'ayant droit. Elle ouvre droit aux prestations en nature de l'assurance-maladie.

La CMU de base est attribuée sous condition de ressources et de résidence. Il faut, en effet, résider en France de façon stable et régulière depuis plus de 3 mois pour en bénéficier.

La CMU complémentaire (CMUC) vient, comme une mutuelle ou une assurance, compléter la prise en charge de la CMU de base. Elle est également attribuée sous condition de ressources et de résidence.



L'aide médicale d'État (AME)

L'**AME** permet aux personnes en situation irrégulière au regard de la réglementation française et résidant en France depuis plus de 3 mois de bénéficier d'une prise en charge à 100 % dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale, des soins médicaux et hospitaliers liés à une maladie ou à une grossesse. L'AME est attribuée sous condition de ressources et de résidence.

Le détail des principales prestations de l'assurance-maladie

Prestation octroyée	Présentation	Bénéficiaire
Le versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt maladie	Prestation en espèces visant à compenser la perte de salaire en cas d'incapacité temporaire de travail.	L'assuré social
Le remboursement des frais médicaux (tiers-payant)	Prestation en nature visant à compenser les dépenses liées à l'achat de produits médicaux et à la réalisation de soins.	L'assuré social, ses ayants droit et les bénéficiaires de la CMU et de l'AME
La pension d'invalidité	Prestation en espèces visant à compenser une perte de salaire qui résulte de la réduction de la capacité de travail d'origine non professionnelle.	L'assuré social
Le congé maternité	Prestation en espèces visant à compenser la perte de salaire en cas d'incapacité temporaire de travail liée à une maternité.	L'assuré social
Le congé paternité	Prestation en espèces visant à permettre au père d'un nouveau-né de rester auprès de sa famille pendant une durée de onze jours.	L'assuré social
Le congé parental d'éducation	Prestation en espèces accordée à l'occasion de la naissance de son enfant ou de l'adoption d'un enfant de moins de 16 ans.	L'assuré social
Le congé de solidarité familiale	Prestation en espèces accordée pour assister un proche souffrant d'une pathologie mettant en jeu son pronostic vital ou étant en phase avancée d'une affection grave et incurable.	L'assuré social
Le capital décès	Prestation en espèces versée en cas du décès d'un assuré social à son ou à ses ayants droit afin de compenser l'impact financier du décès.	L'ayant droit de l'assuré social décédé

Les aspects biologiques, psychologiques et culturels de la mort

Objectifs

1. Donner une définition biologique de la mort.
2. Présenter l'approche de la mort dans différentes cultures.
3. Présenter les réactions possibles de l'entourage face à la mort et décrire les différentes étapes du deuil.

ACTIVITÉ 1 La mort biologique individuelle

1.1 À l'aide du document 1, définir la mort biologique.

La mort biologique est l'arrêt complet et irréversible des fonctions essentielles interrompues du fait de l'altération des organes vitaux : cerveau, cœur, poumon.

Document 1 Comment définir la mort biologique ?

La mort biologique, ou disparition de l'individu vivant, consiste dans l'arrêt complet, définitif, c'est-à-dire irréversible, des fonctions vitales, notamment au niveau du triangle cerveau-cœur-poumon.

Si le cœur s'interrompt, le cerveau ne fonctionne plus du fait du manque d'oxygène. Sans la direction du tronc cérébral, la respiration est suspendue. L'arrêt respiratoire initial entraîne également l'inactivité du cerveau.

Louis Vincent Thomas, *La Mort*.

ACTIVITÉ 2 La ritualisation autour de la mort dans différentes cultures

2.1 Souligner, dans le document 2, quatre éléments du rite animiste qui diffèrent des rites des pays européens.

Document 2 L'attitude de l'entourage

Dans la culture traditionnelle africaine, la mort jalonne les différentes étapes de la vie. Chaque initiation est en effet une mort (on quitte l'étape précédente) suivie d'une naissance (on entre dans une nouvelle étape).

Pour l'animiste, la mort est triste mais n'est pas une fin en soi ; elle est un commencement, un voyage vers le monde des Ancêtres, d'où le mort continuera de veiller sur ses descendants et de les protéger :

« La personne a accompli sa mission ici-bas ; elle rejoint donc le monde des Ancêtres d'où elle est venue. »

« Chaque fois que quelqu'un meurt, cette personne renaît dans le monde des Ancêtres. Et toute naissance ici-bas est une mort dans le monde des Ancêtres. »

Il est très important que la famille, les proches du mourant soient présents, disponibles, pour recevoir les derniers enseignements du mourant. Ces transmissions de savoirs se font parfois oralement, mais plus souvent sans parole, par codes, interprétés dans les silences, les regards, les respirations...

En effet, celui qui part devient supérieur, et son entourage lui mani-

feste son respect par son silence. Les messages sont alors reçus par le corps, par l'être tout entier, et déchiffrés à l'aide d'enseignements traditionnels.

« Moments tragiques pendant lesquels la parole cède la place aux codes. On écoute dans le silence, on écoute avec son corps, avec tout son être, tout se dit sans discours. Ces codes qui font l'objet d'enseignements traditionnels servent de moyen de communication entre celui qui part et ceux qui restent. La parole n'étant à ce moment-là que bruit qui nuit aux messages des codes... et peut dévoiler l'immaturité des successeurs. »

Les proches doivent lui assurer qu'il peut partir en paix, le rassurer de la bonne continuité des œuvres entreprises qui ne seront pas gâchées.

Il est important que le mourant ne soit pas révolté au moment de son départ. Il entreprend un voyage vers l'au-delà. Pour y être bien accueilli, il faut qu'il parte avec un bon souvenir du monde visible. Ainsi, il pourra continuer à aider les siens ; il sera un ancêtre favorable.

La famille reste auprès du mort, afin que soient dits les récits, faits les sacrifices.

G. Malandrino, *Les Rites autour de la mort*.

2.2 À l'aide du document 3, comparer l'importance des rites funéraires entre hier et aujourd'hui. Quelles conséquences en déduisez-vous ?

Si le **xix^e siècle** recommande fortement le noir alors que, jusque-là, les couleurs variaient selon les régions, le **xx^e siècle** s'inscrit dans un changement profond des rites funéraires passant des obsèques religieuses pour un grand nombre à l'enterrement laïque et à l'incinération sans rituel. Les obsèques religieuses aujourd'hui en France sont en diminution et concernent l'ensemble des religions du pays. Hier, la collectivité accompagnait le défunt et sa famille, elle montrait, dans un rite funéraire riche, l'endeuillé et ses émotions. Aujourd'hui, le rite actuel semble plus intériorisé, moins apparent.

Document 3 Entre hier et aujourd'hui : les rites funéraires

L'importance des rites funéraires en France est évidente, la prise en charge religieuse de la part des obsèques est cependant en diminution. La très légère augmentation du taux des enterrements laïques, mais principalement les incinérations sans rituel, sont sans doute à l'origine de ce changement. La population française s'inscrit dans quatre grandes religions majoritaires, et il n'est pas certain que la diminution des obsèques religieuses concerne uniquement les catholiques. Cependant, si l'on regarde un siècle en arrière, on constate l'extraordinaire richesse des rites locaux et régionaux en France. Prenons simplement les coutumes vestimentaires. [...] Que conseille le magasin spécialisé de l'époque ? Voici les préceptes du magasin tels qu'ils figuraient sur une carte lettre entre 1875 et 1880 :

« Le deuil est un culte ; l'exactitude un devoir.

Les grands deuils se partagent en trois temps : la laine noire, la laine et soie ou soie noire, et le petit deuil en fantaisie grisaille, violet, lilas, gris perle, et blanc et noir, etc.

L'usage exige que les pères et mères portent le deuil de leurs enfants. [...]

Dans les deuils ordinaires, les dames peuvent porter les diamants.

Le deuil des domestiques est obligatoire.



M.-F. Bacqué, *Les Nouveaux Rites funéraires*.

2.3 Relever, dans le document 4, les éléments qui modifient en profondeur les rites entourant la mort.

La vie urbaine, par son rythme orienté vers la production de biens et de services, modifie le rapport au temps consacré au mort ; elle laisse peu de place au rite funéraire.

Document 4 Le rythme de la vie citadine

Nous savons que le thème de la ritualisation autour de la mort s'étiole sous le rouleau compresseur des exigences de la vie urbaine. Car la ville correspond à un type de civilisation qui ne ménage pas plus de place aux morts que le temps pour s'occuper d'eux. Le rythme de la vie citadine contraint à des horaires qui obéissent aux impératifs de la production ou de la gestion des biens et des services des vivants.

L.-V. Thomas, *Rites de la mort pour la paix des vivants*.

ACTIVITÉ 3 Les étapes du mourir

3.1 À l'aide du document 5, lister les différentes étapes établies par le médecin Kübler-Ross.

La dénégation, la colère, le marchandage, la dépression, l'acceptation.

Document 5 Se préparer à mourir

C'est par son livre *Les Derniers Instants de la vie* qu'Elisabeth Kübler-Ross se fait connaître. Elle décrit cinq étapes du mourir. La dénégation : c'est le refus, le déni de la maladie, le refus est accompagné d'un repli sur soi empêchant le malade d'être accablé. La colère : le malade se pose la question du pourquoi moi ? C'est le temps où les anciennes frustrations jamais guéries refont surface. À ce stade, il est fréquent que l'agressivité se traduise envers le personnel soignant, les proches. Le marchandage : le malade accepte sa maladie mais demande un sursis pour accomplir telle fête de famille. La dépression : le malade réalise vraiment la gravité de son état. L'acceptation, c'est la phase d'apaisement, le moment où le patient se met en ordre avec lui-même et ses proches. Les phases s'entrecroisent, elles constituent un canevas qui permet de suivre le cheminement psychologique du patient.

D'après E. Kübler-Ross.

La mort subite du nourrisson

Objectifs

1. Définir la mort subite du nourrisson.
2. Indiquer les facteurs favorisants et les moyens de prévention.

ACTIVITÉ 1 La mort subite du nourrisson

1.1 À l'aide du document 1, définir les notions de mort subite du nourrisson (MSN) et de mort inattendue du nourrisson (MIN).

- La mort inattendue du nourrisson est un concept large défini en 2000 par Flemming. Il décrit tout décès survenu brutalement chez un nourrisson que rien, dans ses antécédents, ne laissait prévoir.

- En 2003, Beckwith définit la mort subite du nourrisson comme étant la mort d'un enfant de moins d'un an, et normalement au-delà de la période périnatale, qui reste inexpliquée après une investigation approfondie comportant une autopsie complète, l'analyse des circonstances de la mort et de l'histoire clinique antérieure.

Document 1 L'évolution du concept de « mort du nourrisson »

Dès le XIX^e siècle, les médecins légistes se sont intéressés à la mort subite du nourrisson ([MSN] du fait de sa fréquence et de ses caractères stéréotypés. En 2003, Beckwith la définissait comme « la mort [...] d'un enfant de moins d'un an, et normalement au-delà de la période périnatale, restant inexpliquée par une investigation approfondie comportant une autopsie complète, l'analyse des circonstances de la mort et de l'histoire clinique antérieure ». En 2000, le concept plus large de mort inattendue du nourrisson (MIN) a été défini par Flemming comme « tout décès survenu brutalement chez un nourrisson que rien dans ses antécédents ne laissait prévoir ». En 2005, en France, le taux de décès par MIN était de 31,9/100 000 naissances vivantes (troisième cause de mortalité infantile).

C. Saint-Stéban, *Pédiatrie au quotidien*, 2010.



ACTIVITÉ 2 Les facteurs de risque de la mort inattendue du nourrisson

2.1 À l'aide du document 2, relever les facteurs de risque qui favorisent la mort inattendue du nourrisson.

- Le rôle néfaste du couchage sur le ventre.
- Les accidents de literie ou le mécanisme d'étouffement.

2.2 Énoncer les conséquences de la position ventrale.

L'augmentation du sommeil profond et du seuil d'éveil, la diminution de la capacité de stimulation.

La plus grande difficulté de surveiller un enfant qui dort sur le ventre que sur le dos.

Document 2 Les facteurs favorisant la mort du nourrisson

La sensibilisation progressive de la communauté médicale au rôle néfaste du couchage sur le ventre puis les campagnes nationales en faveur du coucher sur le dos des nourrissons ont entraîné, comme dans les autres pays développés, une chute du taux des morts subites du nourrisson et de la mortalité post-natale. Depuis longtemps, on sait que certaines morts inattendues sont en fait des accidents de literie où le mécanisme d'étouffement est évident. Le rôle délétère* de la position ventrale est désormais mieux compris et plusieurs hypothèses peuvent l'expliquer : augmentation du sommeil profond et du seuil d'éveil, diminution de la capacité de stimulation. De plus, il est moins aisé de surveiller un enfant dormant sur le ventre que sur le dos.

C. Saint-Stéban, *Pédiatrie au quotidien*, 2010.

* Délétère : qui attaque, détruit la santé, qui met la vie en danger.

2.3 À l'aide du document 3, présenter les éléments diffusés par les campagnes de prévention contre la mort inattendue du nourrisson (MIN).

Les campagnes de prévention mettent l'accent sur l'environnement et la sécurité du sommeil, le couchage de l'enfant sur le dos, la réduction du tabagisme et la sensibilisation à l'allaitement maternel ; autant de recommandations pour lutter contre les MIN.

Document 3 Pour la prévention des MIN

[...] Un grand nombre des MIN observées dans notre enquête aurait pu être évité par un environnement de sommeil plus sûr. Les campagnes menées dans le monde ont montré leur efficacité, essentiellement sur le couchage sur le dos, peu ou pas sur la réduction du tabagisme pendant la grossesse ou l'augmentation de l'allaitement maternel [...]. Des recommandations officielles sur le couchage des enfants devraient figurer sur le site du ministère chargé de la Santé et/ou de la HAS, accessibles sur Internet, comme c'est le cas aux États-Unis, au Canada, au Royaume-Uni. Ce serait un bon moyen pour lutter contre l'utilisation des objets de puériculture qui présentent un danger.

Enquête nationale 2007-2009, Institut de veille sanitaire (INVS).

ACTIVITÉ 3 La sécurité avant tout

3.1 À l'aide du document 4, citer les objets de puériculture sur lesquels l'attention des adultes doit se porter. Les professionnels de santé et de la puériculture recommandent, pour la sécurité de l'enfant de 0 à 6 mois, un lit adapté, sans couverture ni couette, ni oreiller, ni objet mou, et sans peluche.

3.2 Analyser et décrire l'image du nourrisson dans son lit. Le nourrisson est couché en sécurité, en position dorsale, sans objet mou ni peluche.

3.3 Mentionner les explications fournies sur le couchage du nourrisson. Le nourrisson est couché dans un lit adapté à son âge, sur un matelas ferme, sans couette.

Document 4 Recommandations relatives au couchage de l'enfant

Les professionnels de santé, de la petite enfance et de la puériculture se renouvellent, ainsi que les générations de parents, et il serait utile de réitérer régulièrement les campagnes de prévention. Celles-ci devraient insister sur la sécurité que représente, jusqu'à l'âge de 6 mois, le couchage sur le dos, peu couvert, dans un lit adapté (notamment le matelas), seul, dans la chambre des parents pas trop chauffée, sans couverture ni couette, ni oreiller, ni objet mou dans le lit, pour tous les sommeils et dès la naissance. Les messages du carnet de santé pourraient être actualisés. En particulier, n'y figurent pas actuellement de recommandations concernant le partage du lit [...], le sommeil dans un lit d'adulte, un canapé ou un fauteuil, les peluches ou tout autre objet mou, les matelas de taille insuffisante par rapport au lit (ou surajouté) et, enfin, le fait que cela concerne tous les sommeils, de la naissance à 6 mois.

Enquête nationale 2007-2009, INVS.



La personne mourante : accompagnement et problèmes éthiques

Objectifs

1. Énoncer et justifier les droits de la personne en fin de vie.
2. Définir acharnement thérapeutique, euthanasie et suicide assisté, en les situant par rapport à la législation.

ACTIVITÉ 1 Les droits de la personne en fin de vie

1.1 À l'aide du document 1, énoncer et justifier les droits de la personne en fin de vie depuis la loi du 22 avril 2005.

- Loi du 22 avril 2005 : le patient en fin de vie a le droit de se voir dispenser des traitements antidouleurs, même s'il en résulte une mort plus rapide.
- Toute personne en phase terminale peut décider de limiter ou d'arrêter les traitements.
- L'arrêt ou la limitation du traitement ne peuvent être décidés que dans le cadre d'une procédure collégiale et après consultation d'un proche ou d'une "personne de confiance" préalablement désignée par le malade.
- Les directives anticipées formulées par le malade doivent être prises en compte.
- En votant la loi du 22 avril 2005 « Droits des malades et fin de vie », les parlementaires ont exclu toute dépénalisation de l'euthanasie mais ont consacré un "un droit au laisser mourir". Cette loi renforce le droit d'une personne de demander qu'on arrête un traitement qui la maintient en vie, alors qu'elle souhaite mourir.

Document 1 La loi du 22 avril 2005 : « Droits des malades et fin de vie »

Sans légaliser l'euthanasie, la loi du 22 avril 2005 indique que les traitements ne doivent pas être poursuivis par une « obstination déraisonnable* » et fait l'obligation de dispenser des soins palliatifs. Des traitements antidouleurs efficaces peuvent être administrés en fin de vie, même s'il en résulte une mort plus rapide. Toute personne en phase terminale peut décider de limiter ou d'arrêter les traitements.

Si le malade est inconscient, l'arrêt ou la limitation du traitement ne peuvent être décidés que dans le cadre d'une procédure collégiale et après consultation d'un proche ou d'une « personne de confiance » préalablement désignée par le malade. Le statut de la personne de confiance est renforcé et son avis prévaut sur tout autre avis non médical.

Il doit également être tenu compte des directives anticipées formulées par le malade (à condition qu'elles aient été formulées moins de 3 ans avant la perte de conscience).

vie-publique.fr

* Anciennement nommée « acharnement thérapeutique »

ACTIVITÉ 2 Les limitations et arrêts du traitement

2.1 À l'aide du document 2, définir l'acharnement thérapeutique.

L'acharnement thérapeutique ou l'obstination déraisonnable consiste, dans le cadre de la fin de vie, à ne pas envisager la limitation ou l'arrêt de certains traitements.

Document 2 L'acharnement thérapeutique

Le texte de loi se veut un savant équilibre entre le refus de l'acharnement thérapeutique* et le refus de l'euthanasie. La loi Leonetti affirme le droit pour chaque patient de ne pas subir d'obstination déraisonnable et le devoir pour les professionnels de santé de ne pas en faire subir à leurs patients. Éviter une situation d'obstination déraisonnable revient, dans la plupart des cas, à envisager une limitation ou un arrêt de certains traitements. Lorsqu'une limitation ou un arrêt de traitement est envisagé, il convient, pour se situer dans le cadre de la loi d'avril 2005, de répondre à deux questions : le patient est-il en état d'exprimer sa volonté ? Le patient est-il dans une phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, ou en situation de maintien artificiel de la vie grâce à un traitement dont l'arrêt risquerait d'y mettre un terme ?

Fiche thématique du CISP, n° 21, « Droit des malades et de la fin de vie », 2011.

* L'acharnement thérapeutique ou l'obstination déraisonnable consiste, dans le cadre de la fin de vie, au maintien artificiel en vie d'une personne dont l'état physiologique est particulièrement dégradé et pour laquelle aucun espoir d'amélioration n'est envisagé.

ACTIVITÉ 3 Les soins palliatifs

3.1 À l'aide des documents 3 et 4, définir la notion de soins palliatifs.

Les soins palliatifs sont des soins non de guérison, mais de confort prodigués aux patients atteints de maladie grave ou mortelle. Sans agir sur la cause, ils sont associés aux autres traitements et visent à soulager la souffrance physique, sociale ou spirituelle tant du malade que de ses proches.

Document 3 Décembre 2008 : un tournant pour la culture palliative

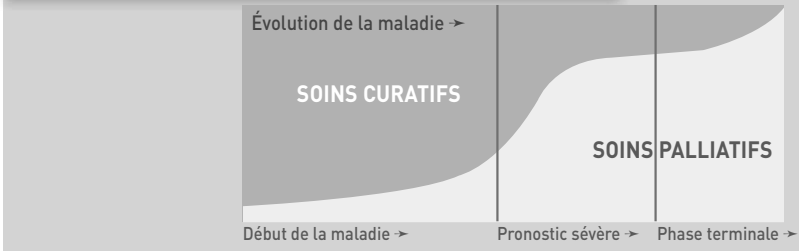
C'est suite à une affaire largement médiatisée, l'« affaire Chantal Sébire¹ », qu'une mission parlementaire a été confiée en mars 2008 au député Leonetti par le Premier ministre. Cette mission avait pour but de mesurer la méconnaissance des textes et de proposer d'y remédier, ainsi qu'éventuellement de pallier les insuffisances de la législation. Elle a montré que la loi était en effet très mal connue et, par conséquent, peu ou mal appliquée. Jean Leonetti a remis son rapport en décembre 2008, en mettant l'accent sur l'importance de développer la culture palliative et de faire connaître la loi sans estimer nécessaire de la faire évoluer. Il est important de permettre une large diffusion

des recommandations de bonnes pratiques auprès des professionnels de santé afin que la loi ne soit pas mal appliquée. Le risque, en effet, serait que des praticiens ne retiennent que la possibilité de limiter ou d'arrêter les traitements en oubliant les procédures à respecter et le nécessaire accompagnement de ces décisions par des soins de confort prodigués au patient.

Fiche thématique du CISS, n° 21, « Droit des malades et de la fin de vie », 2011.

¹ Chantal Sébire, atteinte d'une tumeur très rare des sinus et de la cloison nasale, demandait une aide active à mourir. Elle a mené une action en justice dans ce sens qui n'a pas abouti. Elle est finalement décédée chez elle après avoir absorbé une dose mortelle de barbiturique.

Document 4 L'évolution des soins tout au long de la maladie



3.2 À l'aide du document 5, énoncer les objectifs des services de soins palliatifs et leurs rôles auprès de la personne en fin de vie.

Les soins palliatifs cherchent à donner à la personne malade, dans le respect de ses droits, une place centrale dans les décisions qui la concernent. La démarche des soins palliatifs qui ne concerne pas que la fin de vie, tend à préserver la qualité de vie des patients et leur famille.

Document 5 Les soins palliatifs

L'objectif des soins palliatifs n'est pas de guérir, mais de préserver la qualité de vie des patients et leur famille face aux symptômes et aux conséquences d'une maladie grave et potentiellement mortelle. La définition du terme « palliatif » donné par *Le Petit Robert* précise : « qui atténue les symptômes d'une maladie sans agir sur sa cause ». Il s'agit de soulager les douleurs physiques ainsi que tous les autres symptômes sources de souffrance ou d'inconfort tels que les vomissements, les essoufflements, la confusion mentale, etc., mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale ou spirituelle du malade et de ses proches.

Les soins palliatifs ne concernent pas seulement les derniers jours de la vie. On peut y recourir tôt dans la maladie, pour aider à mieux la vivre et anticiper les difficultés qui pourraient survenir. Ils sont donc associés aux autres traitements, comme la chimiothérapie, la dialyse, etc. Les soins palliatifs cherchent à donner à la personne malade, dans le respect de ses droits, une place centrale dans les décisions qui la concernent. Ils accordent également une attention toute particulière à la famille et aux proches. La démarche des soins palliatifs vise ainsi à sauvegarder la dignité de la personne et à éviter les traitements et examens médicaux déraisonnables. Ces soins peuvent se mettre en place à domicile, en institution ou à l'hôpital, quels que soient l'âge de la personne et la maladie concernée.

4.1 Relever, dans le document 6, les avancées éthiques qui s'imposent au corps médical par la loi Leonetti.

- Devoir de soulager le patient même si cela doit altérer son état.
- Permettre au patient de retrouver sa dignité.

Document 6

Le temps de l'accompagnement

Selon C. Tournigand, praticien hospitalier en oncologie à Saint-Antoine à Paris, la majorité des praticiens hospitaliers estiment que la loi Leonetti leur permet d'accompagner dignement leurs patients jusqu'à la mort.

La loi n'a pas transformé nos pratiques mais les a clarifiées. Elle a fait avancer les choses sur le devoir de soulager le patient, même si cela doit altérer son état, remarque Christophe Tournigand. On utilise beaucoup plus simplement l'Hypnovel, un anxiolytique de la classe des benzodiazépines, pour apaiser les situations très douloureuses, ce qui aboutit à les plonger dans le coma.

Quant aux demandes claires d'euthanasie active, les hospitaliers affirment n'y être quasiment jamais confrontés. Des patients qui disent : *J'en ai marre, je voudrais que ça se termine docteur*, c'est plus fréquent. Mais il ne faut pas aller trop vite. Cette phrase ne signifie pas forcément qu'ils veulent en finir, met en garde le Dr Tournigand. À l'Institut de cancérologie Gustave-Roussy, à Villejuif (Val-de-Marne), une équipe de psycho-oncologues forme les infirmières et les médecins à interpréter ces demandes qui sont rarement des demandes d'euthanasie, assure Sarah Dauchy, psycho-oncologue. « Il faut chercher à savoir si cette demande vient du patient, et non de la famille ou des soignants qui n'en peuvent plus, détaille-t-elle. Est-ce que le patient n'est pas confus, comme c'est souvent le cas en fin de vie ? La demande n'est-elle pas liée à une souffrance physique ou à une angoisse que l'on peut calmer ? Il ne s'agit pas de juger, mais il faut permettre au patient de retrouver

sa dignité et avoir le même raisonnement qu'avec un jeune. Pourquoi lorsqu'un adolescent formule cela, on parle d'idée suicidaire et, dans le cas d'un vieux, c'est une demande d'euthanasie ?

Une des difficultés du débat provient de l'absence de données épidémiologiques fiables. Pour essayer d'y voir plus clair, l'Observatoire de la fin de vie devrait prochainement publier une étude sur la réalité des pratiques euthanasiques et des prises en charge en fin de vie menée avec l'Institut national d'études démographiques.

Enlaine CAZI, Le Monde, 8 sept. 2011.



4.2 Relever, dans le document 7, l'attitude de la personne de confiance.

La personne de confiance : après avoir pris conscience des conditions extrêmes de sa fille, la mère a pu, en dehors de toute douleur, accepter les propositions médicales et accompagner sa fille. La confiance réciproque a permis à la jeune femme de partir dans la dignité.

Document 7

Le rôle de la personne de confiance

La patiente avait une trentaine d'années, je la suivais pour une tumeur au petit bassin. Elle avait été traitée en chimiothérapie, à plusieurs reprises, avec succès, mais la maladie a fini par envahir les vaisseaux. On a décidé de ne pas relancer de chimiothérapie. Elle a été admise en soins palliatifs. La morphine la soulageait bien, jusqu'au jour où elle a fait une chute qui a déplacé la tumeur. C'était des crises de douleur extrême. « Achevez-moi », disait-elle. La morphine, même

à forte dose, n'y faisait rien. La douleur était telle qu'il ne restait plus que l'Hypnovel. Le temps de la ramasser, on a appelé sa mère pour lui expliquer ce qu'on allait proposer. Elle a bien compris, elle ne voulait pas voir souffrir sa fille. L'Hypnovel posé, l'état de conscience de la jeune femme a diminué, mais elle n'avait plus mal. Sa mère était à ses côtés, elle l'a accompagnée. Sa fille est morte deux jours plus tard.

Le Monde, 8 sept. 2011.

ACTIVITÉ 5 Le suicide assisté

5.1 Pourquoi et comment la tentation du suicide assisté apparaît-elle dans le document 8 ?

À une époque où les dépenses de santé sont envisagées avec restriction, les personnes fragiles et âgées peuvent être perçues comme une charge pour la société. Les proches, dans ce contexte, pourraient être tentés d'avoir recours à l'incitation au suicide assisté comme il se pratique en Suisse.

5.2 Expliquer pourquoi le législateur s'oppose au suicide assisté ?

En France, le législateur a rejeté la légalisation du suicide assisté parce que le malade ferait appel à une tierce personne pour qu'elle lui fournisse les moyens et la guide dans son geste définitif. Participant à cet acte, il endosserait une responsabilité certaine.

Document 8 Protéger et entourer les plus faibles plutôt que faciliter leur disparition

Une proposition de loi légalisant l'euthanasie a été rejetée par le Sénat, le 25 janvier. Dans sa dimension individuelle, cette proposition de loi se fonde sur la revendication d'une liberté inaliénable de pouvoir librement choisir sa mort. Mais cela soulève immédiatement un problème : si le suicide est une liberté, le suicide assisté suppose de *facto* le recours à un tiers, légalement commis.

Or, à ce moment ultime de la fin de vie, la liberté de choisir n'est plus celle de la vie habituelle. Elle reflète plutôt l'aspiration à ne pas être abandonné à une médecine indifférente ou activiste. Elle traduit le désir d'être accompagné dans sa faiblesse et sa désespérance. Vouloir mourir avec le plus de sérénité possible sans devenir un corps souffrant au-delà du possible, qui peut s'y opposer ? Toutefois, l'approche de la mort bouleverse les anticipations. L'ultime souhait est le plus souvent de vivre, même si l'on y était *in abstracto* hostile.

Une directive anticipée peut être ressentie comme une épée de Damoclès, le dernier moment venu. Au pied de la détresse, un désir de

« vivre malgré tout » peut survenir, quels que soient notre âge et notre état. Va-t-on opposer à ce sursaut humain la « dignité de vouloir en finir » ? Autoriser le suicide assisté ne serait pas non plus sans conséquence sur notre organisation sociale. Le vieillissement de la population, la nécessité de répondre à la dépendance des personnes âgées, sont devenus des réalités qui exigent la mise en œuvre de politiques sociales fondées sur la solidarité.

Or, faire le choix du suicide assisté, c'est s'engager dans une voie dont les plus fragiles, les plus âgés risquent immanquablement d'être les victimes. Si la personne en fin de vie juge qu'elle constitue une charge pour la collectivité et pour ses proches, ceux-ci ne seront-ils pas tentés de l'inciter au suicide assisté ? Ce risque de dérive d'une euthanasie devenue variable d'ajustement des dépenses de santé n'est pas une vue de l'esprit.

P. Mazeaud (Conseil national d'éthique), *Le Monde*, 28 janv. 2011.



ACTIVITÉ 6 L'euthanasie

6.1 Expliquer la différence entre le suicide assisté et l'euthanasie.

Si les deux actes sont contraires à la loi française, l'euthanasie est un acte accompli par une personne autre que le malade qui vise à mettre fin volontairement à la vie du malade. Tandis que le suicide assisté est un acte par lequel le malade est l'acteur de son geste décisif ; il peut être assisté d'une personne ou d'un médecin.

Document 9 Le non-respect de la loi

Soupçonné d'un neuvième cas d'euthanasie, le Dr Bonnemaïson a été suspendu.

L'enquête de l'lgas, rendue publique le vendredi 18 novembre, a mis au jour un neuvième cas suspect dans l'« affaire Bonnemaïson », du nom de l'urgentiste de Bayonne soupçonné d'avoir abrégé la vie de plusieurs patients âgés.

Au vu de ces conclusions, le ministère de la Santé a prononcé la suspension immédiate du médecin.

La Croix, 18 nov. 2011.



Les différents aspects de la mort et la mort subite du nourrisson

1 Aspects biologiques, psychologiques et culturels de la mort.

1.1 Définition biologique et individuelle de la mort

La mort biologique, c'est l'arrêt irréversible des fonctions essentielles du fait de l'altération des organes vitaux. Si le cœur s'interrompt, le cerveau ne fonctionne plus du fait de la carence en oxygène. Sans la direction du tronc cérébral, la respiration est suspendue. L'arrêt respiratoire initial entraîne également l'inactivité du cerveau. Quand celui-ci est défaillant, on assiste à la cessation quasi immédiate de la respiration.

Dans les cinquante premières années du ^{xx}e siècle, les rites de mort pratiqués dans le monde rural s'accompagnent de pratiques et de croyances variant d'une région à l'autre. Mais son déroulement résulte de l'église catholique et des constructions populaires (Doyon, rites de mort dans la Beauce).

Aujourd'hui, **le rite de mort** se trouve profondément modifié par l'introduction de l'incinération. Malgré des grandes disparités dans le temps et dans l'espace, les conduites funéraires répondent à trois fonctions universelles. La fonction du rite de mort est d'assurer le devenir corporel et spirituel du défunt, la deuxième fonction consiste à prendre en charge les vivants et à leur procurer une forme d'apaisement, enfin la troisième fonction sert à redynamiser le lien social.

S. Chevalier, *La Mise en scène de la mort aujourd'hui*.

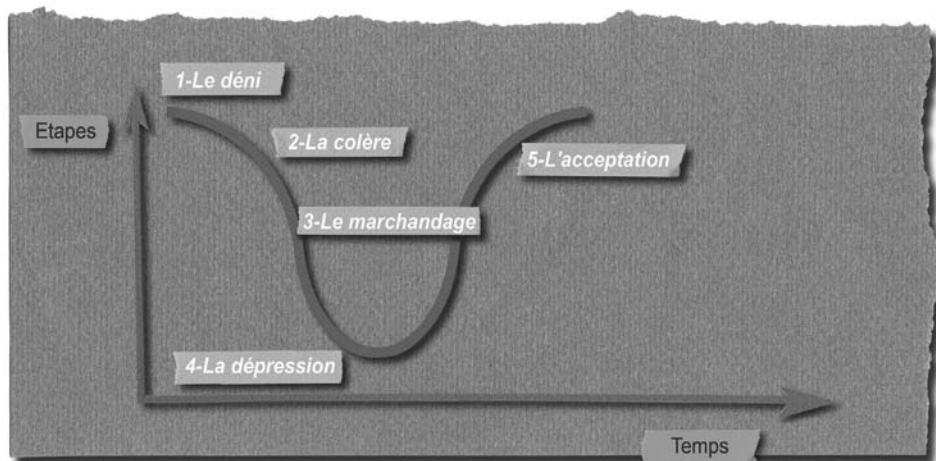
Aucune société n'accepte la mort, d'où le recours au rituel, car le rite est un mécanisme de défense et sa finalité profonde est de sécuriser et d'apaiser les angoisses. Aucune société n'abandonne ses morts sans précautions rituelles.

P. Baudry, *La Mise en scène de l'invisible*.

Le deuil est la perte d'un être cher, d'un animal aimé, d'un objet ou d'une situation fortement investie auquel on est attaché. Le deuil représente aussi le cheminement que connaît la personne exposée à cette perte jusqu'à ce qu'elle réapprenne à vivre en l'absence de l'être aimé.

Le deuil est un processus universel auquel chaque être humain se voit un jour ou l'autre confronté.

Elisabeth Kübler-Ross a décrit les cinq étapes du mourir, étapes qui s'appliquent à cette situation qu'est le deuil.



2 La mort du nourrisson

La **mort inattendue du nourrisson (MIN)** est un concept défini en 2000. Il décrit tout décès survenu brutalement chez le nourrisson que rien, dans ses antécédents, ne laissait prévoir.

En 2003, le concept de **mort subite du nourrisson (MSN)** définit la mort d'un enfant de moins d'un an, et normalement au-delà de la période périnatale, qui reste inexpiquée par des examens approfondis et une autopsie.



La faculté de médecine de Strasbourg a mis en évidence le rôle du **nerf vague**, qui régule normalement les battements du cœur. Une simple prise de sang permettrait de dépister tout dysfonctionnement d'autant que des médicaments existent.

Les chercheurs ont mis en évidence le rôle du **nerf vague**, qui régule les battements du cœur. En comparant des cœurs de bébés décédés de mort subite et ceux décédés de mort traumatique, ils ont observé, sur les premiers, une augmentation importante des récepteurs spécifiques à l'acétylcholine, la substance produite par le nerf vague qui assure la transmission de l'influx nerveux. En clair, la mort subite du nourrisson serait due au nerf vague qui ne remplit plus correctement sa mission de ralentir le rythme cardiaque. Une fois cette cause posée, le remède semble

tout simple : « l'originalité et l'intérêt majeur des travaux strasbourgeois réside dans la perspective d'un diagnostic précoce des risques encourus par le nouveau-né, grâce à l'examen d'un simple échantillon sanguin et d'un traitement préventif, puisque les médicaments existent », explique le professeur Pascal Bousquet, directeur du laboratoire de neurobiologie et pharmacologie cardiovasculaire. Une simple prise de sang et des médicaments suffiraient donc à éviter 400 décès par an... La mort subite touche un bébé sur 2 000, en moyenne, en France.

3 Les causes favorisant la mort du nourrisson

Un quart des décès expliqués sont liés à un problème de couchage. Parmi les 72 décès expliqués, un quart (n=18) était dû à une **asphyxie liée au couchage et/ou à la literie**, et aurait donc pu être évité : enfants coincés entre le matelas trop petit pour le lit et le bord du lit en toile (souvent un lit d'appoint), enfants asphyxiés le nez dans le matelas, en couchage ventral sur support mou (couverture, oreillers, matelas d'adulte) ou enfouis sous une couverture ou couette.

Causes des décès expliqués (n=72)

Causes	% N
Accidents de literie (lit et/ou matelas inadapté)	11,1 (8)
Asphyxie de partage du lit, de couchage ventral ou retournement	13,9 (10)
Infections respiratoires	25,0 (18)
Autres infections dont méningites, péricardite, septicémie...	11,1 (8)
Maladies métaboliques, dont cardiomyopathie, diabète	12,5 (9)
Affections digestives dont déshydratation par gastroentérite	8,3 (6)
Inhalation massive de lait	16,7 (12)
Maltraitance (hématome sous dural)	1,4 (1)

[...] Cette enquête montre qu'un nombre important de décès pourraient être évités chaque année si les nourrissons étaient couchés dans un environnement adapté. Il est urgent de renouveler les campagnes en faveur d'un couchage sécurisé des enfants, pour tous les sommeils et jusqu'à l'âge de 6 mois, car elles n'ont pas été renouvelées depuis les années 1990. Les recommandations devraient être accessibles sur les sites internet des autorités de santé, d'autant qu'elles s'adressent à un public de jeunes parents, utilisateurs de ce média.

INVS, enquête publiée en mars 2011.



Les différents types de projets

Objectifs

1. Énoncer les différents types de projets en précisant leur contexte réglementaire.
2. Caractériser chacun de ces projets.
3. Préciser les différents acteurs impliqués dans un projet.

ACTIVITÉ 1 Les différents types de projets et leur contexte réglementaire

1.1 À l'aide du document 1, compléter le tableau ci-dessous.

Projet	Caractéristiques
Projet d'accueil et d'accompagnement	Imposé aux services sociaux et médico-sociaux pour chaque personne accueillie.
Projet personnalisé d'accompagnement	Obligatoire en institut thérapeutique, éducatif et pédagogique. Fixe les objectifs individualisés de l'accompagnement de chaque enfant.
Projet individualisé d'accompagnement	Prévu dans les services d'accompagnement à la vie sociale et les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés. Il prend en compte le projet de vie et comporte des éléments définis par la législation (évaluation des besoins, aide à mettre en place...).
Projet individualisé d'aide et d'accompagnement	Mis en place dans les services d'aide et d'accompagnement à domicile, il permet de déterminer les prestations à fournir après une évaluation globale des besoins de la personne.
Projet de vie	Permet de formaliser les souhaits de la personne en prenant en compte son activité, sa santé, son mode de vie et ses relations.
Projet personnalisé de scolarisation	Définit les modalités de déroulement de la scolarité et les actions à mettre en place pour répondre aux besoins particuliers des élèves présentant un handicap.

Document 1 Quelques exemples de projets

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale garantit aux usagers accueillis en structures ou services sociaux ou médico-sociaux des droits et une prise en charge et un accompagnement individualisés de qualité. Cette loi impose un projet d'accueil et d'accompagnement à tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux mais ne précise cependant pas le contenu de ce projet qui est complémentaire du contrat de séjour. Cependant, les appellations de ce projet vont varier en fonction des structures ou services concernés.

La charte des droits et libertés de la personne accueillie, dans son article 2, confirme ce droit : « La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions ».

En institut thérapeutique, éducatif et pédagogique, un projet personnalisé d'accompagnement, adapté à la situation et à l'évolution de chaque personne accueillie, doit être élaboré (Code de l'action sociale et des familles). Ce projet, qui comporte une composante thérapeutique, éducative et pédagogique, doit proposer des modalités d'accompagnement diversifiées et évolutives et déterminer les étapes de la prise en charge.

Dans les services d'accompagnement à la vie sociale et les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, un projet individualisé d'accompagnement est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire. Ce projet prend en compte le projet de vie de la personne, son contenu est déterminé par la législation (Code de l'action sociale et des familles) : évaluation des besoins, identification de l'aide à mettre en place, suivi des actions des différents intervenants, modalités d'accompagnement...

Dans les services d'aide et d'accompagnement à domicile, un projet individualisé d'aide et d'accompagnement est élaboré à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne. Les prestations fournies s'inscrivent dans ce projet. Les auxiliaires de vie sociale contribuent à ce projet.



La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées prévoit également trois autres modalités de plans ou projets :

- le projet de vie, qui permet de formaliser avec la personne ses souhaits, est souvent articulé autour de quatre domaines : la santé, le mode de vie, les relations et l'activité. La réalisation du projet de vie, par un accompagnement adapté, doit favoriser le maintien ou la restauration des liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et faciliter leur accès ;
- le plan personnalisé de compensation recense les besoins de compensation en lien avec le projet de vie de la personne. Il contient l'ensemble des éléments qui permettent la compensation du handicap et peut contenir des recommandations concernant des prestations, des orientations en établissement ou services, des préconisations ou conseils ;
- le projet personnalisé de scolarisation définit les modalités de déroulement de la scolarité et les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins particuliers des élèves présentant un handicap.

« Les droits des usagers en structure sociales et médico-sociales » paru en complément des *Actualités sociales hebdomadaires*, n° 2737, du 16 décembre 2011

1.2 Énoncer les différents contextes réglementaires qui imposent l'élaboration de projets individualisés, personnalisés.

- Des lois : loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Des articles inscrits dans le Code de l'action sociale et des familles.
- La charte des droits et libertés de la personne accueillie.

ACTIVITÉ 2 Les intérêts des projets et les acteurs impliqués

2. 1 À l'aide du document 2, relever et classer les intérêts d'un projet personnalisé.

Intérêts pour la personne accueillie : respect de ses droits, personnalisation des prestations qu'on lui fournit (elles doivent obligatoirement répondre à ses besoins), le dialogue avec les professionnels est facilité.

Intérêts pour les professionnels : favorise la coordination entre les différentes actions, permet une meilleure connaissance de la personne accueillie, facilite le travail en équipe et le dialogue avec l'utilisateur ou sa famille.

Le projet permet une évaluation régulière et objective de l'évolution des besoins.

Intérêt pour l'établissement : contribution à la démarche qualité.

2.2 Préciser les différents acteurs impliqués dans la construction et la mise en œuvre d'un projet personnalisé.

- La personne accueillie.
- Sa famille ou son entourage.
- Les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire.
- D'autres professionnels ou partenaires : médecin traitant...

La mise en place d'un projet personnalisé ou individualisé présente des intérêts tant pour le bénéficiaire que pour l'équipe professionnelle et la structure d'accueil.

Un tel projet est garant du respect des droits de l'utilisateur, de ses besoins, de ses attentes et fait de la personne un citoyen à part entière. Il permet de personnaliser les prestations fournies à la personne accueillie, d'adapter les différentes actions aux spécificités de chaque usager. Le projet permet aussi une évaluation constante des besoins, de l'évolution de ceux-ci. C'est également un objet de dialogue entre l'utilisateur, son entourage et le personnel.

Outre ces aspects, le projet personnalisé ou individualisé instaure une réelle coordination entre les différents membres de l'équipe professionnelle et favorise de fait le travail en équipe pluridisciplinaire. C'est un véritable outil au service du professionnel pour les différentes tâches à mener qui permet une meilleure connaissance de l'utilisateur.

Pour l'établissement, ces projets contribuent à la démarche qualité. L'élaboration et la mise en œuvre de projet personnalisé nécessitent l'implication de plusieurs personnes. L'utilisateur doit être acteur de son projet : sa participation n'est pas une obligation mais un droit. Il est le mieux à même de faire part de ses attentes, de ses habitudes de vie et de ses besoins. La famille ou l'entourage seront également sollicités surtout quand la personne n'est pas dans la possibilité de faire part elle-même de ses besoins. Lorsqu'il s'agit d'un mineur, les parents ou le représentant légal doivent être étroitement associés.

Les professionnels qui travaillent au contact de la personne accueillie seront aussi partie prenante de la construction de ce projet. Ils apporteront des informations complémentaires quant aux besoins de l'utilisateur. La notion de professionnels doit s'entendre au sens large et dépasser parfois le cadre strict de la structure d'accueil (ex. : association du médecin traitant).



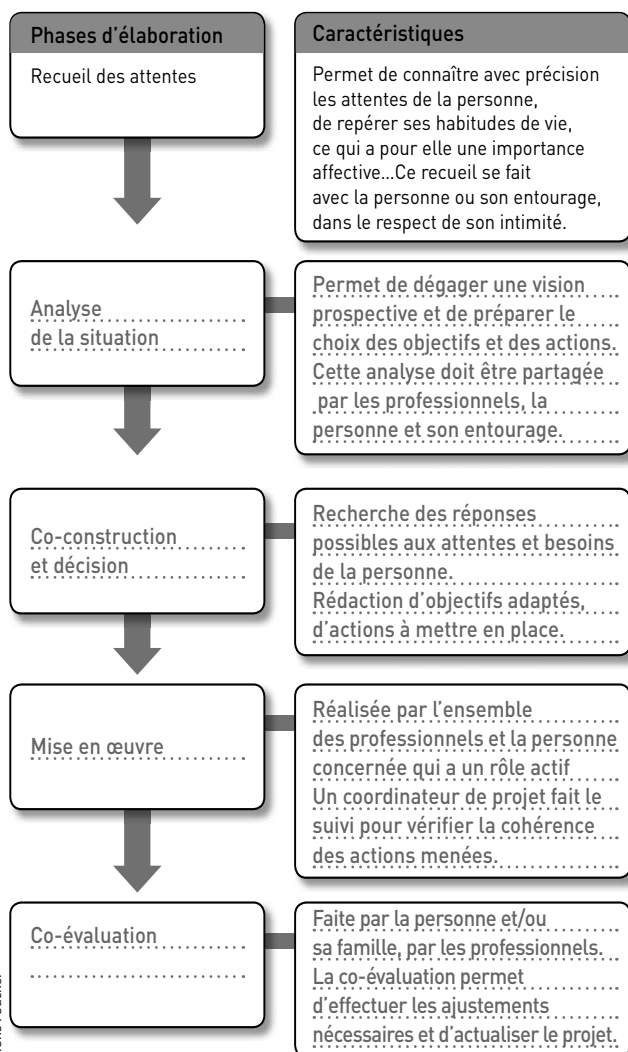
La construction et la mise en œuvre du projet

Objectifs

1. Caractériser les différentes étapes d'élaboration d'un projet personnalisé.
2. Citer des exemples de freins à la mise en place d'un projet.

ACTIVITÉ 1 L'élaboration d'un projet personnalisé

1.1 À l'aide du document 1, compléter le schéma ci-dessous.



Document 1 Les phases d'élaboration

Le recueil des attentes de la personne est une phase essentielle à la construction d'un projet personnalisé. Une relation de confiance doit être établie entre les professionnels, l'utilisateur et son entourage. Les équipes doivent être attentives pour repérer les habitudes de vie des personnes, ce qui a du sens pour elles ou une importance affective. L'expression de la personne doit être facilitée : choix du moment des entretiens, organisation de l'espace, nombre de participants limités... Ce recueil des attentes doit se faire dans le respect de l'intimité de la personne.

L'étude de la situation doit permettre, à partir du recueil des attentes, d'aboutir à une analyse partagée. Cette phase doit permettre de dégager une vision prospective et aider les parties prenantes à préparer le choix des réponses possibles, des objectifs et des modalités des actions.

La phase de co-construction du projet et de décision doit permettre de faire émerger des propositions nouvelles, de rechercher toutes les réponses possibles pour être au plus près de l'attente de la personne. Des objectifs adaptés à la situation de l'utilisateur, concrets, sont alors retenus conjointement.

La mise en œuvre du projet relève de l'ensemble des professionnels et de la personne concernée. Le rôle actif de l'utilisateur dans cette mise en œuvre doit être encouragé.

Pour garantir l'efficacité de cette mise en œuvre, il est souhaitable qu'un professionnel soit désigné coordinateur de projet, il sera alors l'interlocuteur privilégié des parties prenantes. Ce suivi permet de vérifier l'avancée des objectifs et la cohérence des actions proposées. La co-évaluation du projet personnalisé fait partie intégrante de la démarche. Cette co-évaluation est menée par la personne elle-même et/ou sa famille, les professionnels concernés. Les résultats de la co-évaluation permettent d'élaborer de nouveaux objectifs, de modifier les actions proposées, d'effectuer des ajustements et d'actualiser le projet. Le projet personnalisé est évalué au moins une fois par an.

Document rédigé à partir du fascicule « Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Les attentes de la personne et le projet personnalisé », ANESM, décembre 2008.

1.2 À partir des documents 2 et 3, lister les intérêts de formaliser par écrit les projets personnalisés.

Le document écrit laisse une trace du cheminement et des décisions prises. Il facilite le suivi du projet personnalisé : on peut se référer aux objectifs, aux actions envisagées... Il rend plus aisée l'évaluation.

1.3 Énoncer les règles à respecter lors de la rédaction d'un projet individualisé ou personnalisé.

Respecter la personne : ne pas écrire des éléments (ex. : attentes, analyses) que la personne ne souhaiterait pas, choisir des termes qui ne sont pas blessants, utiliser un langage compréhensible, éviter l'injonction.

Fournir à la personne ou à son entourage une version papier avec des caractères suffisamment gros (corps 12 ou 14 minimum).

Réserver une partie du document pour que la personne ou les familles puissent apporter des commentaires.

Document 2

La rédaction du projet personnalisé

La loi ne précise pas si la formalisation du projet doit être écrite. Seuls les objectifs et les prestations adaptées à la personne figurent obligatoirement dans le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge.

Mais rédiger l'ensemble du projet permet de produire un document qui fait trace du cheminement et des décisions prises, facilite le suivi puis l'évaluation du projet personnalisé.

Si la personne ne souhaite en aucune manière que ses attentes et analyses soient écrites, ce souhait sera respecté et mentionné dans le document.

Écrire dans le respect des personnes : il est recommandé aux professionnels de prendre garde au choix des mots. Ceux-ci valoriseront la dynamique et ne seront pas blessants, notamment dans l'analyse de la situation ou dans la formalisation des objectifs.

Ne pas transformer le projet en injonction : les professionnels éviteront un style trop administratif, ou un vocabulaire trop technique, ou encore de transformer les objectifs en injonction.

Extrait du fascicule « Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – Les attentes de la personne et le projet personnalisé », ANESM, décembre 2008.

Document 3

Les recommandations pour formaliser le projet personnalisé

- Écrire les points principaux résultant des différents entretiens et réunions.
- Réserver une partie du document aux commentaires et avis de la personne et/ou des familles.
- S'assurer que le document est disponible pour l'ensemble des professionnels concernés.
- Prévoir un exemplaire destiné à la personne sous format papier, avec une police graphique en large version (minimum 12 ou 14).

Extrait du fascicule « Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – Qualité de vie en EHPAD (volet 1) », ANESM, février 2011.

ACTIVITÉ 2 Les freins à la mise en œuvre d'un projet personnalisé

2.1 Souligner, dans le document 4, les différents freins rencontrés dans la mise en place d'un projet personnalisé.

Document 4

Les projets d'accueil et d'accompagnement en EHPAD

Notre établissement met en place, depuis plus de 10 ans, un projet d'accueil et d'accompagnement pour chaque résident, d'ailleurs appelé « projet personnalisé » par nos équipes.

Au début, cela s'est traduit par quelques réticences pour certains professionnels qui estimaient que la démarche prenait beaucoup trop de temps en réunions de synthèse, réunions d'équipe et entretiens. Ils estimaient qu'ils n'étaient pas formés à une telle démarche surtout pour le recueil des attentes et besoins et la formalisation du document. Des journées de formation ont pallié cet aspect.

La relation triangulaire personne accompagnée/famille/professionnels est parfois délicate : il faut éviter les jugements de valeur, certains professionnels appréhendent la place importante que peut prendre la famille, ils craignent de perdre de leur autonomie dans leur activité professionnelle. Ils doivent accepter ce partenariat et se remettre en cause.

Le recueil des besoins ou attentes des usagers est difficile quand les relations avec la personne sont perturbées par des pathologies : par exemple lorsque l'utilisateur est atteint de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé et que l'entourage est très éloigné.

Il faut parfois trouver des compromis entre les besoins et les attentes de l'utilisateur et les contraintes de la structure d'accueil : il n'est pas toujours possible de proposer toutes les prestations dans le respect des habitudes de la personne, par exemple, les horaires des repas ne peuvent être individualisés.

Cependant, avec le recul, la mise en œuvre de projets personnalisés est entrée dans nos habitudes, les personnes accueillies et les familles y sont attachées, les professionnels y reconnaissent un véritable intérêt dans leur travail de chaque jour. Ces projets sont partie intégrante de la qualité des prestations de notre établissement.





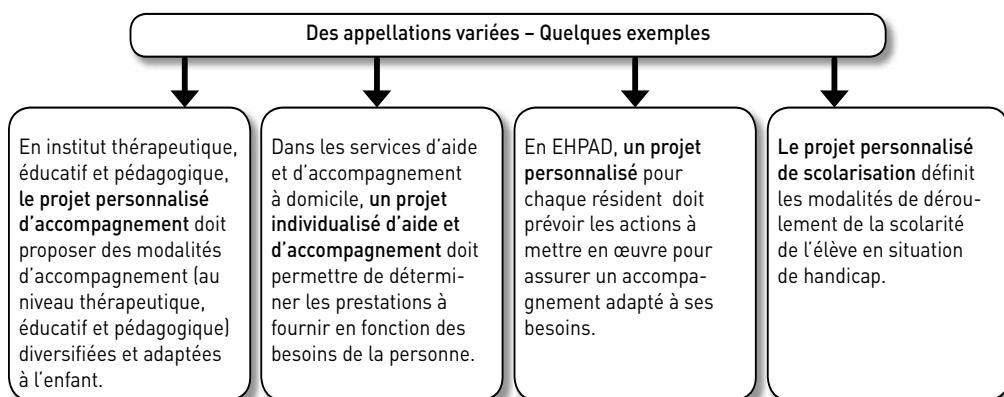
Les différents types de projet et leur mise en œuvre

1 Les différents projets

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a imposé à tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux l'élaboration d'un projet d'accueil et d'accompagnement pour chaque personne accueillie.

Ce projet a pour principal objectif de garantir à l'usager une prise en charge et un accompagnement individualisés. Dans les faits, selon les structures et les services, les appellations de ce projet sont multiples.

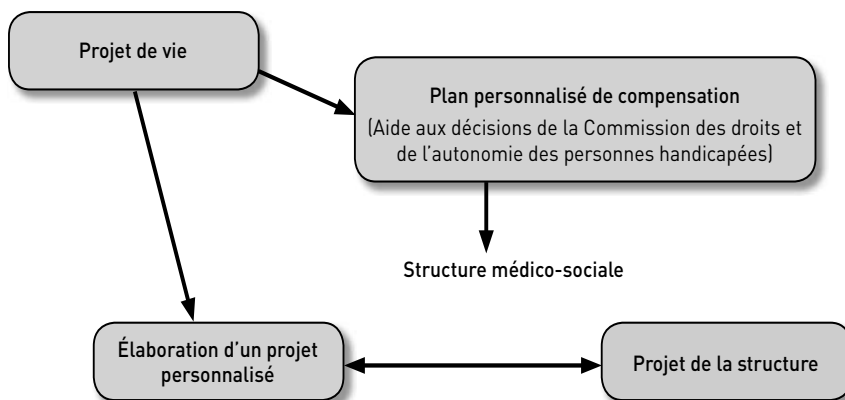
La loi de février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées prévoit également des projets.



Le projet de vie, demandé dans la loi de février 2005 pour les personnes handicapées, recouvre une notion plus large : il permet de formaliser les souhaits de la personne en prenant en compte quatre domaines : sa santé, son mode de vie (lieu de vie...), ses relations (famille, entourage), son activité (professionnelle, projet de scolarisation...).

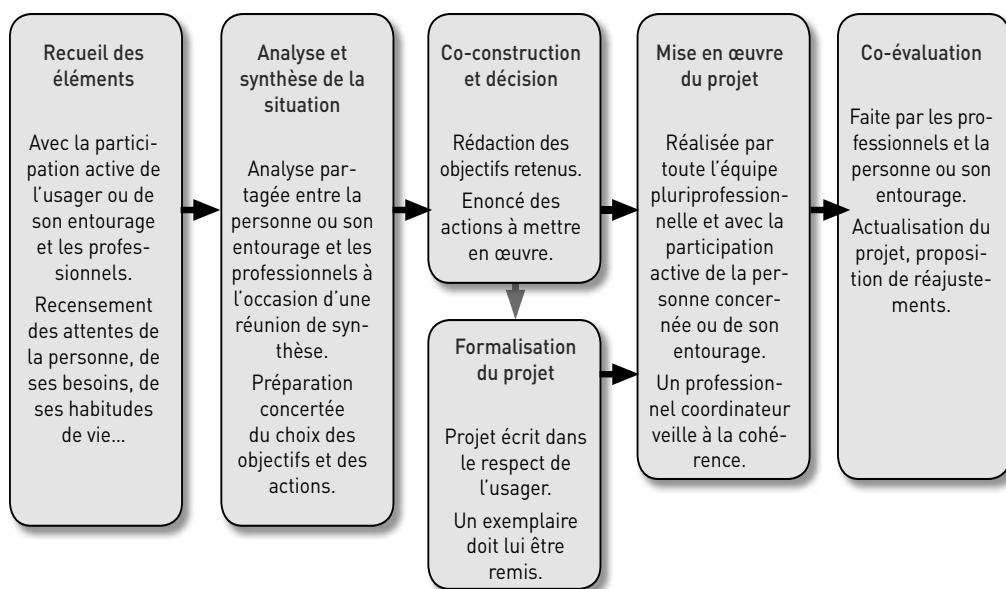
Ces projets s'articulent toujours avec les projets du service ou de l'établissement.

Exemple d'articulation de différents projets pour une personne handicapée vivant en structure



2 L'élaboration d'un projet personnalisé ou individualisé

Quel que soit le nom du projet, son élaboration et sa mise en œuvre passent par des étapes incontournables.



Les parties prenantes dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet sont :

- la personne accueillie : sa participation est un droit, on ne peut pas l'obliger si elle ne le souhaite pas ;
- sa famille ou son entourage : surtout si la personne n'est pas en mesure de participer ;
- l'équipe pluriprofessionnelle ;
- d'éventuels partenaires extérieurs à la structure (ex. : médecin traitant...).

Tous ces projets ont un réel intérêt dans l'individualisation de la prise en charge et constituent une démarche dynamique d'accompagnement adapté à l'utilisateur. Ils sont un véritable support relationnel et favorisent le travail en équipe.

3 Les freins à l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet personnalisé ou individualisé

Certains éléments peuvent freiner l'élaboration et la mise en œuvre des projets personnalisés.

La relation triangulaire personne accueillie/famille ou entourage/professionnels est parfois délicate. Les professionnels peuvent être réticents à partager certaines décisions avec la personne ou son entourage, la famille peut ne pas comprendre que l'on ne puisse pas accéder à toutes ses demandes.

Il est nécessaire, dans certaines situations, de trouver des compromis entre les besoins et les attentes de la personne et ce que la structure ou l'établissement d'accueil peut réellement mettre en place : certains choix peuvent générer un sentiment de frustration.

Le recueil des besoins et attentes de l'utilisateur n'est pas toujours aisé quand la personne, en raison de pathologies, n'est pas en mesure de s'exprimer et qu'elle n'a pas de famille ou d'entourage proche.

Certaines équipes estiment par ailleurs que la démarche prend beaucoup de temps.



Les interlocuteurs et les instances du maintien à domicile

Objectifs

1. Énoncer les missions des interlocuteurs et des instances du maintien à domicile

ACTIVITÉ 1 L'organisation de l'aide à domicile

À l'aide des documents 1 et 2,

1.1 Indiquer les aides susceptibles d'être accordées à Monsieur et Madame Claudon.

M. et Mme Claudon, âgés respectivement de 85 et 81 ans, sont propriétaires d'une maison de plain-pied dans un bourg de 1 000 habitants disposant des commerces alimentaires. Le couple dispose de la petite retraite de Monsieur qui était ouvrier car Madame gardait des enfants à son domicile mais n'était pas déclarée. Suite à une maladie d'Alzheimer, M. Claudon ne peut plus conduire et son épouse souffre de douleurs articulaires qui nuisent à ses activités. Sa fille, mariée, habite Paris et revient un week-end par mois.

Aides pour le maintien à domicile	Aides financières	Instances
- aide ménagère, - aide aux courses, - aide à la préparation des repas.	Prise en charge par sa caisse de retraite ou par l'aide sociale si ressources insuffisantes.	Auprès de sa caisse nationale d'assurance vieillesse ou au centre communal d'action social.
- aide à la toilette, au lever, au coucher, aux repas... - proposition d'activités, de lecture, de promenades... à M. Claudon pour l'aider dans sa maladie.	Allocation personnalisée d'autonomie (APA).	Dossier à déposer auprès du président du conseil général qui versera l'allocation dont le montant est fonction du groupe GIR.

1.2 Madame Claudon rencontre des difficultés dans ses démarches. À qui peut-elle s'adresser ?

Madame Claudon peut demander l'aide d'un(e) assistant(e) du service social ou s'adresser au centre local d'information et de coordination le plus proche qui évaluera les besoins de chacun, lui proposera un plan d'aide personnalisé en concertation et l'orientera vers les services existants pour répondre à leurs besoins.

1.3 Dans le cas d'une personne handicapée, citer l'instance de référence et préciser les aides possibles pour un maintien à domicile.

Un dossier doit être déposé auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), et l'équipe pluridisciplinaire définira sur la base du projet de vie un plan personnalisé de compensation. La personne pourra alors bénéficier de la prestation de compensation du handicap pour financer en partie ses besoins liés à la perte d'autonomie (besoins en aide humaine, des aides techniques, des aménagements du logement, du véhicule, des charges spécifiques ou exceptionnelles et éventuellement une aide animale).

1.4 Indiquer les missions des associations dans le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie.

Les associations mettent à la disposition des personnes en perte d'autonomie, différents professionnels pour les accompagner, les assister dans les tâches quotidiennes afin qu'elles puissent vivre le plus longtemps possible à leur domicile comme elles le souhaitent. Elles peuvent aussi proposer la télé assistance.

Instances et interlocuteurs	Missions
Centre communal d'action sociale (CCAS)	<ul style="list-style-type: none"> • Réception et traitement des dossiers de demande d'aide sociale (pour l'aide ménagère...). • Organisation possible de portage des repas auprès des personnes ne pouvant sortir de chez elles, proposition d'auxiliaires de vie...
Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)	<ul style="list-style-type: none"> • Définition, par l'équipe pluridisciplinaire, d'un plan personnalisé de compensation à partir du projet de vie. <p>La personne peut alors bénéficier d'une allocation pour financer en partie ses besoins.</p>
Services sociaux	<p>L'assistant(e) de service social se rend au domicile pour élaborer un plan d'aide lors de la demande de l'APA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place et suivi d'un service social de proximité. • Soutien moral et relationnel avec une prise en charge personnalisée. • Information et conseil aux personnes et à leur famille. • Soutien dans les démarches.
Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et le réseau régional : la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT)	<ul style="list-style-type: none"> • Apport d'aides pour faciliter la vie quotidienne des retraités à leur domicile (entretien, repas, transport...). • Réalisation de travaux d'aménagement, d'adaptation du logement pour les personnes relevant des Gir 5 et 6 (que la personne soit propriétaire ou locataire) si leurs ressources sont faibles.
Conseil général	<ul style="list-style-type: none"> • Demande de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) par dépôt ou envoi d'un dossier au président du Conseil général de résidence. • Versement de l'APA : allocation destinée aux personnes âgées qui ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou qui sont dans un état nécessitant une surveillance régulière (GIR 1 à 4) • Attribution d'une aide sociale, sous forme d'aide ménagère, pour les personnes de plus de 65 ans (60 ans cas d'invalidité au travail) aux ressources faibles, qui ont besoin d'une aide matérielle pour accomplir les travaux domestiques de première nécessité et qui ne bénéficient pas de l'APA. • Mise à disposition des personnes âgées, des foyers restaurants qui proposent des repas à prix modérés avec possibilité d'une prise en charge par l'aide sociale. • Participation au financement de la télé assistance, indispensable pour la sécurité des personnes seules. • Paiement de la prestation de compensation du handicap (PCH) : aide personnalisée destinée à financer les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées (aides humaines et techniques, aménagements du logement, du véhicule, charges spécifiques ou exceptionnelles et éventuellement aide animale).
Centre local d'information et de coordination (CLIC)	<ul style="list-style-type: none"> • Lieu ressource pour les questions se rapportant au maintien à domicile, aux démarches à effectuer, pour informer, orienter et organiser un plan d'aide pour toute personne âgée de plus de 60 ans, ou leur famille, confrontée à une difficulté de maintien à domicile. • Le CLIC évalue les besoins des seniors, propose un plan d'aide personnalisé en concertation avec chacun et son entourage, oriente vers les services existants qui répondent à leurs besoins et coordonne les différents intervenants (SSIAD, kiné, services d'aide à domicile...) pour une prise en charge optimale.

Elles ont pour missions de permettre aux familles et aux personnes :

- de mieux vivre chez elles avec de l'aide et les soins de professionnels (technicien(ne) de l'intervention sociale et familiale, auxiliaire de vie sociale, aide à domicile, aide-soignant(e) et infirmier(e)...) ;

- de favoriser l'autonomie de chaque personne aidée (ré-apprendre la lecture, rencontrer les voisins...) Elles peuvent aussi renseigner les personnes qui veulent bénéficier d'une aide totale ou partielle auprès des différents organismes (Conseil Général, Sécurité Sociale, CNAV, etc.).



Les professionnels du maintien à domicile

Objectifs

1. Énoncer le rôle des différents professionnels du maintien à domicile.
2. Préciser les rôles et la formation des auxiliaires de vie sociale, des aides ménagères.

ACTIVITÉ 1 Le rôle des professionnels

1.1 Indiquer pour chaque situation, à partir des documents 1 et 2, les professionnels nécessaires et leurs rôles.

Michèle, 75 ans, se sent abandonnée depuis le décès de son mari. Elle se laisse aller et passe ses journées au lit ou au fauteuil.

TISF ou AMP pour l'accompagner et la soutenir dans les activités quotidiennes car elle peut encore les réaliser mais n'a plus la motivation.

Naïla souffre de polyarthrite rhumatoïde, rhumatisme déformant qui s'attaque à ses mains et ses épaules. Elle ne peut plus effectuer sa toilette correctement et peine à faire son ménage qu'elle tient à effectuer.

Un(e) aide soignant(e) pour la toilette et un ergothérapeute pour lui apprendre des gestes adaptés à son handicap.

Octave et Marcelle ont 86 ans et quelques soucis de santé. Malgré leurs difficultés, ils peuvent rester à leur domicile à condition d'être aidés pour la plupart des tâches.

Médecin généraliste pour le suivi médical, une auxiliaire de vie sociale pour les accompagner dans les activités journalières et un kinésithérapeute pour le maintien de l'autonomie.

Omar, 70 ans, présente un diabète de type 1 et un début d'Alzheimer. Il vit avec son épouse.

Un infirmier pour assurer les injections d'insuline et les contrôles de sa glycémie.

Document 1 L'assistance médicale et sanitaire

Le maintien à domicile d'une personne dépendante n'est possible que si :

- une assistance médicale s'organise autour du médecin généraliste qui assure diagnostics, détermination du degré de dépendance, réalisation de bilans (acuité audiovisuelle, état psychologique, situation dans l'espace...), prescriptions des traitements, gestion des interventions d'auxiliaires médicaux (infirmiers, aides soignants, kinésithérapeutes)
- des aides soignants du SSIAD dispensent des soins de nursing, d'aide à la personne (changes, toilette générale, aide au coucher et au lever, à l'habillage et au déshabillage).
- des infirmiers libéraux effectuent les soins techniques. Tous ces soins sont pris en charge par l'assurance maladie sous forme d'un forfait ou par l'aide sociale en l'absence de droits à l'assurance maladie.

L'ergothérapeute est le paramédical qui accompagne les personnes présentant des dysfonctionnements physiques, psychiques ou sociaux dans le but de maintenir ou de recouvrer une certaine autonomie. Il aide au réapprentissage des gestes de la vie quotidienne, à l'utilisation d'aides techniques et à l'acceptation de l'aménagement du domicile afin de maintenir la personne âgée ou en situation de handicap, à domicile dans de meilleures conditions de sécurité, d'hygiène et de qualité de vie.

Le kinésithérapeute propose une activité physique adaptée au maintien de l'autonomie de la personne vieillissante. Il présente des exercices simples pour lutter contre la sarcopénie (perte de masse musculaire avec l'âge), prévenir les chutes et maintenir l'équilibre (pré-requis de la marche).

L'aide médico-psychologique (AMP) et l'auxiliaire de vie sociale (AVS) accompagnent les personnes en situation de handicap ou dépendantes dans leurs activités quotidiennes (lever, coucher, toilette, habillage, repas, soins d'hygiène et de confort). L'AMP apporte aussi un soutien psychologique. Le technicien d'intervention sociale et familiale (TISF) est un travailleur social qui apporte un soutien éducatif, technique et psychologique dans les actes de la vie quotidienne. Il accompagne et motive la personne pour la réalisation des activités journalières, contribue aux activités domestiques et à l'aménagement du logement.

ACTIVITÉ 2 La formation et les rôles des auxiliaires de vie sociale et des aides ménagères

À partir des documents 3 et 4,

2.1 Comparer le travail d'une auxiliaire de vie et d'une aide ménagère.

L'auxiliaire de vie sociale a un rôle de soutien et d'accompagnement social. Elle épaula et assiste les personnes en leur apportant une aide professionnelle dans l'accomplissement des tâches et activités de la vie quotidienne y compris les loisirs alors que l'aide ménagère assure en priorité l'entretien du lieu d'habitation et du linge, les courses et la préparation des repas, de la personne âgée.

2.2 Souligner en rouge, les diplômes permettant d'accéder à ces qualifications (ou métiers).

2.3 Donner les points forts de ces formations.

Une formation théorique complétée par une formation pratique importante dans différents milieux.

2.4 Jocelyne a aidé sa grand-mère bénévolement durant 2 ans, puis elle est salariée à mi-temps depuis 4 ans à l'ADMR. Peut-elle obtenir un diplôme et comment ?

Elle justifie de plus de 3000 h d'activité sur une période de six ans, donc elle peut devenir auxiliaire de vie sociale par une validation des acquis de l'expérience.

Deux diplômes permettent d'avoir la qualification d'auxiliaire de vie sociale : le DEAVS, diplôme d'État d'Auxiliaire de vie sociale et la MCAD, Mention complémentaire d'Aide à domicile.

Arrêté du 4 juin 2007 relatif au diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale

La formation préparant au diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale comporte 504 heures d'enseignement théorique et 560 heures de formation pratique. L'enseignement théorique se décompose en six domaines de formation (DF) :

- DF 1 : connaissance de la personne : 105 heures ;
- DF 2 : accompagnement et aide individualisée dans les actes essentiels de la vie quotidienne : 91 heures ;
- DF 3 : accompagnement dans la vie sociale et relationnelle : 70 heures ;
- DF 4 : accompagnement et aide dans les actes ordinaires de la vie quotidienne : 77 heures ;
- DF 5 : participation à la mise en oeuvre, au suivi et à l'évaluation du projet individualisé : 91 heures ;
- DF 6 : communication professionnelle et vie institutionnelle : 70 heures.

La formation pratique se déroule sous la forme de trois stages d'une durée cumulée de 16 semaines, référés aux domaines de formation 2, 5 et 6. et doit permettre au stagiaire d'intervenir au domicile des personnes aidées.

La MCAD dure 1 an et se déroule en lycée professionnel (formation initiale) ou en centre de formation continue. C'est une formation diplômante de 576 heures en formation en établissement et 16 semaines de stages, qui accueille des élèves titulaires du BEP CSS ou du CAP ATMFC. Le programme aborde les soins d'hygiène courants à apporter aux personnes à mobilité réduite, et l'entretien quotidien de la maison. On étudie aussi le vieillissement, les troubles qu'il entraîne, les maladies, les différents types de handicap et les conduites à tenir.

Ces diplômes forment des professionnels capables d'accompagner les personnes en difficulté de vie ou difficulté sociale (personnes âgées, malades ou handicapées) dans les activités de la vie quotidienne et sociale, pour compenser leur état de fragilité ou de dépendance, et les aider à retrouver leur autonomie. L'auxiliaire de vie favorise ainsi le maintien de la personne à son domicile et évite son isolement.

Vous pouvez aussi faire une validation des acquis de l'expérience (VAE) (loi 2002-73 du 17 janvier 2002, pour cela vous devez justifier de l'exercice d'une activité salariée, non salariée ou bénévole, en rapport direct avec le contenu du diplôme d'au moins 3000 heures sur une période de 3 ans minimum et de 10 ans maximum. Évolution possible vers TISF.

Elle est en charge de l'entretien du lieu d'habitation de la personne âgée. Elle porte son concours à la réalisation de multiples tâches : l'entretien du logement et du linge, les courses alimentaires, la préparation des repas, les soins sommaires d'hygiène et de toilette ou encore l'accompagnement chez les médecins, en promenade. Elle est un acteur essentiel dans le maintien à domicile d'une personne, une relation de confiance est nécessaire. Ce métier est accessible au titulaire du CAP assistant technique en milieux familial et collectif. Ce CAP se déroule en deux ans dans un lycée professionnel avec des enseignements professionnels (entretien du cadre de vie, du linge, préparation de repas...) et généraux, ainsi que seize semaines de stage dont une partie au domicile privé.



Le maintien à domicile : interlocuteurs, instances et professionnels

1 Les instances, les interlocuteurs du maintien à domicile et leurs rôles

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile assurent, au domicile des personnes, des prestations de services ménagers et d'aide à la personne en dehors des actes de soins réalisés sur prescription médicale par les aides soignants des SSIAD (services de soins infirmiers à domicile).

Ces prestations s'inscrivent dans un projet individualisé d'aide et d'accompagnement élaboré à partir d'une évaluation globale des besoins et concourent au maintien à domicile, à la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne, au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.

Le public concerné est composé des personnes âgées de 60 ans et plus, des adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteints de pathologies chroniques.

Le conseil général

Pour les personnes âgées

- Demande et versement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) destinée aux personnes âgées ayant besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie.
- Attribution d'une aide sociale sous forme d'aide ménagère.
- Mise à disposition de foyers restaurants.
- Aide possible pour le financement de la télé-assistance.

Pour les personnes handicapées

- Versement de la prestation de compensation du handicap (PCH) : aide personnalisée destinée à financer les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées.

La Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)

- Prise en charge pour les différents services à domicile, la réalisation de travaux d'aménagement du logement...

La maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

- Évaluation, par l'équipe pluridisciplinaire, de l'incapacité de la personne handicapée à son domicile et les besoins de compensation, sur la base de son « projet de vie ».
- Financement des aides nécessaires (prestation de compensation) pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne et l'accompagnement à la vie sociale.

Le centre communal d'action sociale (CCAS)

- Réception et étude des dossiers de demande d'aide sociale.
- Organisation de certains services (portage des repas...).

Le centre local d'information et de coordination (CLIC)

- Accueil, écoute, informations, conseils aux personnes de plus de 60 ans et à leurs familles.
- Évaluation des besoins au domicile et élaboration d'un plan d'aide personnalisé.
- Mise en contact avec des professionnels médicaux, paramédicaux, sociaux et suivi de la situation avec l'ensemble des professionnels

Les services sociaux

- Apport d'un soutien moral et relationnel.
- Information, conseil et aide aux personnes ou aux familles dans leurs démarches.

Les associations d'aide à domicile

- Aide à domicile pour tous les retraités à partir de 60 ans et les personnes handicapées de moins de 60 ans.
- L'intervention comprend :
- l'aide directe à la personne, l'accompagnement ;
 - le ménage courant, l'entretien du logement et du linge ;
 - les courses et pour certains la préparation des repas...

Le médecin traitant a un rôle capital pour la personne âgée, pour laquelle il met en place une véritable stratégie de maintien à domicile. Outre les soins médicaux classiques, c'est

lui qui orchestre l'intervention des différents professionnels de santé nécessaires au mieux-être de la personne âgée.



L'ergothérapeute contribue aux traitements des déficits moteurs ou sensoriels. Pour cela, il effectue un bilan des capacités gestuelles et dresse ensuite un bilan de l'autonomie (pour s'habiller, se déplacer, s'alimenter...). Par le biais d'activités de la vie quotidienne ou d'autres exercices, il participe au maintien ou à la récupération d'une certaine autonomie.

L'auxiliaire de vie sociale repère les capacités et les difficultés de la personne, ses besoins et ses attentes.

Il met en œuvre un accompagnement adapté à sa situation, soit en l'aidant (aide à la mobilité, à la toilette, à l'alimentation, à la réalisation des courses, aux repas, aux travaux ménagers...), soit en se substituant à la personne lorsque celle-ci est manifestement dans l'incapacité d'agir seule. Tout ceci, afin de lui permettre de rester chez elle le plus longtemps possible et dans des conditions de vie sereines, agréables et sécurisées.

Deux diplômes permettent d'avoir la qualification d'auxiliaire de vie sociale : le DEAVS (diplôme d'État

d'Auxiliaire de vie sociale) et la MCAD (Mention complémentaire d'Aide à domicile). Ces formations sont pour moitié théorique moitié pratique et exigent de nombreuses qualités : ordonné et méticuleux, bonne condition physique, dynamique, à l'écoute, attentif et réactif, autonome et capable d'initiative... Les salariés peuvent l'obtenir par VAE.



Le kinésithérapeute propose des exercices physiques simples pour maintenir l'autonomie des personnes : exercices pour lutter contre la perte musculaire (inévitables avec l'âge), maintenir l'équilibre et prévenir les chutes.

L'agent ou employé à domicile permet aux personnes ayant une autonomie réduite (handicapées, âgées...) de rester à leur domicile alors qu'elles ne peuvent plus assurer les actes de la vie courante. Il apporte aussi une présence attentive, en les aidant à se lever, prendre leur repas.

Le technicien de l'intervention sociale et familiale intervient auprès de la personne âgée ou handicapée, en apportant un soutien éducatif, technique et psychologique dans les actes de la vie quotidienne. C'est un travailleur social qui organise et/ou réalise des activités de la vie quotidienne. Son rôle est de motiver la personne à réaliser différentes tâches.

L'aide ménagère apporte une aide matérielle pour les tâches quotidiennes d'entretien du cadre de vie et du linge, les courses et la préparation des repas, les démarches simples et courantes. La formation est assurée par le CAP Assistant technique en milieux familial et collectif.



Le SSIAD intervient pour le maintien de l'autonomie des personnes en situation de dépendance ayant fait le choix de rester à leur domicile.

Sous la responsabilité d'un infirmier coordonnateur, les aides soignants assurent des soins de nursing, la surveillance, la prévention et un suivi relationnel. Les soins techniques infirmiers sont dispensés par des infirmiers libéraux sur prescription du médecin.

L'aide médico-psychologique participe à l'accompagnement et à l'aide dans la vie quotidienne, d'adultes handicapés et de personnes âgées dépendantes, afin de leur apporter l'assistance individualisée que nécessite leur état. Il apporte aussi une aide au développement ou au maintien de l'autonomie sur le plan physique, psychique ou social.



Les services de soins infirmiers et l'hospitalisation à domicile

● Objectifs

1. Caractériser les structures dispensant une aide médicale à domicile (missions, bénéficiaires, personnel et financement).

ACTIVITÉ 1 Les services de soins infirmiers à domicile

À l'aide des documents 1 et 2,

1.1 Définir les services de soins infirmiers à domicile.

Ce sont des services qui assurent, sur prescription médicale, à domicile ou dans certains établissements non médicalisés, des prestations de soins infirmiers.

1.2 Énoncer les objectifs d'un service de soins infirmiers à domicile et les prestations proposées.

Le service de soins infirmiers à domicile permet de :

- prévenir ou différer une hospitalisation ;
- de raccourcir une hospitalisation (retour plus rapide à domicile).

Les services de soins infirmiers assurent :

- des soins techniques : traitement de pathologies, surveillance ;
- des soins de base et relationnels : soins d'hygiène et de confort, aide à la mobilisation.

1.3 Compléter, à l'aide du document 3, le tableau ci-dessous.

Les services de soins infirmiers à domicile	
Les bénéficiaires	Les personnels
Personnes âgées de plus de 60 ans malades ou dépendantes. Adultes de moins de 60 ans ayant un handicap. Adultes de moins de 60 ans avec pathologies chroniques ou traitement prolongé.	Des infirmiers pour les soins techniques. Un infirmier coordonnateur pour la coordination du fonctionnement du service. Des aides soignants ou aides médico-psychologiques pour les soins de base. Et éventuellement d'autres professionnels : pédicures podologues, ergothérapeutes...
Les bénéficiaires : Assurance maladie.	

Document 1 L'article D312-1 du Code de l'action sociale et des familles

Les services de soins infirmiers à domicile assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels.

Ces services interviennent à domicile ou dans les établissements non médicalisés pour personnes âgées et pour personnes adultes handicapées [...]

Document 2 La mission et les prestations d'un SSIAD

Les services de soins infirmiers à domicile ont pour mission de contribuer au soutien à domicile des personnes, notamment en prévenant ou en différant, l'entrée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement et en raccourcissant ces séjours hospitaliers.

Les soins techniques dispensés par des infirmiers, participent au traitement et à la surveillance des pathologies présentées par les patients.

Les soins de base et relationnels participent à l'entretien et à la qualité de vie des patients en concourant entre autres à l'hygiène, la mobilisation, la locomotion et le confort des bénéficiaires.

Extrait du rapport « Les patients en service de soins infirmiers à domicile - Le coût de leur prise en charge et ses déterminants »
Direction générale de l'action sociale - 2009



Les services de soins infirmiers assurent leurs missions auprès des personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes, des adultes de moins de 60 ans présentant un handicap, des adultes de moins de 60 ans atteints de pathologies chroniques ou de certaines affections comportant un traitement prolongé ou une thérapeutique particulièrement coûteuse. [...]

L'équipe de base comprend plusieurs catégories de personnels, salariés du service. Les infirmiers exercent les actes relevant de leurs compétences. Les aides soignants ou les aides médico-psychologiques réalisent sous la responsabilité des infirmiers, les soins de base et relationnels. Des pédicures-podologues, des ergothérapeutes et des psychologues peuvent aussi intervenir. [...]

Un infirmier coordonnateur assure la coordination du fonctionnement interne du service. [...]

L'admission dans un SSIAD est faite sur prescription par un médecin. Les dépenses sont financées par l'assurance maladie

Extraits du supplément des Actualités sociales hebdomadaires du 21 mars 2008 – Le maintien à domicile des personnes âgées ou handicapées.

ACTIVITÉ 2 L'hospitalisation à domicile

À l'aide du document 4,

2.1 Énoncer la mission et les intérêts d'un service d'hospitalisation à domicile.

Mission : apporter des soins médicaux et paramédicaux, continus et coordonnés, à des personnes souffrant de pathologies graves.

Intérêts : raccourcir une hospitalisation, différer ou éviter une hospitalisation (permet au malade d'être près de sa famille, dans son univers).

2.2 Les bénéficiaires d'une hospitalisation à domicile sont-ils identiques à ceux d'un service de soins infirmiers à domicile ?

Non. L'hospitalisation à domicile concerne des personnes plus gravement atteintes avec de graves pathologies aiguës ou chroniques, cela quel que soit leur âge (des enfants peuvent bénéficier d'une HAD).

2.3 Souligner en rouge les personnels d'un service d'hospitalisation à domicile et en vert le financement.

Aux termes de l'article L. 6125-2 du Code de santé publique, l'hospitalisation à domicile apporte des « soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes ». Il s'agit donc d'une prise en charge hospitalière à part entière de malades souffrant de pathologies graves, aiguës ou chroniques dont elle permet de raccourcir, différer ou éviter l'hospitalisation complète. Les HAD sont d'ailleurs des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement.

Pour compléter l'intervention de ses propres équipes (médecin coordonnateur, infirmier coordonnateur, infirmiers, assistants sociaux, psychologues, aides soignants...), l'HAD entretient des relations avec de multiples acteurs appartenant aux secteurs sanitaires, sociaux et médicosociaux (médecin traitant ...)

L'hospitalisation à domicile est prescrite, en accord avec le malade ou sa famille, par le médecin traitant ou le médecin hospitalier.

Le financement pour toutes les prestations de l'hospitalisation à domicile est assuré par l'assurance maladie.

Extrait du rapport de l'inspection générale des affaires sociales
Hospitalisation à domicile - Novembre 2010





Les services d'aide à domicile

Objectifs

1. Énoncer les conditions d'autorisation, d'agrément de ces services.
2. Différencier un service prestataire d'un service mandataire.
3. Donner des exemples de certifications ou labels du secteur avec leurs intérêts.

ACTIVITÉ 1 L'autorisation et l'agrément des services d'aide à domicile

1.1 Énoncer les activités qui sont soumises à agrément pour pouvoir être exercées.

La garde d'enfants de moins de trois ans à domicile, l'assistance des personnes âgées ou handicapées à leur domicile.

1.2 Citer les différentes étapes de la procédure d'agrément.

Étape 1 : dossier type à compléter par le service d'aide à domicile.

Étape 2 : envoi du dossier à la DIRECCTE.

Étape 3 : instruction du dossier par ce service, qui vérifie que les exigences réglementaires sont remplies.

Étape 4 : agrément délivré pour 5 ans ou refus motivé.

Document 1 L'agrément des services d'aide à domicile

Les services d'aide à domicile sont soumis à une procédure de déclaration, indispensable pour ouvrir droit aux avantages fiscaux. Le service doit lister dans sa déclaration les activités exercées ; l'autorisation est donnée par les conseils généraux.

En outre, certaines activités exercées à domicile sont soumises à un agrément. Ce sont par exemples, les activités de garde d'enfants de moins de trois ans à domicile, d'assistance aux personnes âgées ou handicapées à leur domicile (à l'exclusion de soins médicaux).

La demande d'agrément est à adresser sur un dossier type à la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du

travail et de l'emploi (DIRECCTE) qui instruit le dossier (vérification des conditions d'emploi du personnel, qualification ou expérience professionnelle des salariés, niveau de qualité des services, information des clients). Des exigences sont fixées réglementairement : local d'accueil, accueil téléphonique, continuité des prestations, qualification des encadrants et intervenants, exigences éthiques et professionnelles. L'agrément est délivré pour une période de cinq ans. Le refus d'agrément doit être motivé.

À partir de la circulaire du 26 avril 2012
BO N° 45 Mars/Avril 2012

ACTIVITÉ 2 Le service mandataire et le service prestataire

2.1 Compléter, à l'aide du document 2, le tableau ci-dessous.

Situations	Modalité d'intervention	Justification
Mme Duval, 80 ans, vient d'employer une aide ménagère. Elle la rémunère et établit son bulletin de salaire.	Emploi direct	Mme Duval est l'employeur, sans intermédiaire
M. Guy, 72 ans, vient de s'adresser à une association de la ville car il souhaite une aide à domicile pour l'entretien de son logement. Cette association lui a proposé l'intervention de Jessica, 25 ans, auxiliaire de vie sociale. Elle sera rémunérée directement par M. Guy, l'association se chargeant des formalités administratives et de l'organisation des plannings.	Mandataire	M. Guy est l'employeur mais l'association se charge des formalités administratives
M. et Mme Jean ont besoin d'aide pour les actes de la vie quotidienne (repas, entretien du linge...). Ils ont fait appel à une enseigne des services à la personne qui a planifié l'intervention d'une auxiliaire de vie sociale salariée. L'enseigne facture la prestation au couple.	Prestataire	M et Mme Jean ne sont pas les employeurs, ils payent à l'enseigne les prestations fournies.

Le mode mandataire est le service accompli pour la personne âgée ou handicapée, allant de la sélection des intervenants, les formalités administratives (contrat de travail, fiche de paie...) aux déclarations fiscales et sociales. La personne âgée ou handicapée reste l'employeur de l'intervenant et paie à la structure une contribution aux frais de gestion.

Le mode prestataire est le service d'aide à domicile qui met à disposition de la personne âgée ou handicapée un salarié qui réalise, à son domicile, différentes tâches. Cet intervenant est employé par la structure et salarié de celle-ci. C'est la structure qui choisit l'intervenant, élabore les

plannings d'intervention, et rémunère l'intervenant : elle est prestataire de services.

Dans certains cas, la structure met à disposition un salarié auprès de la personne : l'intervenant est salarié du service mais le client exerce, par délégation, certaines responsabilités (tâches à accomplir, horaires de travail...). Il s'agit d'une mise à disposition d'un salarié.

Dans un grand nombre de cas, la personne âgée recourt directement à une personne pour lui faire faire différentes tâches (repas, ménage...) : c'est l'emploi direct ou de gré à gré.

ACTIVITÉ 3 Les certifications et les labels du secteur de l'aide à domicile

Après lecture des documents 3 et 4,

3.1 Indiquer si les situations sont vraies ou fausses et justifier votre choix.

Affirmations	Vrai	Faux	Justifications
Un service d'aide à domicile doit obligatoirement être certifié.		X	La certification est une démarche volontaire, le service d'aide à domicile peut s'engager ou non dans une démarche de certification.
Un service à domicile peut utiliser des signes de qualité (logo, norme...) même s'il n'est pas certifié.		X	Le droit d'usage de la marque de la certification est réservé aux services certifiés.
La certification accordée est définitive.		X	L'organisme certificateur effectue des contrôles et peut retirer la certification si le service n'est plus conforme.

3.2 Citer les deux certifications existantes actuellement.

- l'AFNOR, norme NFX 50-056 ;

- l'Qualicert (référentiel).

3.3 Définir, à l'aide du document 5, la notion de labels.

Un label permet d'identifier des organismes ou prestataires ayant adhéré à des exigences communes, il est repéré par un logo et peut être attribué de différentes manières (respect d'une charte, d'un référentiel...).

3.4 Énoncer, après lecture du document 6, les objectifs du label Cap'handéo.

Pour la personne handicapée : garantir une qualité de la prestation, faciliter la lisibilité des services les mieux adaptés (aide au choix).

Pour les services : valorisation de leurs prestations.

Pour les services à la personne, il existe actuellement deux organismes certificateurs : l'AFNOR qui propose la norme NFX 50-056 et SGS QUALICERT qui dispose d'un référentiel « Services à la personne ».

Comment une structure d'aide à domicile obtient-elle la marque NF Service ?

L'obtention de la marque NF Service relève d'une démarche volontaire : c'est la structure d'aide à domicile qui en fait la demande.

Si la demande est recevable, AFAQ AFNOR Certification s'assure de la qualité des prestations délivrées. [...] requises pour fournir un service conforme aux exigences de la marque. AFAQ AFNOR, délivre ou non la certification et donne ainsi le droit d'utiliser la marque NF Service.

Une fois la marque NF Service attribuée, AFAQ AFNOR Certification effectue des contrôles réguliers : si le service ne s'avère plus conforme aux caractéristiques fixées, AFAQ AFNOR Certification retire la certification et le droit d'usage de la marque NF Service.

Extraits du dépliant NF Service - La garantie qualité - AFNOR

Un label identifie et fédère des organismes souscrivant à des exigences et des valeurs communes. Il est souvent traduit par un logo. La labellisation (hormis dans les domaines agricole et alimentaire) n'est pas encadrée par le code de la consommation, si bien que l'on trouve des labels apportant plus ou moins de garanties au consommateur :

- le label peut s'appuyer sur une simple charte affichant des valeurs très génériques ou sur un référentiel précis ;
- il peut avoir des modalités d'attribution très différentes : adhésion, auto-labellisation, contrôle par un organisme indépendant...

<http://www.servicesalapersonne.gouv.fr>

Le label Cap'Handéo, premier label handicap des services à la personne, permet aux personnes handicapées d'accéder à des services à la personne leur garantissant une intervention à domicile sécurisée et adaptée à leur situation. [...] Pour les prestataires de services, le label valorise leur démarche d'adaptation des prestations et accroît leur visibilité auprès des utilisateurs.



Les aides financières

● Objectifs

1. Énumérer les différentes aides financières favorisant le maintien à domicile (crédit d'impôt, avantages fiscaux...).
2. Définir le chèque emploi service universel et ses conditions d'utilisation.

Vous êtes en PFMP au sein d'une association de services à domicile. Mme Magot, âgée de 78 ans bénéficie des services de cet organisme, depuis le décès de son époux. Aujourd'hui, elle vous demande de l'informer sur les avantages fiscaux auxquels elle peut prétendre en tant que personne âgée imposable, et sur les chèques emploi service universel.

ACTIVITÉ 1 Les avantages fiscaux favorisant le maintien à domicile

1.1 À l'aide du document 1, préciser l'aide dont pourra bénéficier Mme Magot pour l'achat d'une baignoire à porte ainsi que son montant.

Mme Magot pourra bénéficier d'un crédit d'impôt pour les dépenses d'équipements d'un montant de 1 250 Euros...

1.2 Dans le document 1, souligner en bleu les équipements et travaux bénéficiant de cette aide et en rouge, les démarches à réaliser pour en bénéficier.

1.3 Dans le document 2, rechercher le type d'avantage fiscal dont pourra bénéficier Mme Magot pour la prise en charge des sommes versées à l'association ; justifier votre réponse.

Mme Magot pourra bénéficier d'une réduction d'impôt car elle est retraitée et imposable.

1.4 Calculer, à l'aide du document 3, le montant de l'avantage fiscal auquel peut prétendre Mme Magot sachant qu'elle a versé 10 000 euros cette année à l'association.

Mme Magot pourra bénéficier d'une aide de 5 000 euros.

Document 1 Le crédit d'impôts pour les dépenses d'équipement

Afin de favoriser le maintien à domicile, un crédit d'impôt pour les dépenses d'équipements peut être attribué à toute personne propriétaire, locataire ou occupant à titre gratuit son habitation principale, souhaitant disposer chez elle, d'équipements spécialement conçus pour les personnes âgées ou handicapées.

Le Code général des impôts (CGI) liste les équipements concernés par ce crédit d'impôt. Dans celle-ci on retrouve notamment certaines équipements sanitaires attachés à demeure (sièges de douche muraux, de baignoires à porte) et des équipements de sécurité et d'accessibilité attachés à perpétuelle demeure (mains courantes, barres de maintien ou d'appui, revêtements antidérapants...).

Le CGI stipule que cet avantage fiscal est égal à 25 % des dépenses effectivement supportées (achat et pose des équipements) dans la limite d'un plafond annuel, fixé à 5000 euros pour une personne seule (soit un crédit d'impôt maximal de 1250 €) et à 10 000 euros pour un couple soumis à l'imposition commune.

Pour en bénéficier, le contribuable doit mentionner les sommes ouvrant droit à cet avantage fiscal, lors de la déclaration de revenus et joindre les factures justifiant ces dépenses, en cas de déclaration papier. Il convient de conserver les justificatifs de ces travaux.

Si le montant de l'aide dépasse le montant de l'impôt sur le revenu, l'excédent sera reversé au contribuable.

Document 2 Les aides fiscales pour l'emploi d'un salarié à domicile

Tout contribuable employant à son domicile un salarié ou utilisant un service d'aide à domicile, peut prétendre, s'il est domicilié fiscalement en France, à un avantage fiscal. Celui-ci peut prendre la forme d'un crédit d'impôt ou d'une réduction d'impôt.

Le crédit d'impôt est attribué aux personnes exerçant une activité professionnelle au cours de l'année lors de laquelle les frais d'aide à domicile ont été engagés, ou inscrites sur la liste des demandeurs

d'emploi durant 3 mois, lors de cette même période. Dans le cas d'un couple marié ou pacsé, les deux membres du couple doivent répondre à l'une de ces conditions.

La réduction d'impôt est attribuée aux personnes imposables ne pouvant bénéficier du crédit d'impôt (ex : personnes retraitées), et aux personnes assumant financièrement les dépenses de services effectués au domicile d'un ascendant (père, mère, grand-parent...).

L'article 199 sexdecies du Code général des impôts (CGI), précise que la réduction ou le crédit d'impôt est accordé « aux contribuables qui supportent des dépenses au titre de l'emploi direct d'un salarié ainsi que du recours soit à une association, une entreprise ou un organisme agréés soit à un organisme à but non lucratif ayant pour objet l'aide à domicile et habilité au titre de l'aide sociale ou conventionné par un organisme de sécurité sociale, pour les services rendus à leur domicile ». Le CGI stipule également que cet avantage fiscal est égal à 50 % des dépenses effectivement supportées dans la limite d'un plafond annuel.

Ce plafond annuel fixé à 12 000 euros (soit une réduction ou un crédit d'impôt maximal de 6 000 €) peut être majoré en cas de présence au sein du foyer d'enfant(s), de personnes âgées de plus de 65 ans, d'ascendants, ou d'une personne répondant à certaines conditions d'invalidité. Les plafonds sont également majorés lors de la première demande de ce type d'avantage fiscal.

Pour bénéficier de cette aide, il convient de déclarer ses dépenses lors de la déclaration de revenus et de joindre les justificatifs nécessaires (attestation de l'URSSAF et/ou factures).

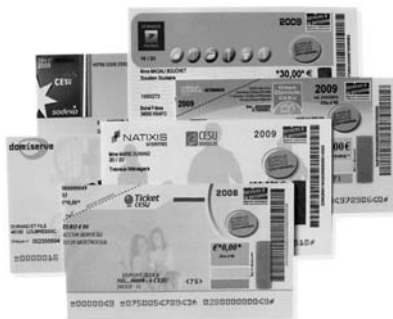
ACTIVITÉ 2 Le chèque emploi service universel (Cesu)

Mme Magot souhaite que vous l'informiez sur les types de chèques emploi service universel (Cesu) existants. Pour recueillir des informations pertinentes, vous allez réaliser des recherches sur le site internet servicesalapersonne.gouv.fr/, dans la rubrique « Cesu ».

2.1 À l'aide du site internet, compléter la première et la dernière colonne du tableau ci-dessous.

2.2 Entourer, dans le tableau, le type de Cesu utilisable par Mme Magot pour rémunérer l'association.

2.3 Souligner, dans le tableau, les organismes que devra solliciter Mme Magot pour obtenir ces Cesu.



Type de CESU	Définition	Personne et service pouvant être rémunérés par ce biais
Le chèque emploi service universel (Cesu) déclaratif	Moyen de paiement à montant non défini, à retirer librement auprès d'une banque, permettant de payer des prestations sociales en nature liées aux services à la personne.	Permet l'emploi direct : d'un intervenant à domicile.
Le chèque emploi service universel (Cesu) préfinancé	Moyen de paiement nominatif à montant prédéfini, dédié aux services à la personne et à la garde d'enfants hors du domicile, distribué par <u>certaines employeurs ou financeurs de prestations sociales</u> (<u>caisse de retraite, mutuelle, collectivités territoriales...</u>).	Permet l'emploi direct : d'un intervenant à domicile. Permet le paiement : d'organismes de services à la personne (association, entreprises ...) ainsi que la garde de jeunes enfants à l'extérieur du domicile.

2.4 Préciser deux types de services payables par Mme Magot par chèques CESU et pour chacun, donner un exemple d'activité.

Mme Magot pourra payer à l'aide de ces Cesu des services à la famille (ex : l'assistance administrative), des services de la vie quotidienne (ex : le ménage, le repassage, ...), des services aux personnes dépendantes (ex : l'aide aux personnes âgées, l'emploi d'un garde malade).

2.5 Mme Magot souhaite employer directement un salarié à domicile pour réaliser ses travaux de jardinage, et le rémunérer à l'aide de CESU déclaratif. Citer deux démarches nécessaires à entreprendre, après avoir reçu ses Cesu.

Mme Magot devra adhérer au Centre national du Cesu (Cncesu) et effectuer l'affiliation de son intervenant auprès du Centre de remboursement des Cesu (CRCESU).



Les aidants familiaux

Objectifs

1. Présenter les structures offrant un répit aux aidants familiaux.
2. Citer les bénéficiaires et les caractéristiques du congé de soutien familial, du congé de solidarité familiale.

ACTIVITÉ 1 Les structures offrant un répit aux aidants familiaux

Vous êtes en PFMP au sein d'une association d'aide à domicile. Trois familles vous sollicitent pour obtenir des informations pertinentes sur l'accueil temporaire, en vue d'y recourir.

1.1 Souligner en rouge, dans le document 1, la définition de l'accueil temporaire et en bleu les objectifs de ce type d'accueil.

1.2 Souligner en noir, dans le document 2, la durée maximale d'accueil en accueil collectif.

1.3 Compléter le tableau, à l'aide du document 2.

Situation rencontrée en PFMP	Cause du recours à l'accueil temporaire	Solution d'accueil temporaire
Mme Vidal, âgée de 86 ans, vit chez sa fille. Durant l'hospitalisation de cette dernière, Mme Vidal souhaite être admise dans une structure d'accueil collectif.	Hospitalisation de l'aidant familial.	Ehpad disposant de places d'accueil temporaire.
Mme Théo est atteinte de la maladie d'Alzheimer. Son époux, travaillant la journée, ne peut pas s'occuper d'elle que le soir.	Absence de l'aidant familial la journée.	Accueil de jour.
M. Paul, âgé de 85 ans, vit chez sa fille. Celle-ci épuisée, souhaite se ressourcer. M. Paul ne souhaite pas être accueilli en accueil collectif.	Epuisement de l'aidant familial.	Accueil familial temporaire.

Document 1 Des extraits du Code de l'action sociale et des familles

I. – L'accueil temporaire mentionné à l'article L. 314-8 [...] s'entend comme un accueil organisé pour une durée limitée, le cas échéant sur un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, y compris en accueil de jour.

II. – L'accueil temporaire vise à développer ou maintenir les acquis et l'autonomie de la personne accueillie et faciliter ou préserver son intégration sociale.

L'accueil temporaire peut être organisé en complément des prises en charge habituelles en établissements et services [...]

L'accueil temporaire vise, selon les cas :

- a) À organiser, pour les intéressés, des périodes de répit ou des périodes de transition entre deux prises en charge, des réponses à une interruption momentanée de prise en charge ou une réponse adaptée à une modification ponctuelle ou momentanée de leurs besoins ou à une situation d'urgence ;
- b) À organiser, pour l'entourage, des périodes de répit ou à relayer, en cas de besoin, les interventions des professionnels des établissements et services ou des aidants familiaux, bénévoles ou professionnels, assurant habituellement l'accompagnement ou la prise en charge.

Document 2 Les structures d'accueil temporaire

Les structures d'accueil temporaire accueillent les personnes âgées ou en situation de handicap pour une durée limitée à 90 jours par période de 12 mois.

Des structures pratiquant exclusivement l'accueil temporaire existent. Cependant, pour assurer une prise en charge de proximité, de nombreuses structures d'accueil disposent de places réservées à l'accueil temporaire. C'est le cas de nombreux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), ou encore de maisons d'accueil spécialisé (Mas).

Des alternatives à ces solutions existent : l'accueil familial temporaire, l'accueil de jour ou de nuit.

ACTIVITÉ 2 Les congés en faveur des aidants familiaux

Mme Vidal vit au domicile de sa fille, salariée depuis 3 ans dans la même entreprise. Depuis deux mois, cet usager présente une perte d'autonomie d'une particulière gravité. Sa fille souhaite donc bénéficier d'un congé pour s'occuper de sa mère.

2.1 Souligner, dans les documents 3 et 4, l'intérêt des différents congés en rouge, et en bleu leur durée.

2.2 À l'aide des documents 3 et 4, compléter le tableau ci-dessous.

Affirmation de la fille de Mme Vidal	Faux / Vrai	Justification
Au vu de ma situation, mon employeur peut me refuser le congé de soutien familial.	Faux	Il ne peut le refuser car les conditions d'attribution sont remplies.
Si ma mère décide d'aller vivre au domicile de mon frère, je pourrais toujours bénéficier de ce congé.	Faux	Pour en bénéficier, il faut que la mère de Mme Vidal vive soit chez elle soit au domicile de sa fille.
Si ma mère se trouve à un stade avancé d'une affection incurable, je pourrais faire la demande d'un congé de soutien familial mais je ne pourrais bénéficier d'aucune aide financière.	Faux	La fille de Mme Vidal pourra bénéficier du congé de solidarité familiale et de l'allocation journalière d'une personne en fin de vie.

Document 3 Le congé de solidarité familiale

Les bénéficiaires : le congé de solidarité familiale peut être attribué à tout salarié souhaitant assister un proche souffrant d'une pathologie mettant en jeu le pronostic vital ou se trouvant en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause.

Les conditions d'attribution : le proche assisté doit être un ascendant, un descendant, un frère, une sœur ou une personne partageant le même domicile que le bénéficiaire. Ce peut être également une personne qui a désigné le demandeur du congé comme personne de confiance.

Les caractéristiques du congé : le congé de solidarité familiale, d'une durée de trois mois, est renouvelable une fois. Il ne peut être ni re-

porté ni refusé par l'employeur, dès lors que les conditions d'attribution sont remplies. Lors de ce congé, le salarié ne peut en principe percevoir de rémunération de la part de son employeur, du fait de la suspension du contrat de travail durant la durée du congé. Si besoin, le salarié pourra prétendre à l'allocation journalière d'une personne en fin de vie, allouée par l'assurance maladie.

Dans certains cas, ce congé peut être transformé en période d'activité à temps partiel.

La demande du congé : le salarié doit en faire la demande à son employeur par lettre recommandée avec accusé de réception au minimum 15 jours avant le début du congé.

Document 4 Le congé de soutien familial

Les bénéficiaires : le congé de soutien familial s'adresse aux salariés souhaitant suspendre momentanément leur contrat de travail afin de s'occuper d'un proche présentant un handicap ou une perte d'autonomie d'une particulière gravité.

Les conditions d'attribution : pour pouvoir prétendre à ce type de congé :

- le bénéficiaire doit justifier d'une ancienneté minimale de deux ans au sein de son entreprise ;
- le proche présentant un handicap ou une perte d'autonomie d'une particulière gravité doit être :
 - le conjoint, le concubin ou la personne avec laquelle le salarié a conclu un pacte civil de solidarité (Pacs),
 - un ascendant, un descendant, ou un enfant dont le salarié assume la charge,
 - un collatéral jusqu'au 4^e degré (frère, sœur, oncle, tante, neveu, nièce...),
 - l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au 4^e degré du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle le salarié a conclu un Pacs ;
- le proche assisté doit obligatoirement résider en France de façon stable et régulière, à son domicile ou au domicile du bénéficiaire du congé.

Les caractéristiques du congé : le congé de soutien familial, d'une durée de trois mois, peut être renouvelé. Il ne peut cependant excéder la durée d'un an pour l'ensemble de la carrière.

Dès lors que les conditions sont remplies, ce congé non rémunéré, ne peut être refusé par l'employeur.

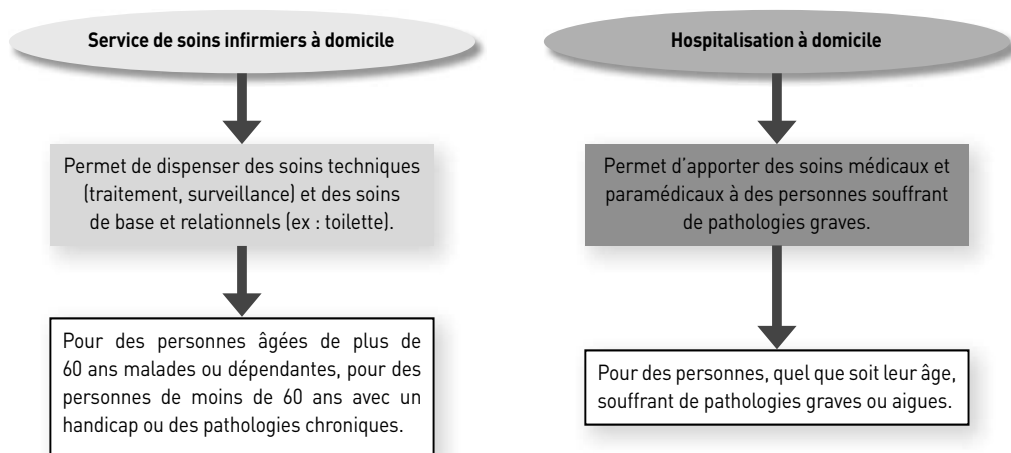
La demande du congé : le salarié doit adresser sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception au minimum deux mois avant le début du congé.



Les soins infirmiers, l'hospitalisation, le financement et les aidants familiaux

1 Les structures dispensant une aide médicale à domicile

Certaines structures permettent de dispenser des soins au domicile du patient.



Ces structures dispensant une aide médicale sont financées par l'assurance-maladie. Le personnel comprend des infirmiers, des aides soignants, des aides médico-psychologiques et, selon la structure, des médecins, des ergothérapeutes, etc. Ces services permettent de raccourcir ou d'éviter une hospitalisation.

2 La création et fonctionnement d'un service d'aide à domicile

Les services d'aide à domicile doivent faire l'objet d'une procédure de déclaration pour permettre de bénéficier des avantages fiscaux.

Les activités exercées à domicile auprès d'enfants de moins de trois ans, de personnes âgées ou handicapées sont soumises à un agrément. C'est la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi qui instruit le dossier. Le service d'aide à domicile, pour obtenir l'agrément, doit répondre à un certain nombre d'exigences réglementaires (qualification de son personnel, local d'accueil...).

3 La certification et labels du secteur de l'aide à domicile

Une certification atteste que le service fourni par la structure d'aide à domicile est conforme à des caractéristiques et des engagements définis par une norme. C'est un gage de qualité et un moyen de valoriser les prestations fournies.

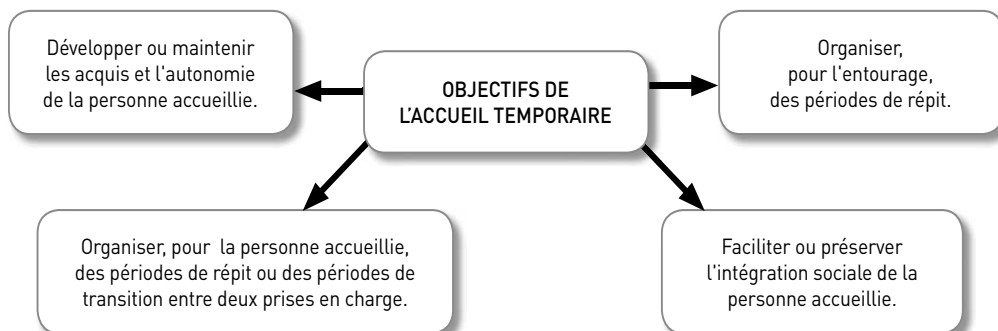
La certification relève d'une démarche volontaire, c'est la structure d'aide à domicile qui décide de s'y engager et qui en fait la demande.

Il existe deux modes de certifications : la marque NF Service et le certificat Qualicert.

Certains services d'aide à domicile peuvent aussi bénéficier d'un label : exemple Cap'Handéo pour les services auprès de personnes en situation de handicap.

4 Les structures offrant un répit aux aidants familiaux

Ce sont des **structures d'accueil temporaire** dont la **durée d'accueil est limitée à 90 jours sur une période de 12 mois**. L'accueil temporaire peut être assuré par des structures pratiquant exclusivement l'accueil temporaire ou encore par des structures d'accueil collectif disposant de places d'accueil temporaire. L'accueil de jour ou de nuit et l'accueil familial temporaire permettent également de répondre, de façon pertinente, aux attentes et besoins en matière d'accueil temporaire.



5 Les congés alloués aux aidants familiaux

	Congé de solidarité familiale	Congé de soutien familial
Bénéficiaire	Tout salarié souhaitant assister un proche souffrant d'une pathologie mettant en jeu le pronostic vital ou se trouvant en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause.	Tout salarié, justifiant d'une ancienneté minimale de deux ans au sein de son entreprise, souhaitant suspendre momentanément son contrat de travail afin de s'occuper d'un proche présentant un handicap ou une perte d'autonomie d'une particulière gravité.
Conditions d'attribution	Le congé est attribué en fonction : – du lien prouvé entre le demandeur et la personne assistée ; – de l'état de santé de la personne assistée.	Le congé est attribué en fonction : – de l'ancienneté du salarié dans l'entreprise ; – du lien prouvé entre le salarié et la personne accompagnée ; – du degré du handicap et/ ou de la perte d'autonomie de la personne accompagnée ; – du lieu de résidence de cette dernière.
Caractéristiques des congés		
Refus possible de l'employeur	Non (si les conditions d'attribution sont remplies).	
Durée du congé	Trois mois.	
Renouvellement possible	Oui (une fois).	Oui (dans la limite d'une année pour l'ensemble de la carrière).
Possibilité de le transformer en temps partiel	Oui, avec l'accord de l'employeur.	Non.
Possibilité de rémunération	Non (si suspension du contrat de travail).	Non.
Possibilité d'octroi de prestation en espèces	Oui (l'allocation journalière d'une personne en fin de vie, octroyée pour une durée limitée).	Non.
Démarches à entreprendre pour demander le congé	Adresser sa demande à son employeur par lettre recommandée avec accusé de réception, au minimum 15 jours avant le début du congé .	Adresser sa demande à son employeur par lettre recommandée avec accusé de réception, au minimum deux mois avant le début du congé .



La méthodologie de l'intervention à domicile

Objectifs

1. Identifier des besoins et attentes, exprimés ou non.
2. Établir un bilan de situation.
3. Définir des priorités en fonction des besoins et des ressources des personnes.
4. Proposer des solutions.

ACTIVITÉ 1 Les éléments de la démarche d'intervention

1.1 Relever, à l'aide du document 1, les informations nécessaires pour établir les besoins de M. Dialo.

État de santé	Environnement familial	Lieu de vie
<ul style="list-style-type: none"> – Paralyse des membres inférieurs. – Déficience des fonctions excrétrices. 	<ul style="list-style-type: none"> – Pas de famille proche. 	<ul style="list-style-type: none"> – Appartement au cinquième étage non adapté aux déplacements en fauteuil roulant.
Situation professionnelle	Projet de vie	
<ul style="list-style-type: none"> – Salarié d'une association qui souhaite lui aménager son poste de travail. 	<ul style="list-style-type: none"> – Conserver un maximum d'autonomie. 	

1.2 Hiérarchiser, au regard du recueil d'informations effectué précédemment, les besoins de M. Dialo.

Pour conserver un maximum d'autonomie :

- besoin d'un accompagnement pour les différentes formalités (pas de famille proche) ;
- besoin rapidement d'un logement adapté ;
- aménagement de son poste de travail.

1.3 Souligner, après lecture du document 2, les éléments nécessaires à la construction du parcours du Plan Personnalisé de Compensation.

Ce sont les fonctions qui permettent de traiter des informations : le langage, l'orientation spatiale, la mémoire, ... les capacités d'attention.

1.4 Identifier, dans le document 3, les acteurs qui répondent aux besoins de M. Dialo.

Le médecin traitant, l'assistante de service social, l'office logeur, la MDPH et CAF, l'infirmière, le kinésithérapeute, les services prestataires: l'auxiliaire de vie sociale, l'aide ménagère, son cercle d'amis, le service de transport collectif.

Acteur	Besoins
Office logeur	Changement de logement

1.5 Planifier la mise en œuvre des actions pour maintenir l'autonomie de M. Dialo le 1^{er} mois.

	9h à 10h	10h à 11h	11h à 12h	14h à 15h	15h à 16h	16h à 17h
LUNDI						
MARDI						
MERCREDI						
JEUDI						
VENDREDI						
SAMEDI						
DIMANCHE						

Document 1 La situation de M. Dialo

Suite à un accident de moto, M. Dialo est devenu paraplégique. Les conséquences de cet accident sont une paralysie des membres inférieurs, une limitation des gestes de la vie courante et une déficience des fonctions excrétrices. À 25 ans il est désormais obligé de se déplacer en fauteuil roulant.

Sans famille proche, il est pris en charge par l'assistante de service social du Centre Hélió marin qui a préparé son retour à domicile. Il est salarié d'une association, celle-ci souhaite maintenir son contrat

de travail dans le service informatique dont il est un élément essentiel et doit repenser avec lui un aménagement de son poste de travail.

M. Dialo habite un logement social au cinquième étage, logement non adapté pour des déplacements en fauteuil roulant. Il souhaite obtenir un autre appartement au rez-de-chaussée adapté à son handicap.

Son projet de vie est de conserver un maximum d'autonomie dans sa vie quotidienne et professionnelle. Pour cela, il veut faire face aux difficultés matérielles et financières qu'il rencontre.

Document 2 Le Plan Personnalisé de Compensation

Le Plan Personnalisé de Compensation est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire « en considération des besoins et des aspirations de la personne handicapée tels qu'ils sont exprimés dans son projet de vie » et il fait partie des éléments pris en compte par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées pour prendre ses décisions. (CDAPH)

L'équipe construit, après cet échange avec la personne ou avec son entourage, un « plan personnalisé de compensation » qui fait des propositions en réponse à des besoins qui peuvent être très divers : aides individuelles, hébergement, logement adapté, aide à la communication, scolarisation, orientation professionnelle...

Le plan personnalisé de compensation se place dans une approche globale de la personne au vu de son projet de vie, de son handicap et de l'évaluation menée. Il peut contenir des recommandations concernant : des prestations, des orientations en établissement ou services, des préconisations ou conseils.

Il est transmis pour avis à la personne qui peut formuler ses observations. Puis, le plan proposé, auquel sont jointes les observations éventuelles, est soumis à la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées pour décision.

CNSA

Document 3 La mise en place du plan personnalisé de compensation de M. Dialo

Solutions pour le premier mois	Plan personnalisé de compensation
MDPH CDAPH équipe pluridisciplinaire, médecin.	Dossier et Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH).
Assistante de service social.	Aide Humaine.
Soins infirmiers hygiène confort soins d'élimination 1heure tous les jours de 9 à 10h.	Aide Humaine et Prestation de Compensation du Handicap (PCH).
Aide à domicile 2h de 10 à 12h sauf le dimanche.	Aide Humaine (PCH).
Kinésithérapeute mardi jeudi vendredi de 14 à 15h.	Aide Humaine (PCH).
Transport collectif lundi de 14 à 15h.	Aide au transport.
Aide à la manutention verticalisateur, fauteuil roulant, matériel informatique adapté.	Aide technique (PCH).



Les acteurs du service à domicile

Objectifs

1. Présenter les objectifs et les missions de l'Agence nationale des services à la personne, Associations, fédérations du secteur de l'aide à domicile.
2. Repérer les ressources mises à disposition.

ACTIVITÉ 1 L'Agence nationale des services à la personne : objectifs, missions et ressources

1.1 Citer, à l'aide du document 1, le statut juridique de l'agence nationale des services à la personne et définir cette agence.

C'est un établissement public administratif en charge du développement des activités de services à la personne.

1.2 En vous aidant du document 2, souligner les missions de l'Agence nationale des services à la personne.

1.3 Analyser à partir du document 3 et du graphique lui correspondant, la variation des particuliers employeurs en fonction de leur mode de déclaration.

Même au plus fort de la crise entre 2009 et 2010, le nombre de particuliers employeurs a augmenté de 55 000 avec une utilisation du CESU de plus en plus fréquente.

Document 1

Comment définir l'Agence nationale des services à la personne ?

Art. L. 129-16 du Code du travail

L'Agence nationale des services à la personne, établissement public national à caractère administratif, est chargée de promouvoir le développement des activités de services à la personne. Elle peut recruter des contractuels de droit privé pour une durée déterminée ou pour une mission déterminée.

Document 2

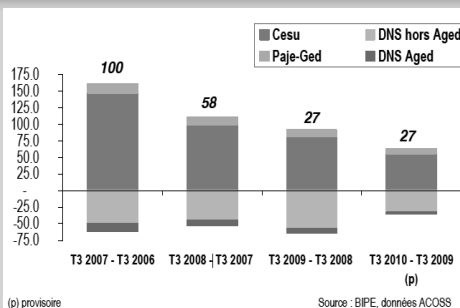
Ses missions et ses objectifs

Les missions de l'Agence visent à favoriser l'émergence de nouveaux services à la personne, à appuyer la constitution d'enseignes nationales, à favoriser la promotion et la qualité des services rendus aux personnes ; elle assure l'implantation et le développement du Chèque emploi service universel (Cesu MD) ; elle assure aussi l'information sur les règles applicables au secteur des services à la personne, auprès des administrations concernées, des particuliers, des salariés et des employeurs L'ANSP a également pour missions de contribuer à l'effort d'implantation nécessaire visant à rendre les services et leur accès plus lisibles.

servicesalapersonne.gouv.fr

Document 3

L'augmentation du nombre de particuliers employeurs



Aged : allocation de garde d'enfant à domicile.
DNS : Déclaration nominative simplifiée, envoyée trimestriellement à l'Urssaf.
Cesu : Chèque emploi service universel

Au troisième trimestre 2010, la France comptait, d'après l'ACOSS 2 078 000 particuliers employeurs. Le nombre de ménages employeurs continue d'augmenter même au plus fort de la crise. Entre le 3^e trimestre 2009 et le 3^e trimestre 2010, il a augmenté de plus de 55 000. Le développement rapide de l'emploi rémunéré en CESU, en Paje-Ged, et la baisse continue des DNS se poursuivent. Quatre ménages sur cinq utilisent désormais le CESU contre trois sur quatre il y a encore un an.

L'Observatoire de l'emploi

ACTIVITÉ 2 L'essor des services à la personne et l'évolution des besoins sociaux

2.1 Comparer puis analyser après lecture du document 4, les chiffres du secteur des services à la personne avec ceux des évolutions de la société française.

Le service à la personne accompagne les évolutions de la société française. Il s'agit d'une illustration par les chiffres, de l'expansion des services à la personne face à l'allongement de la durée de la vie.

2.2 Citer, à partir du document 5, les besoins sociaux auxquels peuvent répondre les services à la personne.

La garde d'enfant, la livraison des courses, le ménage et repassage à domicile, l'informatique et internet, l'aide pour les déplacements, les démarches administratives, le jardinage, l'accompagnement dans les transports en commun.

Document 4 Se repérer dans les chiffres du secteur

Les chiffres du secteur

16 milliards d'euros de valeur ajoutée en 2009*.

1 % de la valeur ajoutée générée dans l'ensemble de l'économie en 2009*.

L'emploi dans le secteur

390 000 emplois créés depuis 2005.

11 000 emplois équivalent temps plein créés en 2009*.

Près de 2 millions de salariés dans les services à la personne (+15 % en 3 ans) *.

Plus de 3 millions de particuliers employeurs sur l'année 2009 *.

Près de 26 000 organismes agréés de services à la personne en 2010 (source nOva).

Les chiffres des évolutions sociales

23 % d'accroissement du taux d'activité des femmes sur les 30 dernières années, pour atteindre 80,7 % des femmes entre 25 et 49 ans.

Une espérance de vie en progression constante :

- 74 ans en 1980,

- 79 ans en 2004,

- 84 ans en 2050.

Hausse du nombre de personnes vivant seules :

- 1 personne sur 8 en 1999, soit environ 7,4 millions en France (dont près de 3 millions de personnes âgées d'au moins 65 ans).

- 1 personne sur 6 en 2030.

servicealapersonne.gouv.fr

* Prévisions du BIPE : conseil spécialisé dans les prévisions économiques

Document 5 Les services à la personne en chiffre

Adapté aux nouveaux modes de vie et aux besoins sociaux de la population française, le secteur des services à la personne soutenu par l'Agence nationale des services à la personne connaît une forte croissance.

96% des Français
pensent que les services à la personnes correspondent à de vrais besoins des consommateurs.
(LH2 - 2010)

2 millions
de professionnels
à votre service,
partout en France.
(BIPE - 2011)

26 000
organismes
de services
à la personne.
(nOva - 2011)

ACTIVITÉ 3 Le secteur de l'aide à la personne

3.1 Relever dans le document 6 les différents organismes qui constituent le secteur de l'aide à domicile.

Les organismes d'aide à domicile sont des associations et des fédérations comme l'ADMR, l'UNA mais aussi les CCAS.

3.2 Souligner dans le document 5 les nouveaux services de l'aide à domicile introduits dans le plan de développement des services de 2009.

3.3 Dans le document 8, souligner deux objectifs de l'ADMR.

3.4 Citer la mission principale de l'ADMR.

La mission première de l'ADMR est de permettre aux familles et aux personnes de bien vivre chez elles.

3.5 Décrire la valeur dominante de l'ADMR.

La valeur dominante de l'ADMR est de lutter contre la solitude et l'isolement, et cela, dans un but non lucratif en s'appuyant sur des bénévoles.

3.6 Relever dans le document 9 le mode d'intervention de l'ADMR

Le mode d'intervention de l'ADMR est une action de proximité décentralisée et solidaire, grâce à de petites équipes de bénévoles issues de la population locale.

Document 6

Les organismes du secteur de l'aide à domicile

Les organismes agréés de services à la personne sont majoritairement des associations et des organismes publics dominés par de grandes fédérations comme l'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR) ou l'Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services à Domicile (UNA) mais aussi l'action des Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS).

Cahier de recherche n°277, CREDOC

Document 7

L'adaptation des services aux besoins des usagers

Les services à la personne contribuent au bien être des concitoyens sur leurs lieux de vie connaissent une croissance forte correspondant à une demande sociale importante et diversifiée.

Le champ des services aux personnes est défini par la Loi du 26 juillet 2005. Il couvre un large éventail de services tels que les travaux ménagers, l'assistance informatique et administrative à domicile, la livraison des repas, le petit bricolage, les petits travaux de jardinage, la garde d'enfant à domicile, le soutien scolaire et les cours à domicile, l'assistance aux personnes âgées et handicapées, etc...

En 2009, le plan de développement des services à la personne intègre cinq nouveaux services : l'aide aux aidants familiaux, l'audit éco-habitat, la prévention des accidents de la vie courante au domicile, l'assistance informatique à distance, le soutien scolaire en mini groupes dans les Zones Urbaines Sensibles.



Document 8

L'origine du mouvement, l'organisation de l'ADMR, ses valeurs

L'ADMR (Aide à Domicile en Milieu Rural) est un mouvement associatif (loi 1901) L'objectif est double : aider les familles rurales dans les tâches domestiques et créer des emplois de proximité pour retenir les jeunes filles dans les campagnes.

Les valeurs de l'ADMR sont fortes et puisent leur origine au fondement même du mouvement : le monde rural et la famille. La valeur dominante est la fraternité contre la solitude et l'isolement, et cela, dans un but non lucratif bien sûr. Ce sont ces valeurs qui permettent à l'ADMR de rassembler autant de bénévoles autour de son projet.

Document 9

Le mode d'intervention de l'ADMR

L'Association du service à domicile fédère des structures d'aide à domicile et leur apporte un appui. Le mode d'intervention de l'ADMR est fondé sur une action de proximité décentralisée et solidaire, grâce à de petites équipes de bénévoles issues de la population locale. L'ADMR représente 3 350 associations locales regroupées en fédérations départementales.

entrepreneur-social.net

ACTIVITÉ 4 Adessadomicile en chiffres

À partir du document 10,

4.1 Relever les services les plus représentés au sein d'Adessadomicile.

Les services les plus représentés sont les structures qui interviennent auprès des personnes âgées et/ou des personnes en situation de handicap pour 83 % et 85 % des structures qui proposent des services à la personne.

4.2 Expliquer l'importance de cette fédération.

La fédération représente 400 associations et organismes gestionnaires. Ces structures emploient 40 000 salariés couvrent 22 régions et sont représentées dans 90 départements.

Document 10

Adessadomicile : une fédération de 400 associations



adessadomicile
Fédération Nationale

Adessa, reconnue d'utilité publique représente quelque 400 associations et organismes gestionnaires à but non lucratif, oeuvrant dans l'aide, le soin à domicile et les services à la personne. Ces structures emploient près de 40 000 salariés.

Par leurs actions fondées sur le professionnalisme et la qualité des interventions, les structures adhérentes contribuent chaque jour à l'aide aux familles, à la protection de l'enfance, au maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie et à l'accès aux soins à domicile pour tous.

- 20% des structures interviennent exclusivement auprès des familles
- 83% des structures interviennent auprès des personnes âgées et/ou des personnes en situation de handicap
- 85% des structures proposent des services à la personne
- 33% sont des services de soins à domicile (Centres de Soins Infirmiers et Services de Soins infirmiers A Domicile) : 79 CSI, 58 SSIAD (dont 29 gérés par des CSI).

adessadomicile.org

Acteurs de la solidarité nationale, les adhérents d'*adessadomicile* – associations et les structures publiques ou privées à but non lucratif (CCAS, SIVOM, SCOOP...) – contribuent chaque jour, au maintien à domicile, au soutien des personnes en situation d'handicap, à la prévention, à la promotion de la santé et à l'accès aux soins à domicile. Les services d'aide et de soin interviennent ainsi dans de nombreux domaines, tels que la protection de l'enfance, la perte d'autonomie, la dépendance, la médiation et l'aide à la parentalité, les problèmes d'insertion sociale, la prise en charge et l'accompagnement de personnes atteintes notamment de maladies chroniques au nombre desquelles figure la maladie d'Alzheimer, l'aide aux aidants...

Ses valeurs sont :

- la solidarité et l'accueil des diversités comme source de créativité ;
- le respect de la personne aidée, accompagnée/soignée et de sa liberté de choix ;
- l'accès à tous à une aide, à des soins de proximité, professionnels et de qualité.

Le réseau Adessadomicile couvre les 22 régions françaises. Les associations et structures gestionnaires à but non lucratif sont présentes dans plus de 90 départements, dont les départements, collectivités et régions d'outre-mer.



La méthodologie d'intervention L'Agence nationale des services à la personne et les autres acteurs

1 La méthodologie d'intervention de l'aide à domicile

Le décret du 25 juin 2004 définit les missions des services d'aide et d'accompagnement à domicile. Les prestations réalisées sur prescription médicale s'inscrivent dans un projet individualisé d'aide et d'accompagnement élaboré à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne. L'analyse des besoins et le projet de vie doivent être élaborés avec méthode. Il s'agit bien chaque fois d'un **projet personnalisé**, qui part d'une analyse fine de la situation de la personne, de ce qu'elle dit, de ce qu'elle manifeste d'une façon ou d'une autre, de ce qu'on apprend d'elle et qu'on va chercher à valider chemin faisant avec elle.

Les différents professionnels impliqués dans une situation de travail à domicile (l'équipe médico-sociale du Conseil Général, les responsables des services d'aide à domicile, les aides à domicile, le médecin) et l'entourage familial peuvent jouer un rôle plus ou moins favorable à la mise en œuvre de projets de vie. Certaines de leurs positions peuvent freiner la réalisation de ces projets et mettre en échec un retour à l'autonomie de la personne âgée ou simplement l'accès à une vie plus ouverte et plus dynamique.

La concertation est un point central de la réussite d'une intervention et du projet de travail à mettre en place.

Les différentes situations présentées ci-dessous, comme des supports d'apprentissages illustrent, sous des angles différents, tout ce qu'il faut organiser et mettre en œuvre avec une chaîne d'acteurs pour mener à bien un projet de vie.

Gérontologie et Société n°118, B. Croff

La démarche de projet personnalisé

Situations professionnelles	Les stratégies utilisées
Ecoute, observation et analyse de la situation au quotidien.	Observer les façons d'agir tout en réalisant les tâches prescrites.
Toilette.	Dire les choses avec tact. Restaurer la personne dans sa dignité de sujet.
Habillage.	Fonder une relation de confiance ou la réciprocité est possible afin de valoriser la personne.
Repas habitudes quotidiennes.	Initier la personne à être partie prenante dans l'action sans craindre de jugement.
Accompagner la personne dans son projet, réaliser les objectifs.	Utiliser son sens de l'observation pour guider la personne.
Identifier les freins possibles.	Trouver du sens dans les actions. Vérifier qu'il s'agit bien d'un projet personne et non celui de la famille ou de celui de l'aide à domicile.
Travailler en équipe.	Trouver des ressources en complément de son intervention avec d'autres partenaires.
Evaluer	Evaluer l'accompagnement se réalise par la personne accompagnée, la structure, la famille, l'équipe.

2 Le service à la personne

L'agence nationale des services à la personne

L'agence nationale des services à la personne est chargée de promouvoir le développement et la qualité du secteur des services à la personne, elle est un établissement public administratif, créé par le décret du 14 octobre 2005, en application de la loi du 26 juillet 2005.

Elle est placée aujourd'hui sous la tutelle du Ministère du Travail, de la Santé et de l'Emploi et du Secrétariat d'Etat chargé du Commerce, de l'Artisanat, des Petites et Moyennes Entreprises, du Tourisme, des Services, des Professions libérales et de la Consommation.

L'Agence sert à ce que :

- les acteurs du secteur puissent identifier un acteur de référence unique ;
- l'action administrative agisse de façon toujours plus efficace en faveur du développement des services à la personne.

L'agence nationale des services à la personne sert avant tout à dynamiser un secteur économique.

L'aide à domicile : l'étendue de ses actions

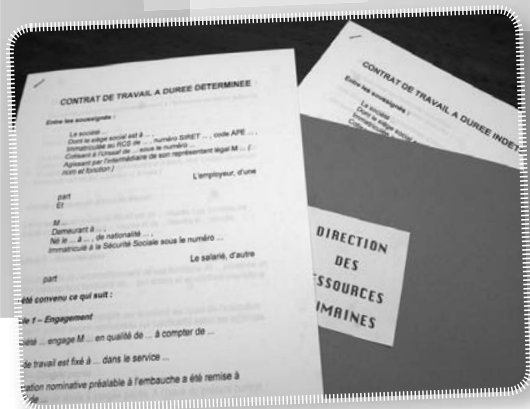
Acteurs de la solidarité nationale, les adhérents d'*adessadomicile* – associations et les structures publiques ou privées à but non lucratif (CCAS, SIVOM, SCOOP) – contribuent chaque jour, au maintien à domicile, au soutien des personnes en situation d'handicap, à la prévention, à la promotion de la santé et à l'accès aux soins à domicile.

Les services d'aide et de soin interviennent ainsi dans de nombreux domaines, tels que la protection de l'enfance, la perte d'autonomie, la dépendance, la médiation et l'aide à la parentalité, les problèmes d'insertion sociale, la prise en charge et l'accompagnement de personnes atteintes notamment de maladies chroniques au nombre desquelles figure la maladie d'Alzheimer, l'aide aux aidants...

Les missions des services sont de prévenir, réparer ou restaurer, éduquer et accompagner la personne dans le cadre d'une intervention professionnelle et d'une démarche de qualité.

Quelques exemples :

- permettre aux personnes âgées, dépendantes de rester à leur domicile ;
- soutenir les personnes en situation d'handicap ;
- soigner à domicile ;
- proposer des solutions lors des retours d'hospitalisation ;
- soulager les aidants familiaux ;
- faciliter le quotidien des familles et des personnes ;
- être un médiateur familial et aider à la parentalité ;
- aider les jeunes parents ;
- garder et accompagner à l'école les enfants...



Le contrat de travail, la durée et les congés, le salaire

Objectifs

1. Identifier les éléments d'un contrat.
2. Citer les différentes formes de rupture et présenter les modalités de licenciement et de son indemnisation.
3. Énoncer la durée du travail, les différents types de congés et les modalités de fixation et de paiement des salaires.

ACTIVITÉ 1 Le contrat de travail

1.1 Surligner les éléments d'un contrat de travail à domicile à partir du document 1.

Document 1 Le contrat de travail d'Antonio

Entre les soussignés : L'association ADMR (L'association du service à domicile) de ... représentée par ... agissant en qualité de présidente et Monsieur Antonio B. né le 14 avril 1978 à Lille, de nationalité française.

Article 1 : Le salarié est engagé en qualité d'auxiliaire de vie à compter du 01 juin 2009

Article 2 : Cet engagement deviendra définitif à l'issue d'une période d'essai d'un mois, soit 30 jours calendaires.

Article 3 : Le salarié exercera ses fonctions chez les personnes qui lui seront désignées par l'association et dans le secteur géographique de l'association.

Article 4 : Le salarié bénéficie d'un congé annuel payé conformément aux dispositions en vigueur, soit 30 jours ouvrés par an. [...]

Article 5 : La durée mensuelle de travail du salarié est de 100 heures. La durée mensuelle de travail effectif pourra varier [...] entre 66,5 et 133,5 heures [...] à condition que sur un an, la durée mensuelle n'excède pas en

moyenne la durée mensuelle stipulée au contrat.

En contrepartie de son activité, le salarié percevra une rémunération de 296 points (valeur du point : 5,302 €).

Article 5 bis : Les horaires de travail sont précisés aux salariés lors de la notification du planning d'intervention. Dans le but d'assurer la continuité des activités à domicile, le salarié peut être amené à travailler les dimanches et jours fériés...

Article 9 : Le présent contrat est à durée indéterminée. Il pourra y être mis fin par écrit par l'une ou l'autre des parties en observant un préavis de ... prévu par la convention collective, sauf en cas de faute grave ou lourde.

Article 10 : Le salarié s'engage à suivre les formations organisées par l'employeur.

Article 12 : [...] Le salarié est tenu à la discrétion professionnelle et de ne pas divulguer tout ce dont il aura eu connaissance au cours de son travail.

1.2 En s'aidant du document 2, indiquer la forme de rupture dans les cas suivants.

Nouara renonce à son poste de maîtresse de maison car elle suit son mari qui est muté à Nice	Démision
Adèle perd son emploi d'auxiliaire de vie car elle a volé des bijoux au domicile d'une personne.	Licenciement pour faute grave
Abel, aide-soignant dans une maison de retraite, perd son emploi suite à une restructuration.	Licenciement économique
Mon employeur m'a déclassé sans m'en parler, me confie peu de tâches et a baissé mon salaire.	Résolution judiciaire
Le directeur a fait part à Claudine, responsable d'hébergement, de mettre fin à son contrat de travail et elle ne s'y est pas opposée.	Rupture conventionnelle

Document 2 Les formes de rupture du contrat de travail

La démission est l'acte par lequel le salarié met un terme au contrat de travail, celui-ci est libre de démissionner à tout moment, à la condition de respecter un délai de préavis.

Le licenciement est la résiliation du contrat de travail à l'initiative de l'employeur. Deux types de licenciement : inhérent à la personne du salarié ou pour motif personnel (pour cause réelle et sérieuse, faute grave ou lourde) ou économique (pour difficultés économiques, restructuration, réorganisation, cessation d'activité...).

La loi de modernisation du marché du travail du 25 juin 2008 a ins-

tauré un nouveau mode de rupture du contrat de travail : la rupture conventionnelle, procédure qui permet à l'employeur et au salarié de convenir d'un commun accord des conditions de la rupture du contrat de travail. Elle ne peut être imposée par l'une ou l'autre partie et résulte d'une convention signée par l'employeur et le salarié, qui atteste de leur consentement mutuel.

La résolution judiciaire du contrat de travail est un mode de rupture du contrat de travail exercé par les juges au motif de l'inexécution, par l'une des parties au contrat, de ses obligations.

- 1.3** À l'aide du document 3, donner les étapes importantes dans la procédure de licenciement d'Abel et souligner les indemnités que ce salarié est en droit de toucher.
- 1^{ère} étape : Abel doit être convoqué à un entretien préalable
- 2^{ème} étape : Puis Abel sera convoqué à un entretien par lettre recommandée avec accusé de réception
- 3^{ème} étape : Cinq jours après réception de la lettre, Abel sera entretenu
- 4^{ème} étape : Il recevra la notification du licenciement par lettre recommandée avec accusé de réception

Document 3
Les modalités de licenciement et son indemnisation

La procédure de licenciement comprend 3 étapes mais l'employeur doit d'abord s'entretenir avec le salarié.

La convocation à l'entretien

Envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception ou en main propre contre décharge. La lettre doit informer le salarié des raisons de son licenciement.

L'entretien

L'employeur expose les motifs du licenciement. Il ne peut avoir lieu avant 5 jours ouvrables après réception de la lettre.

La notification

Envoi en recommandé (1 ou 2 jours après l'entretien) avec accusé de réception. Elle doit impérativement contenir l'énoncé des motifs

L'employeur doit en informer le Directeur Départemental du Travail et de l'Emploi dans les 8 jours suivant la lettre de licenciement. Tout licenciement oblige à indemnisation : L'indemnité de licenciement ne peut être inférieure à 1/5ème de mois de salaire par année d'ancienneté, plus 2/15ème de mois par année au-delà de 10 ans d'ancienneté ; l'indemnité de préavis (si non respect) et l'indemnité compensatrice de congés payés et d'ancienneté.

ACTIVITÉ 2 La durée du travail et les congés

- 2.1** À l'aide des documents 1 à 4, indiquer la durée annuelle et les durées mensuelles possibles d'Antonio.
- Durée annuelle = 100 x12=1200h et les durées mensuelles peuvent varier 66,5 h à 133,5 h
- 2.2** Indiquer le type de congés dont peut bénéficier chacune de ces personnes et la durée.
- Florent, aide soignant à l'hôpital, souhaite prendre un congé pour s'occuper de ses enfants.
- Congé parental d'éducation d'une durée maximum d'un an avec prolongation possible jusqu'aux trois ans de l'enfant
- Maélise, aide-soignante à domicile, et Marin, commercial, souhaitent se marier.
- Congé pour événements familiaux. Maélise aura droit à un congé de 5 jours alors que Marin n'aura que 4 jours.

Document 4
La durée du travail et les congés

La durée légale du travail est fixée à 35 heures par semaine mais le travail à domicile est souvent à temps partiel.

Les différents congés sont :

Code du travail article L. 3142-1	Convention collective des salariés de l'ADMR
<ul style="list-style-type: none"> - congés payés : 30 jours - mariage : 4 jours - naissance ou adoption d'un enfant : 3 jours - décès d'un enfant ou du conjoint : 2 jours - décès d'un père, d'une mère, d'un beau-parent : 2 jours - parental d'éducation : durée initiale d'un an maximum, mais prolongation possible (2 fois) jusqu'à la date des 3 ans 	<ul style="list-style-type: none"> 5 jours ouvrés 4 jours ouvrés 5 jours ouvrés Parents : 3 jours ouvrés, beau-parent : 2 jours Ce congé ne devra pas dépasser trois ans.

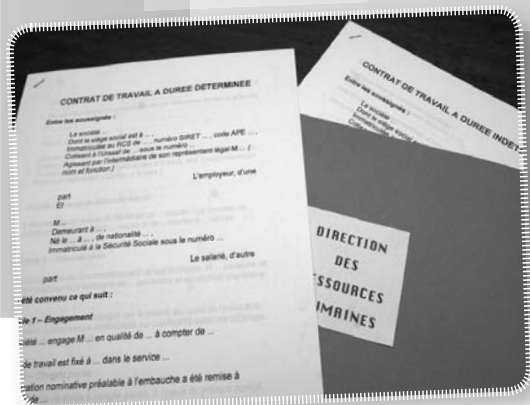
Les congés spéciaux : de formation, de maternité ou d'adoption, de paternité, pour enfant ou conjoint malade, maladie, jours fériés.

ACTIVITÉ 3 Le salaire

- 3.1** Souligner dans le document 5 les deux points importants pour le calcul du salaire.
- 3.2** En s'aidant des documents 1 et 5, calculer le salaire mensuel brut d'Antonio.
- 296 x 5.302 = 1569,39 euros pour 151.6h donc 1042,09 euros pour 100 heures

Document 5
Les modes de calcul du salaire

L'élément principal de la rémunération d'un agent de la fonction publique hospitalière est constitué du traitement indiciaire qui est calculé en fonction du grade et de l'échelon. L'indice obtenu est multiplié par la valeur du point d'indice (au 1^{er} janvier 2012 : 4,6303€). Les grilles de rémunération des salariés à domicile sont négociées au sein de la convention collective de la branche. Un nombre de points est attribué en fonction du grade et de l'ancienneté et la valeur du point est révisée régulièrement (au 1er janvier 2012 : 5,302€).



La formation tout au long de la vie et la convention collective

Objectifs

1. Repérer les différents dispositifs existants et préciser leurs objectifs et les principales conditions de leur mise en œuvre
2. À partir de conventions collectives du secteur professionnel, énoncer leurs rôles et leurs effets.

ACTIVITÉ 1 Les différents dispositifs de formation tout au long de la vie

1.1 Après lecture des documents 1 et 2, compléter le tableau ci-dessous.

Situations	Type et dispositif de formation
Aurélié est assistante en soins et santé en maison de retraite depuis 3 ans. Son responsable lui demande de suivre une formation sur la maladie d'Alzheimer.	Formation demandée par le directeur qui fait partie du plan de formation de l'entreprise. Aurélié est en mission professionnelle et sera rémunérée par son entreprise.
Rachida, AMP depuis 4 ans dans un centre pour handicapés mentaux, demande à suivre un stage de 2 jours pour stimuler la mémoire des personnes désorientées.	Formation demandée par la salariée qui nécessite l'accord de son employeur. Il s'agit du droit individuel à la formation qui est de 20h par an, donc elle remplit les conditions.
Tatiana, titulaire du bac Pro ASSP et aide-soignante depuis 2 ans, s'occupe de personnes âgées et handicapées. Elle souhaiterait devenir maîtresse de maison.	Tatiana peut demander un bilan des compétences afin de définir son nouveau projet professionnel. Action permise dans le plan de formation de l'entreprise.
Claude, aide-soignant depuis 3 ans en maison de retraite, souhaite devenir assistant de soins en gériatrie au sein d'un SSIAD.	Claude a droit à un congé individuel de formation pour suivre à son initiative une formation afin de changer d'emploi. (formation de 140 h).
Arthur est auxiliaire de vie sociale depuis 7 ans en maison de retraite et souhaiterait accéder à la fonction d'aide-soignant.	Arthur peut faire reconnaître son expérience par une VAE afin d'obtenir le diplôme d'aide-soignante. Ceci dans le plan de formation de l'entreprise.

Document 1 Les actions de formation à l'initiative de l'employeur (le plan de formation de l'entreprise)

Quelles que soient les entreprises, les salariés peuvent suivre, au cours de leur vie professionnelle, des actions de formation professionnelle continue. Le départ en formation peut s'effectuer dans le cadre du plan de formation de l'entreprise.

1. Des actions de formation en fonction de l'intérêt de l'entreprise et de ses objectifs, mises en place suite à un recensement des besoins et une consultation des représentants du personnel. Le salarié en mission professionnelle est rémunéré par l'entreprise.

2. L'accès au bilan de compétences vous permet de faire le point sur les acquis, les aptitudes et motivations et de définir un nouveau projet professionnel. Votre consentement est nécessaire.

3. La validation des acquis de l'expérience (VAE) est la reconnaissance de l'expérience professionnelle, sociale et/ou bénévole (au moins trois ans) pour l'acquisition d'un titre ou d'un diplôme à finalité professionnelle. Cette expérience est validée par un jury.

Document 2 Les actions de formation à l'initiative du salarié

Des actions nécessitant l'accord de l'employeur

Le droit individuel à la formation (DIF) a pour objectif de permettre à tout salarié en CDI, ayant au moins un an d'ancienneté dans l'entreprise, de bénéficier de formations professionnelles rémunérées ou indemnisées et suivies pendant ou en dehors du temps de travail (20h/an cumulables sur 6 ans.)

**Mesures
nécessitant
l'autorisation
d'absence de
l'employeur**

Le congé individuel de formation (CIF). Le salarié peut, durant un an maximum, au cours de sa vie professionnelle, suivre à son initiative et à titre individuel, des formations ou préparer et passer un examen afin d'accéder à une qualification supérieure, changer d'emploi... Pour cela il doit justifier d'une ancienneté de 24 mois consécutifs ou non en tant que salarié dont 12 mois dans l'entreprise. Pendant le congé, le bénéficiaire reste salarié de son entreprise et le financement du congé est assuré à 80 % par des organismes paritaires agréés par l'État.

ACTIVITÉ 2 La convention collective

2.1 À l'aide du document 3, indiquer les avantages pour Karine de travailler à domicile.

Karine est assistante de soins en gériatrie au SSIAD de Nancy.

Karine bénéficiera d'une augmentation de rémunération ou d'un repos compensateur pour travail du dimanche ou jour férié. Elle aura un régime complémentaire santé qui lui facilitera l'accès aux soins. Après 5 ans d'ancienneté, elle profitera de congés supplémentaires.

2.2 En déduire les rôles d'une convention collective.

La convention collective complète et améliore les dispositions du code du travail. Elle met en place des avantages qui n'y sont pas prévus, tels qu'un régime de prévoyance, ou des congés supplémentaires. Dans les domaines où le Code du travail ne fixe pas de règles impératives comme le travail du dimanche, elle organise des règles particulières au secteur d'activité.

2.3 À qui s'adresse cette convention collective ?

L'application du texte est obligatoire par tous les employeurs, et concerne tous les salariés entrants dans son champ professionnel et territorial sans considération d'appartenance aux organisations signataires ou adhérentes. Elle doit donc s'appliquer à tous les salariés du domicile.

Les dispositions de cette nouvelle convention s'appliquent désormais à l'ensemble des structures de la branche de l'aide à domicile. La convention unique de branche va permettre à l'ensemble des salariés d'accéder à de nouveaux droits, à un dispositif de professionnalisation renforcé et à une meilleure conciliation entre vie professionnelle et vie privée.

Articles du Code du travail

Article L.3121-34 La durée quotidienne du travail effectif par salarié ne peut excéder dix heures, sauf dérogations accordées dans des conditions déterminées par décret.

Article L.3122-39 Les travailleurs de nuit bénéficient de contreparties au titre des périodes de nuit pendant lesquelles ils sont employés sous forme de repos compensateur et, le cas échéant, sous forme de compensation salariale.

Article L.3131-1 Tout salarié bénéficie d'un repos quotidien d'une durée minimale de onze heures consécutives.

Contrairement à une idée largement répandue, la loi ne prévoit aucune majoration de salaire le dimanche. La loi ne prévoit pas non plus de système basé sur le volontariat.

L'employeur n'est pas dans l'obligation d'offrir une couverture de prévoyance complémentaire à ses salariés.

Le Code du travail n'accorde pas de congés supplémentaires en fonction de l'ancienneté du salarié. Les dispositions du Code du travail se limitent à fixer le nombre de congés payés à 30 jours ouvrables par année.

La convention collective nationale de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile

Article 5.1.3. La durée journalière du travail ne peut dépasser 10 heures. Le repos de nuit ne peut être inférieur à 11 heures. Les nécessités du service [...], justifient les variations de l'horaire journalier de travail. Les temps d'organisation, de coordination et de soutien mis en place par les employeurs (réunions de service...) sont désormais intégrés dans le temps de travail effectif. Les travailleurs de nuit ont une contrepartie en repos de 5 % des heures travaillées pendant la plage nocturne.

Article 5.1.2 Travail du dimanche et des jours fériés. Les salariés bénéficient de 2 jours de repos par semaine, en principe consécutifs, sauf besoins impérieux du service. Une majoration de la rémunération du travail du dimanche, avec la possibilité de créer des équipes dédiées au travail de fin de semaine, sur la base du volontariat des salariés. Les heures travaillées le dimanche ou un jour férié donnent lieu soit à une majoration de salaire soit à un repos compensateur.

La mise en place d'un régime de complémentaire santé obligatoire, facilitant l'accès aux soins pour les salariés.

Les salariés bénéficient de congés d'ancienneté (pour 5 ans d'ancienneté, un jour ouvré supplémentaire).



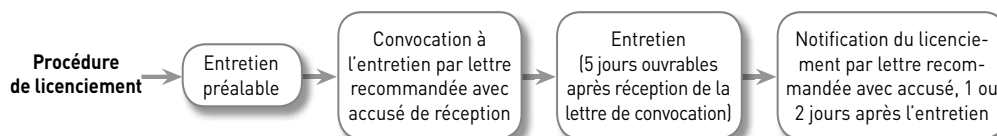
Le contrat de travail, la formation et la convention collective

1 Le contrat de travail, la durée du travail, les congés, le salaire

1.1 Le contrat de travail

Le contrat de travail est un type de contrat par lequel une personne (employé) s'engage à effectuer un travail pour une autre (employeur) moyennant une rémunération. Il est rédigé par écrit, signé librement par les deux parties et crée des droits et des obligations réciproques pour chacune des parties. Il contient les éléments suivants : l'identité des parties, la date du début et la durée de la période d'essai, la qualification professionnelle et la fonction occupée par le salarié, la rémunération, la durée du travail et les horaires, le repos hebdomadaire et les congés payés, la durée du préavis, la convention collective, la nature du contrat... On distingue :

Le contrat à durée déterminée	Contrat limité dans le temps, qui cesse à la date ou à échéance prévues à l'embauche, mais ne peut en principe être rompu avant.
Le contrat à durée indéterminée	Ne prévoit pas la date à laquelle il prend fin et peut être rompu à tout moment par le salarié (démission) ou par l'employeur (licenciement), ou d'un commun accord entre les deux parties (rupture conventionnelle).



L'indemnité minimale de licenciement ne peut être inférieure à 1/5^e de salaire mensuel de référence par année d'ancienneté, auquel s'ajoutent 2/15^e de salaire mensuel par année au-delà de 10 ans d'ancienneté. À laquelle s'ajoutent l'indemnité compensatrice de congés payés et l'indemnité de préavis en cas de non-respect.

1.2 La durée du travail

Fixée à 35 heures hebdomadaires pour tous les salariés de jour (32 h 30 pour ceux de nuit), la durée légale du travail effectif est une durée de référence. La plupart des employés à domicile ont des contrats à temps partiel. Pour assurer la continuité des soins à domicile ou en établissement, des contraintes temporelles s'imposent comme le travail le dimanche, des jours fériés... En cas de travail continu, la durée quotidienne ne peut excéder 9 heures.

1.4 Le salaire

Le salaire du personnel de la fonction publique hospitalière est calculé à partir d'une base indiciaire qui tient compte du diplôme, de l'emploi et de l'ancienneté (**coefficient indiciaire x valeur du point fixée régulièrement**).

Le salaire des employés à domicile tient compte de la qualification et de l'ancienneté mais ne peut être inférieur ni au SMIC horaire, ni aux minimaux prévus dans la convention collective (**nombre de points x valeur d'un point**).

D'autres emplois comme celui de maîtresse de maison, reconnu depuis 2003 dans la convention collective des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées (convention du 15/03/66), font l'objet de négociations au sein de la convention. Les salaires sont versés une fois par mois par chèque ou par virement bancaire ou postal.

1.3 Les congés

Les différents types de congés :

- **Congés payés** à raison de 2,5 jours ouvrables par mois de travail effectué.
- **Congés tenant à la vie familiale** : congé pour événements familiaux, maternité, parental d'éducation, pour enfant malade, d'adoption, de naissance, de paternité.
- **Congés pour besoins personnels** : congé pour création d'entreprise, sabbatique, de formation professionnelle, sans solde...

2 La formation tout au long de la vie dans le secteur sanitaire et social

Quelles que soient les entreprises, les salariés peuvent suivre, au cours de leur vie professionnelle, des actions de formation professionnelle continue.

L'employeur peut proposer **dans le cadre du plan de formation de l'entreprise** :

- des actions d'adaptation au poste de travail ou liées à l'évolution ou au maintien dans l'emploi (ex. accompagnement de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, lutte contre les infections nosocomiales...);
- des actions de développement des compétences des salariés.

• **Les actions nécessitant le consentement préalable du salarié.**

Le bilan de compétences	La validation des acquis de l'expérience (VAE)
<ul style="list-style-type: none"> - Avoir cinq années d'ancienneté dont 12 mois au sein de l'entreprise. - Le demander ou donner son consentement. <p>Il permet d'analyser ses compétences et aptitudes professionnelles et personnelles, ses motivations dans le cadre d'un projet.</p>	<p>C'est une mesure qui permet à toute personne, quels que soient son âge, son niveau d'étude ou son statut, de faire valider les acquis de son expérience pour obtenir une certification professionnelle. Trois ans d'expérience en rapport avec le contenu de la certification visée sont nécessaires (ex. : aide-soignant, auxiliaire de vie sociale, aide médico-psychologique, auxiliaire de puériculture...).</p>

Les actions de formation à l'initiative du salarié

- **Le congé individuel de formation (ou CIF)** est un congé d'un an maximum qui permet à tout travailleur (ayant une ancienneté de 24 mois consécutifs ou non en tant que salarié dont 12 mois dans l'entreprise) de suivre durant un an maximum au cours de sa vie professionnelle, à son initiative et à titre individuel, des actions de formation qui peuvent lui permettre :
 - de changer d'activité ou de profession (ex. : Ambulancier(e) → Aide-Soignante) ;
 - d'acquérir une nouvelle qualification ou une qualification supérieure (ex. : Agent hospitalier de stérilisation - infirmier → infirmier anesthésiste) ;
 - de perfectionner et élargir ses compétences.

Pendant ce congé, le contrat de travail n'est pas rompu mais suspendu. La formation est rémunérée par des organismes paritaires agréés par l'État (Fongecif, Opacif...).
- **Le droit individuel à la formation (ou DIF)** est un capital d'heures, déterminant des droits à formation, dont tout salarié en CDI ayant au moins un an d'ancienneté dans l'entreprise peut disposer à son initiative, mais avec l'accord de son employeur. Il peut permettre d'acquérir des compétences utiles dans un autre emploi ou dans une évolution de carrière, d'adapter ses compétences aux évolutions de son métier, de préparer l'obtention d'un diplôme ou d'une certification, (ex. : formation en hygiène en milieu hospitalier- gestion d'une équipe en milieu hospitalier).



3 La convention collective

C'est un accord écrit issu d'une négociation entre :

- d'une part, les syndicats de salariés ;
- et, d'autre part, les organisations patronales.

Son rôle est de compléter et d'adapter les dispositions existantes du Code du travail et d'organiser des règles particulières (conditions d'emploi et de travail des salariés, salaires minimaux, congés, régimes de prévoyance...) au secteur d'activités ou à l'entreprise. Les conventions ne peuvent être moins favorables aux salariés que le Code du travail. On peut donc dire que la convention collective est une sorte de « Code du travail amélioré » propre à un secteur d'activités. Une convention collective comprend en général un texte de base et des avenants, accords ou annexes, résultant de modifications périodiques.

L'extension résulte d'une décision du ministre du Travail qui a pour effet de rendre une convention collective de branche obligatoire pour toutes les entreprises entrant dans son champ d'application (ex. : La convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement des soins et services à domicile appliquée depuis le 1^{er} janvier 2012).



Le travail en équipe

Objectifs

1. Différencier les diverses formes de plannings d'activités ou de travail et leurs intérêts respectifs.
2. Énoncer les moyens facilitant la communication au sein d'une équipe.
3. Indiquer les moyens de valorisation des membres de l'équipe.
4. Indiquer les moyens de régulation dans la gestion d'une équipe (coordination, intégration des nouveaux personnels, gestion des tensions).

ACTIVITÉ 1 Les formes de plannings d'activités

1.1 Dans le document 1, souligner les objectifs d'un planning.

1.2 Relever, dans le document 1, les différentes formes de planning et leur utilisation.

C'est un planning à gouttière. Il est utilisé pour les activités à durée variable comme pour le planning des congés du personnel.

Le planning statique est utilisé pour les emplois du temps.

1.3 Déterminer dans le document 2 le type de planning et son intérêt.

C'est un planning à gouttières utilisé pour les congés du personnel.

1.4 Observer le planning d'Amélie (document 3) et calculer le nombre d'heures travaillées quotidiennement. Puis visualiser les avantages et les inconvénients de cet emploi du temps.

Amélie travaille entre 4 et 6 heures par jour ; si son planning lui permet d'adapter sa vie professionnelle à sa vie de famille, elle travaille de façon fractionnée et un dimanche sur deux.

1.5 Déterminer dans le document 4 le type de planning et son intérêt.

Il s'agit d'un planning électronique qui permet de visualiser sur un mois la réservation de salle, de matériel de la ville de la Trèche.

Document 1

L'importance du planning

Le planning est un élément très important dans l'organisation de l'entreprise, il permet de visualiser les prévisions et de suivre leurs réalisations.

Il y a plusieurs types de planning, tel que le planning à gouttière, le planning magnétique, le planning statique ou le planning électronique. Le planning à gouttière est un panneau qui comporte des gouttières plus ou moins profondes destinées à recevoir des bandelettes de longueur variable. Il est composé d'une partie pour mettre des fiches à épaules, une partie comportant l'échelle du temps en haut et un indicateur mobile pour repérer la date. Il est utilisé pour les activités à durée variable comme par exemple le planning des congés du personnel

Le planning magnétique est un panneau métallique quadrillé sur lequel des éléments magnétiques de formes et de couleurs variées sont posés afin de visualiser l'occupation de locaux, la réservation de salle, l'entretien du matériel...

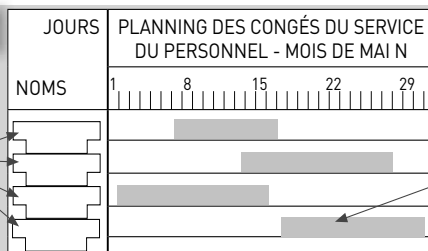
Le planning statique permet de visualiser un état ou une situation à un moment donné. Les informations sont figées sur un panneau constitué de bandes verticales métalliques ou en plastique, placées les unes à côté des autres, comportant des fentes dans lesquelles les fiches à épaules sont placées. Il est utilisé pour les emplois du temps. Le planning électronique est le plus utilisé de nos jours. L'écran informatique a remplacé les planifications murales.

Document 2

Un exemple de planning

L'échelle du temps figure en abscisses

Les tâches à effectuer ou les exécutants figurent sur des fiches en T.



Gouttières

Bandelettes

Le planning d'Amélie

Horaires	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche 1 sur 2
7h à 8h							
8h à 9h							
9h à 11h							
11h à 12h30							
Pause							
14h à 15h							
15h à 16h							
16h à 17h							
17h à 18h							

Le planning de la Trèche

La couleur rouge sur ce planning vous indique que la salle est déjà réservée.

Planning des disponibilités de la Trèche

Lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche
25	26	27	28	29	30	1 juillet
			Cours de piano	Petites salle	Cours de piano Grande salle Petite salle Préaux	Grande salle Préaux
2	3	4	5	5	7	8
			Préaux	Petites salle	Grande salle Préaux	Grande salle
9	10	11	12	13	14	15
				Petites salle	14 juillet Préaux	
16	17	18	19	20	21	22
				Petites salle	Cours de piano Grande salle Petite salle Préaux	
23	24	25	26	27	28	29
			Préaux	Petites salle	Petite salle Préaux	Grande salle
30	31	1 août	2	3	4	6
				Petites salle	Grande salle Préaux	Grande salle Préaux

ACTIVITÉ 2 La notion d'équipe

2.1 Définir le travail en équipe à domicile à partir du document 5.

Le travail d'équipe à domicile implique de travailler en liaison étroite avec les autres personnes intervenant au domicile, de bien connaître les limites de son intervention, d'identifier les missions des membres de l'équipe, de rendre compte de son intervention auprès de sa structure. Si chaque salarié est appelé à faire sa part de travail seul, la pluridisciplinarité de l'équipe se traduit dans les actes d'entraide et s'inscrit dans le cahier de liaison.

2.2 Repérer dans le document 6 les différentes modalités d'organisation, de communication et leurs conséquences pour l'équipe de soins. Organiser vos réponses sous forme de tableau.

Travail	Communication	Conséquences pour l'équipe
---------	---------------	----------------------------

2.3 À partir de votre expérience en milieu professionnel relever l'organisation pratiquée spontanément.

Document 5 Qu'est-ce que le travail d'équipe ?

Le travail d'équipe est la capacité à accomplir les tâches qui nous sont confiées tout en collaborant avec d'autres personnes (entourage familial, intervenants professionnels,) à la réalisation d'un objectif commun. Capacité à identifier les rôles et missions de chacun. Le travail d'équipe implique de faire sa part de travail, l'entraide et la capacité à solliciter la bonne personne au bon moment. Cela implique de bien connaître les limites de son intervention et d'identifier la position et les missions de chacun au sein de l'équipe.

Paradoxalement, le travail d'équipe ne signifie pas toujours travailler à plusieurs au même moment. Ainsi, l'aide à domicile intervient souvent seul(e) au domicile mais toujours au sein d'une équipe pluridisciplinaire sans forcément rencontrer physiquement les autres membres de l'équipe. Le cahier de liaison est un exemple de support de travail d'équipe.

www.compétencesplus.eu

Document 6 Comment communiquer en équipe ?

Les équipes de soins ne travaillent pas toutes de la même façon. Leur efficacité, le partage des tâches, et le climat de travail dépendent grandement de leurs modalités de fonctionnement.

Il existe trois modalités de fonctionnement que les équipes de soins ont tendance à adopter spontanément : le travail différencié, le travail coordonné ou le travail intégré.

Le travail différencié : les membres travaillent de façon indépendante, la répartition des tâches est faite selon les descriptions prescrites. Les interactions sont minimales.

Le travail coordonné : les tâches sont réparties selon les rôles et les priorités du moment. Les interactions sporadiques permettent de partager certaines tâches et une entraide situationnelle prend forme bien que les rôles respectifs prescrits soient maintenus. Ils s'exercent avec suffisamment de flexibilité pour répondre efficacement aux besoins des patients.

Le travail intégré : les rôles sont fusionnés. Un souci particulier est accordé à la relation entre chacun de ses membres.

Document 7 Le travail coordonné

L'évaluation de ces différentes organisations de travail démontre que le travail coordonné est la plus performante : la coordination diminue la perte de temps optimise la contribution de chacun des rôles en valorisant l'apport de tous les membres quelque ce qui favorise un climat de travail harmonieux. Exemple, une auxiliaire de vie peut informer l'infirmière de l'apparition d'une rougeur sur la peau d'un patient pour que l'infirmière puisse procéder à l'évaluation et l'inscrire au dossier du patient. L'auxiliaire se sent écoutée et valorisée.

Dans une équipe de travail intégrée la charge de travail est entièrement partagée allégeant ainsi l'impression de lourdeur, le climat reste agréable seulement si les membres de l'équipe présentent de bonnes affinités sinon des tensions deviennent palpables. Quant au travail différencié à cause du peu d'entraide et du manque d'empathie à l'égard de la réalité du travail des autres les membres de l'équipe se sentent dénigrés et le climat devient tendu.

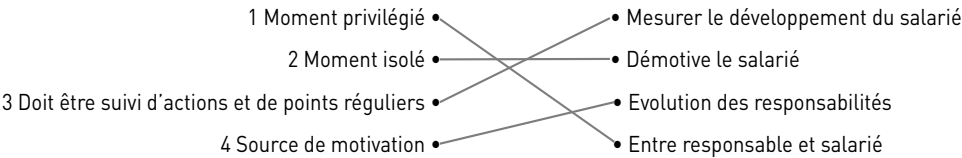
Travailler en équipe oui mais comment ? Article de perspective infirmière juillet 2011

ACTIVITÉ 3 L'évaluation du personnel : missions et objectifs

3.1 Analyser le document 8 et mettre en évidence les objectifs de l'entretien d'évaluation du personnel.

L'entretien individuel d'évaluation du personnel a pour but de faire le point une fois par an sur la situation du salarié à court, moyen et long terme. Il s'agit d'évaluer la réalisation des objectifs fixés un an plus tôt, ainsi qu'en fixer d'autres pour l'année à venir ; de faire un point sur la tenue du poste et détecter le cas échéant les besoins en formation afin de développer les compétences du salarié et donc de préparer et chiffrer le budget Formation. de détecter le potentiel du salarié en vue d'une évolution de poste, si cela est possible au sein de la société, mais également de proposer/d'enrichir le poste par d'autres missions ; d'évoquer les souhaits d'évolution du salarié lui-même ;

3.2 Après lecture du document 9, relier les éléments des deux colonnes entre eux.



Document 8 L'entretien individuel d'évaluation

Le système d'entretien annuel d'évaluation est présent dans une grande partie des entreprises à l'heure actuelle. Cette démarche est particulièrement importante dans le cadre d'un processus de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

En plus du respect de l'obligation légale d'avoir au moins un entretien annuel avec ses salariés, l'entretien peut être, s'il est bien fait et préparé, source de motivation et de performance tant pour le salarié que pour l'entreprise.

À quoi sert-il ? Quels sont ses objectifs ?

Il a pour but de faire un point sur la situation du salarié au sein de l'entreprise et ce pour :

- évaluer la réalisation des objectifs fixés un an plus tôt, ainsi qu'en fixer d'autres pour l'année à venir ;
- faire un point sur la tenue du poste et détecter le cas échéant les besoins en formation afin de développer les compétences du salarié ;
- détecter le potentiel du salarié en vue d'une évolution de poste, si cela est possible au sein de la société, mais également de proposer/ d'enrichir le poste par d'autres missions ;
- évoquer les souhaits d'évolution du salarié lui-même ;
- préparer et chiffrer le budget Formation.

CCI Arras



Document 9 Les bienfaits de l'entretien d'évaluation

L'entretien d'évaluation ne doit pas être un acte isolé mais bien un moment privilégié dans l'année entre le salarié et son responsable hiérarchique. Il doit être suivi d'actions (ex : formation s'il y a eu décision sur ce point lors de l'entretien) et de points réguliers (afin de mesurer le développement du salarié). L'entretien d'évaluation est une

source de motivation s'il est suivi de faits concrets (ex : une évolution des responsabilités, l'aménagement des conditions de travail...). En effet, s'il est uniquement fait par rapport à son obligation légale, cela risque de démotiver le salarié et à la longue, de rendre ce moment d'échanges sans intérêt.



Le tutorat et l'accompagnement

Objectifs

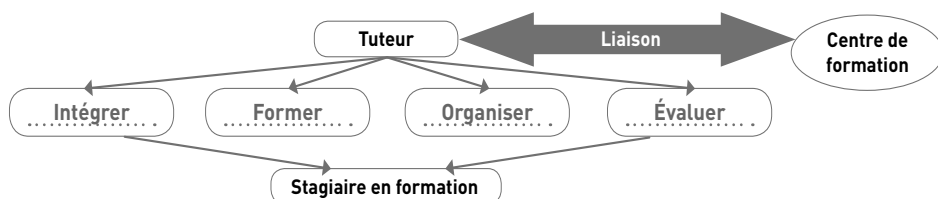
1. Énoncer les rôles du tuteur auprès du stagiaire.
2. Indiquer les documents nécessaires au suivi et à l'évaluation du stagiaire.
3. Définir la notion de bénévolat.
4. Préciser les positionnements possibles d'un bénévole au sein d'un service ou d'une structure.

ACTIVITÉ 1 Le tutorat des stagiaires

1.1 Proposer une définition du tutorat.

Le tutorat est une relation entre une personne en situation d'apprentissage et un professionnel qui va la former en lui transmettant ses savoirs et savoir-faire dans son milieu professionnel.

1.2 Indiquer les rôles du tuteur auprès du stagiaire en complétant le schéma suivant.



1.3 Relever les outils à disposition du tuteur et préciser leur(s) objectif(s), en complétant le tableau ci-dessous.

Outils	Objectifs
Référentiel du diplôme	Prendre en compte le contenu de la formation pour concevoir le plan de formation
Document de liaison	Organiser les activités en fonction des acquis et des compétences à acquérir Assurer le suivi centre de formation/entreprise
Contrat ou convention	Définir les conditions de mise en œuvre du stage
Grille d'évaluation	Préciser les compétences et critères à évaluer pour l'évaluation

Document 1 Le tuteur et ses missions

Le tuteur est un professionnel exerçant dans le métier auquel le stagiaire se prépare. Sa fonction principale est précisément de former, en d'autres termes de transmettre ses savoir-faire. Afin de concevoir le plan de formation du stagiaire, il doit préparer son arrivée en prenant connaissance :

- du référentiel du diplôme ou du métier préparé ;
- de la convention de stage, document administratif et juridique qui a pour objectif d'encadrer les modalités exactes de déroulement du stage et les obligations respectives de chacun.

Au cours de la période de formation ou du stage dans le service ou la structure, le tuteur a pour mission d'accueillir et faciliter l'intégration du stagiaire, d'organiser et suivre son travail, de l'informer et le former, de l'évaluer, de veiller au respect de son emploi du temps. Il assure également la liaison avec les personnels du service qui participent à l'acquisition, par le jeune, de compétences professionnelles ou l'initient aux différentes activités professionnelles. Un document de liaison à caractère pédagogique peut être remis au tuteur afin de lui préciser les acquis du stagiaire, les compétences professionnelles à acquérir et les activités à réaliser au cours de la période de formation considérée.

Selon la nature du stage, l'évaluation peut avoir une finalité formative ou certificative, c'est-à-dire qu'elle sera prise en compte pour l'obtention du diplôme. Des documents supports (grille, questionnaire, guide d'entretien...) sont remis au tuteur pour l'informer des compétences que le stagiaire devra acquérir au cours de sa période de formation. Des évaluations intermédiaires permettent de repérer les éventuelles difficultés et d'adapter le plan de formation.

ACTIVITÉ 2 Le bénévolat

2.1 Définir le bénévolat.

Le bénévolat est le fait de mener des activités au profit des autres sans être rémunéré.

2.2 Indiquer la motivation des bénévoles à agir.

Se sentir utile pour les autres.

2.3 Après lecture des documents 3, 4 et 5, indiquer l'objet de chacune des associations.

VEMH 94 : accompagner les malades ou personnes âgées isolées.

ASP : accompagner les malades en fin de vie.

2.4 Justifier la nécessaire collaboration avec l'équipe soignante évoquée par chacune des associations.

Le bénévole n'est pas un professionnel du soin et son action s'inscrit en complément de celle du personnel et non à la place. Leur action est complémentaire.

2.5 Indiquer les compétences attendues du bénévole.

Non-jugement, respect de la confidentialité et capacité à écouter.

Document 2 Le bénévolat associatif

Plus de 14 millions de bénévoles œuvrent aujourd'hui dans le paysage associatif français. Se sentir utile et faire quelque chose pour autrui est le moteur de ces bénévoles qui s'impliquent dans des domaines d'activité aussi divers que le sport, la culture ou les loisirs, l'humanitaire, la santé ou l'action sociale, la défense des droits ou encore l'éducation.

On peut définir les bénévoles comme des personnes qui consacrent une partie de leur temps, sans être rémunérées, aux activités de l'association.

www.associations.gouv.fr

Document 3 Des bénévoles pour qui ?

Pour la personne en fin de vie, pour la famille (l'entourage) de cette même personne, pour l'équipe soignante car sans les bénévoles, les équipes même dans l'USP* ne pourraient pas accompagner de manière satisfaisante (et inversement les bénévoles ne pourraient pas accompagner si les soignants ne s'occupaient pas d'abord de soulager les symptômes, notamment la douleur, qui aliènent et enferment le patient dans un monde d'incommunicabilité).

* unité de soins palliatifs

Gérontologie et société N°108, Mars 2004

Document 4 L'association VMH 94

Les actions

Nos actions sont adaptées à chaque établissement, en fonction des besoins des malades et en collaboration étroite avec la direction et le personnel soignant.

Les objectifs

- visiter en toute convivialité et discrétion les services des hôpitaux qui nous sont ouverts.
- visiter, c'est être à l'écoute du malade pour que l'échange rompe la solitude, dissipe l'anxiété et redonne espoir.

Nous intervenons aussi avec des goûters dans certains services.

Auprès des personnes âgées dans les maisons de retraite et établissements de soins, nous organisons en complément aux visites des animations musicales, des lotos, des ateliers et des spectacles permettant à nos aînés isolés de partager un moment de détente qui leur redonne le sourire.

Document 5 L'association ASP

Quand le malade arrive en fin de vie, il entrevoit la séparation finale avec souvent, un sentiment d'angoisse et de grande solitude intérieure.

Qui pourra être là auprès de lui et de ses proches en ces instants, les écouter de longs moments exprimer leur peine, voire leur agressivité dans la souffrance trop lourde à porter ? Le médecin, les soignants, l'équipe paramédicale, tous à un moment ou un autre se pencheront vers eux, rempliront cette mission d'écoute fraternelle, mais en priorité, il leur incombe d'accomplir des tâches spécifiques.

Ce sera donc à l'accompagnant bénévole, par sa disponibilité, à les relayer dans la présence et dans l'écoute.

L'accompagnant bénévole n'est pas un visiteur ni un ami, ou un parent, celui qu'on désirerait épargner.

Il est simplement le témoin, le tiers solidaire. Restant dans l'anonymat en ce qui concerne sa situation familiale ou professionnelle, il se présente simplement par son prénom.

Pour un partenariat efficace avec l'équipe soignante, l'accompagnant bénévole apprend lors des formations et des groupes de parole, le non-jugement, la confidentialité et l'écoute.



Le travail en équipe, le tutorat, l'accompagnement

1 Le travail en équipe

L'importance du travail d'équipe

Une des particularités du travail en équipe concerne les liens que cette formule exige entre les membres qui composent une équipe; une collaboration, une convergence des efforts de chacun des membres et un partage des responsabilités qui doivent s'exercer dans un climat de travail sain et de solidarité.

Dans une équipe, les membres doivent s'écouter et se comprendre et, pour ce faire, chacun doit s'exprimer librement. L'expression des idées et des points de vue de chacun(e) permet une bonne circulation des informations intrinsèques à la tâche à réaliser.

Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que la communication concerne aussi les informations extrinsèques à la tâche à réaliser, c'est-à-dire l'expression des sentiments qui animent les membres de l'équipe.

Sans cette circulation d'informations, intrinsèques et extrinsèques à la tâche à réaliser, des malentendus et des insatisfactions peuvent naître et provoquer chez certains des membres le sentiment d'être isolé(e) et de ne pas participer à la tâche commune.

UNA Union nationale de l'aide des soins et des services aux domiciles

La communication en équipe

Communiquer c'est avoir la capacité de construire une relation avec les personnes qui nous entourent, à s'intéresser à leur situation en faisant preuve d'empathie. La communication ce n'est pas que parler.

C'est aussi, et parfois surtout, écouter, s'intéresser à ce que l'autre nous dit. On ne communique pas seulement avec la parole mais aussi par la posture, les gestes, le regard. Communiquer c'est comprendre ce que l'on nous dit et s'assurer que la personne comprend ce qu'on lui dit. C'est un échange.

Enfin, communiquer c'est comprendre les sentiments et les émotions d'une autre personne, sans les ressentir soi-même, pour adapter au mieux son comportement.

MODALITÉS DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL EN ÉQUIPE DE SOINS

A Travail différencié



Peu de travail en équipe

Caractéristiques

- > Tâches cloisonnées : répartition des tâches selon les rôles prescrits (inf./inf. aux./pb) de chacun des intervenants.
- > Minimum d'interaction au sein de l'équipe.
- > Entraide minimale entre les membres.

Illustration

Chacun accomplit ses tâches de son côté et travaille de façon indépendante.

B Travail coordonné



Planification du travail en équipe

Caractéristiques

- > Tâches partagées : répartition des tâches selon les rôles prescrits et les priorités du moment.
- > Interactions sporadiques.
- > Entraide situationnelle.

Illustration

Les membres prennent quelques minutes au début de la journée pour se répartir les tâches selon les priorités. Ils se rencontrent aussi au courant de la journée pour se tenir informé et modifier au besoins les priorités de l'équipe.

C Travail intégré



Exécution du travail en équipe

Caractéristiques

- > Tâches intégrées : répartition des tâches inf., inf. aux., pb, avec un duo inf.-inf. aux. fort.
- > Interaction constante.
- > Entraide continue.

Illustration

L'infirmière et l'infirmière auxiliaire font leur tournée conjointement et donnent ensemble tous les soins requis à un patient avant de passer à l'autre.

2 Le tutorat

Le tutorat est une relation entre deux personnes dans une situation formative : un professionnel et une personne en apprentissage d'un métier dans son environnement.



Pour assurer sa mission, le tuteur, choisi pour ses compétences professionnelles, relationnelles et pédagogiques, doit :

- préparer l'arrivée du stagiaire ;
- accueillir la personne ;
- assurer le suivi ;
- mesurer les acquis, mesurer les progrès, évaluer pour la certification ;
- entretenir les relations avec le centre de formation.

3 Le bénévolat

« Est bénévole toute personne qui s'engage librement pour mener une action non salariée en direction d'autrui, en dehors de son temps professionnel et familial. »

Définition du Conseil économique, social et environnemental (février 1993)

En milieu sanitaire et social, l'action des associations de bénévoles vise surtout à accompagner les personnes en difficulté isolées et les personnes en fin de vie.

L'action des personnels soignants et des bénévoles sont complémentaires, l'action de l'un nourrissant celle de l'autre.

Le bénévole doit être capable de prise de recul, de non-jugement, d'écoute, de discrétion.

Les acteurs et la relation fonctionnelle

Objectifs

1. À partir d'exemples, identifier les acteurs en présence (personne aidée, famille, service d'aide à domicile, intervenants à domicile).
2. Différencier la relation fonctionnelle du lien hiérarchique.

ACTIVITÉ 1 L'identification des acteurs en présence

1.1 En s'aidant du document 1, identifier les acteurs et leur qualification dans chacune des situations suivantes.

Situation	Les différents acteurs
Anais ou Clément, aides-soignants à l'association ADAPAH, effectue la toilette d'Armand, 75 ans, chaque jour à son domicile. La gestion de la maison est assurée par son épouse.	Personne aidée : <u>Armand</u> Aidants familiaux : <u>épouse</u> Intervenants professionnels : <u>aides soignants d'une association</u>
Victorine, 70 ans, présente un début de DMLA. Sa fille l'emmène en courses chaque lundi, sa voisine lui apporte le pain en venant boire le café. Elle bénéficie également d'une aide aux repas, au ménage et à la toilette par une auxiliaire de vie sociale indépendante, de connaissance.	Personne aidée : <u>Victorine</u> Aidants familiaux : <u>sa fille, sa voisine</u> Intervenants professionnels : <u>une auxiliaire de vie indépendante</u>
Abel, 55 ans, paralysé suite à un accident, a recours à des aides pour la toilette, les courses, les repas et le ménage auprès du service d'aide à domicile et pour certaines démarches administratives.	Personne aidée : <u>Abel</u> Aidants familiaux : <u>aucun</u> Intervenants professionnels : <u>auxiliaire de vie ou employée à domicile et aide soignante</u>
Claude, maçon, et Lucie, mère au foyer, sont surendettés et en fin de mois ils sont obligés d'aller à La Croix-Rouge pour nourrir la famille. Leurs deux enfants, de 7 et 9 ans, fréquentent irrégulièrement l'école. Une aide à la gestion du budget et aux devoirs des enfants a été mise en place.	Personne aidée : <u>Claude, Lucie et leurs enfants</u> Aidants familiaux : <u>aucun</u> Intervenants professionnels : <u>technicien de l'intervention sociale et auxiliaire de vie</u>

1.2 Relever cinq raisons qui expliquent le nombre important et croissant « d'aidants familiaux » en France (plus de 4 millions à temps plein ou partiel).

- vieillesse de la population ;
- manque de place en institution ; coût élevé des placements ou des aides ;
- augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies invalidantes et chroniques ;
- désir de vivre à son domicile le plus longtemps possible.

Document 1 Les différents aidants

L'évolution démographique, le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques invalidantes (maladie d'Alzheimer ou de Parkinson), les contraintes économiques, le manque de places en institution, le choix de rester vivre chez soi, sont autant de points qui donnent une place prépondérante aux « aidants naturels ou familiaux ». L'aidant naturel peut être un membre de la famille, un ami, un conjoint, un enfant, un parent ou encore une personne choisie dans son entourage. Il vient en aide, à titre non professionnel, en partie ou totalement, à une personne âgée dépendante ou à un enfant ou à un adulte en situation de handicap, pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou une surveillance régulière.

Son activité d'aidant s'exerce le plus souvent au domicile du proche aidé ou à son propre domicile. L'aidant familial peut assurer des fonctions multiples auprès de son proche, qu'il s'agisse des activités liées aux soins d'hygiène, à l'alimentation, aux déplacements, aux activités ménagères, à l'organisation des soins, à la gestion administrative, au soutien psychologique, à la scolarité... mais il doit conserver sa place au sein de ce binôme. Cette aide est souvent complétée par des aidants professionnels : agents à domicile, auxiliaires de vie, aides médico-psychologiques, aides soignant(e)s, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, médecins, travailleurs sociaux (technicien de l'intervention sociale)...

ACTIVITÉ 2 La place des aidants

2.1 À l'aide du document 2 et des témoignages ci-dessous, indiquer la place de l'aidant familial et professionnel.

Le rôle de l'aidant familial doit être surtout un soutien affectif et psychologique, de la disponibilité, de la compagnie pour la personne aidée et il doit conserver sa place dans sa famille.

Le professionnel est présent pour assurer toutes les tâches techniques : soins de nursing, confort, surveillance médicale... ce qui libère l'aidant familial. Les professionnels ont reçu une formation, ont des techniques pour s'occuper des personnes dépendantes et ils travaillent ; dans la majorité des cas avec conscience.

2.2 Qualifier les relations entre les différentes personnes aidantes ?

Des relations fonctionnelles entre les différents professionnels qui permettent le travail en groupe et la transmission des informations. L'intervention de différents professionnels qualifiés, suivant les besoins de chaque personne aidée, permet une prise en charge de tous ses besoins ; des relations familiales permettant un soutien moral par l'aidant familial. Ces relations entre aidants professionnels et familiaux exigent des capacités relationnelles et des compétences techniques.

1. Témoignage d'Émilie, femme d'Emmanuel, atteint par la maladie de Charcot.

Médecins, infirmier(e)s, aides soignant(e)s se relaient auprès d'Emmanuel. On se retrouve quand il a déjeuné, quand il est prêt pour commencer une nouvelle journée, lavé, rasé, parfumé. Chaque matin, pendant qu'une auxiliaire s'occupe de Manu, je peux prendre du temps avec Louis, notre petit garçon de 3 ans. C'est important pour l'équilibre de tous et l'unité familiale. Pour moi, c'est aussi beaucoup moins de fatigue et donc plus de disponibilité aussi bien pour Manu que pour Louis.

2. Témoignage d'Arthur (31 ans)

J'ai retrouvé ma mère dans la maison après une rupture d'anévrisme. Infirmier(e)s, aides soignant(e)s et auxiliaires de vie la prennent en charge chaque jour. Tout seul, je ne pourrais pas gérer la situation. Je me vois mal faire la toilette à ma maman. Et je crois que ce n'est pas le rôle d'un enfant. Je ne suis pas fait pour ça. Sans cette aide extérieure, je ne sais pas comment on ferait, mon père et moi. Ça me libère de beaucoup de choses et j'ai l'esprit tranquille.

3. Témoignage de Mme B. qui garde chez elle sa mère atteinte de la maladie d'Alzheimer

Suite à la maladie de maman, j'ai des contacts avec l'infirmière coordinatrice du service de soins à domicile. Des AS et des auxiliaires de vie viennent chez moi s'occuper de maman. Elles sont attentives, ont l'œil exercé et me signalent d'éventuels petits problèmes que je n'aurais pas vus (des rougeurs, des escarres...). On sent qu'elles sont formées et qu'elles ont une vraie conscience professionnelle. Ce sont des sentinelles qui veillent au confort de maman ! Je suis en confiance. Leur présence apporte du bien-être à maman, même si elle ne leur parle pas, même si elle ne les reconnaît pas. Elles sont là. Elle est accompagnée par des personnes posées, calmes, patientes qui sont toutes à elle. Ça crée un climat serein. Pour moi, c'est beaucoup de tranquillité. Je peux partir sans arrière-pensée, sans soucis.

Document 2 Quelle place pour l'aidant familial et le professionnel ?

Devenir une « personne aidée » ne se choisit pas. C'est une réalité qui s'impose et à laquelle il faut se soumettre. Devenir un « aidant proche » se choisit rarement. L'aidant proche et l'aidé sont confrontés à une réalité qu'ils subissent et perçoivent différemment, qui les lie et conditionnent leur vie respective mais l'aidant familial doit conserver sa place au sein de ce binôme (fille, épouse, mère...). Il doit trouver une posture de présence et de distance pour ne pas être absorbé par son rôle. Plus il sera disponible dans une proximité relationnelle, plus il aidera longtemps et dans une relation de bonne qualité. Ce qui n'est pas possible s'il s'acharne à donner tous les soins 24 heures sur 24 dans tous les registres. Et paradoxalement, alors qu'il se bat quotidiennement pour maintenir une relation d'humanité, il se déshumanise.

D'où la nécessité de faire appel à une équipe pluridisciplinaire de professionnels de l'aide à domicile (auxiliaire de vie, aide-soignante, aide ménagère...) pour les actes de santé et de soins qui permet d'appréhender la situation de la personne aidée sous divers aspects (social, médical...) afin d'optimiser la prise en charge. À chaque type d'intervention correspond un personnel avec une qualification spécifique qui allie capacités relationnelles et compétences techniques. Pour que cette relation à trois, entre l'aidé, le professionnel et l'aidant soit saine et équilibrée, il faut que chacun trouve parfaitement sa place et respecte l'autre.

Document 3 La relation fonctionnelle et le lien hiérarchique

La relation fonctionnelle est une relation professionnelle entre deux ou plusieurs employés qui détermine des relations d'échange, de complémentarité, de partage des tâches et qui permet le travail en groupe. Elle est basée sur des relations de compétence.

Le lien hiérarchique est une relation de subalterne et de pouvoir permettant la transmission des ordres.

L'accompagnement et les réactions possibles

● Objectifs

1. Définir la notion d'accompagnement.
2. Repérer les réactions de défense et l'adaptation possible de la personne aidée, de la personne aidante.

ACTIVITÉ 1 La notion d'accompagnement

1.1 En s'aidant du document 1, définir l'accompagnement.

Accompagner, c'est être auprès des personnes « fragilisées, vulnérables » pour les soutenir, en prendre soin, faire avec, les aider à développer leurs projets en fonction de leur capacité propre d'autonomie pour améliorer leur vie... c'est à dire apporter des réponses concrètes à leurs besoins.

1.2 Caractériser l'accompagnement dans chacun des exemples suivants.

Situation	Objectifs
Hugo, 10 ans, est handicapé mental léger de naissance. Il vit chez ses parents et bénéficie d'un accompagnement par un Sessad, afin de l'aider dans son développement psychomoteur et permettre son inclusion.	Pour Hugo, il s'agit de préparer son avenir en l'aidant dans son développement psychomoteur, dans son parcours scolaire pour permettre une inclusion réussie dans la société.
Micheline, 85 ans, a un cancer généralisé. Elle demande à terminer sa vie tranquillement à son domicile. Elle reçoit des soins palliatifs pour soulager sa souffrance physique, des soins d'hygiène et de confort pour sa dignité, un soutien psychologique et moral. La famille et ses proches sont aussi aidés.	Accompagner Micheline a pour but d'apaiser sa souffrance physique, morale et de l'aider à terminer sa vie comme elle le souhaite, dans les meilleures conditions possibles.
Ali, âgé de 35 ans, a eu de multiples fractures suite à un accident de la circulation. Après un séjour de plusieurs semaines en centre de rééducation, il souffre encore de son genou et de son épaule droite mais il doit envisager le retour à son domicile. Celui-ci n'est possible qu'avec : – des aides matérielles : installation de rampes à l'escalier, de son lit au rez-de-chaussée au début ; – des aides humaines : médecin, aide-soignante pour la toilette, kinésithérapeute, ergothérapeute... ; – des aides de service : portage de repas, aides ménagères.	Ali doit être aidé, car il a perdu momentanément, une partie de son autonomie. Cet accompagnement lui permet de sortir du milieu de soins et de réapprendre à vivre seul à son domicile, de se prendre en charge.

Document 1 L'accompagnement

Nous avons trop l'habitude d'opposer deux mondes : celui des personnes réputées autonomes et celui des personnes dépendantes. La philosophie du « care » dénonce cette catégorisation et la remet en cause : en fait, nous sommes, tous, à la fois autonomes et dépendants.

La vulnérabilité est un trait commun de la condition humaine. Un individu peut être fragilisé sur un point et parfaitement autonome sur d'autres plans. Le « care » part de ce double constat.

Le mot « care » se traduit par soin, sollicitude, dévouement, attention à autrui et se définit par « apporter une réponse concrète aux besoins des autres » sans porter atteinte aux libertés et aux droits d'autrui.

Prendre soin de l'autre, l'accompagner, ne signifie donc pas de faire pour et à la place des personnes mais d'être présent avec lui. À chacun de choisir son chemin, de construire son projet, d'être auteur de sa vie mais étant soutenu par d'autres.

Parmi les acteurs concernés par le « care », on trouve les aidants familiaux et professionnels.

Nous devons construire une société incluant la vulnérabilité potentielle de l'ensemble des individus et qui pense le social en fonction des besoins et des réponses permettant d'améliorer la vie de chacun.

ACTIVITÉ 2 Les réactions de défense et l'adaptation possible de la personne aidée, de la personne aidante

2.1 Dans chaque situation, analyser les réactions de la personne aidée et de la personne aidante.



Suite à un accident de moto, Xavier 36 ans est tétraplégique. Il vit avec son épouse Lucie et son fils de 8 ans. Depuis son retour à la maison, Lucie l'aide à la toilette, l'emmène en rééducation chaque jour et effectue les démarches administratives. Xavier, l'époux doux, serviable et attentionné avec ses proches, ne leur parle plus sauf pour les insulter, les critiquer et même les violenter parfois.

Analyse de la réaction de Xavier :

Xavier est agressif et même violent car il n'accepte pas son handicap, sa dépendance vis-à-vis de son épouse ni l'image d'un père « diminué » qu'il donne à son fils.



Lucienne âgée de 76 ans, a un début de maladie d'Alzheimer. Elle vit seule, sa fille a demandé, contre son avis, une aide pour la toilette et pour les repas. Elle ne veut pas manger car « l'auxiliaire ne sait pas cuisiner » dit-elle. Si celle-ci l'oblige, elle renverse son assiette.

Analyse de la réaction de Lucienne :

Lucienne n'accepte pas l'aide qui a été demandée par sa fille alors qu'elle n'était pas d'accord. Nous sommes en présence d'un rejet (refus) de l'aide.

Attitude à adopter par l'aidante :

L'aidante doit lui expliquer calmement qu'elle ne peut plus cuisiner et lui préparer ses plats préférés pour créer un lien de confiance et se faire accepter.



Icham est né au Maroc. Il est devenu myopathe vers 5 ans, lors de son arrivée en France il ne marche plus et depuis il est en fauteuil roulant. Sa maman se culpabilise, le surveille, va sans cesse au-devant de ses besoins. Il n'est pas scolarisé car sa mère a peur que les enfants le bousculent et se moquent de lui. De ce fait il n'a qu'un seul copain, son voisin de palier. Icham passe ses journées devant la télévision. Il devient secret, s'enferme et ne parle plus.

Icham : Il veut faire comprendre à sa mère qu'il ne supporte plus sa surprotection.

Il revendique la liberté et demande à avoir une vie sociale comme les autres enfants de son âge.



La mère d'Icham : Elle se sent responsable du handicap de son fils et veut aller au-devant de ses besoins pour lui faciliter la vie. Elle veut le protéger d'une société peu adaptée aux personnes handicapées afin de favoriser son inclusion scolaire et améliorer sa vie sociale.



Léa, auxiliaire de vie sociale, intervient chez Mme Bouhki quatre fois par semaine pour l'aide aux courses, à la toilette et aux différentes tâches ménagères. Mme Bouhki est devenue méchante en vieillissant. Léa est arrivée intentionnée, douce en cherchant à connaître ses habitudes de vie, mais elle s'est fait insulter, accuser de vol et même griffer lors de la toilette. Léa a discuté longuement avec Mme Bouhki, lui a demandé pourquoi elle agissait ainsi, a expliqué que cette aide, lui évitait un placement en structure mais que si son attitude ne changeait pas elle ne viendrait plus. Depuis Mme Bouhki est agréable, lui offre le café, la complimente, lui raconte sa vie, se décharge sur elle pour ses démarches et est déçue lorsqu'une remplaçante se présente.

Première réaction de Mme Bouhki : Elle se montre désagréable et agressive.

Attitude adoptée par Léa : Elle discute, lui demande des explications et lui montre qu'elle a besoin d'aide pour continuer à vivre chez elle.

Deuxième réaction de Mme Bouhki : Elle comprend que Léa lui est indispensable pour éviter un placement en structure. Le rejet du début se transforme en acceptation de l'aide mais aussi en un besoin, une demande.

Document 2 La relation d'aide

La relation d'aide est une relation d'accompagnement dans le parcours de vie, qui suppose patience, écoute attentive, soutien actif, empathie et qui vise à permettre à l'aidé de trouver, de maintenir ou de retrouver une autonomie et une compétence dans le domaine qui est l'objet de sa demande. La relation d'aide consiste en une interaction particulière entre deux personnes, chacune contribuant personnellement à la recherche et à la satisfaction d'un besoin d'aide présent chez l'aidé. C'est un soin relationnel.

Pour qu'une aide soit réussie, l'aidant doit créer un lien de confiance, écouter et dialoguer, observer, et identifier précisément les besoins d'aide, amener la personne à reconnaître et à accepter ses besoins (cela nécessite souvent de combattre les résistances par la confrontation en mettant la personne face à elle-même), faire preuve de souplesse, respecter ses habitudes de vie et s'adapter à chacun, soutenir la personne dans cette aide.



L'accompagnement et ses acteurs

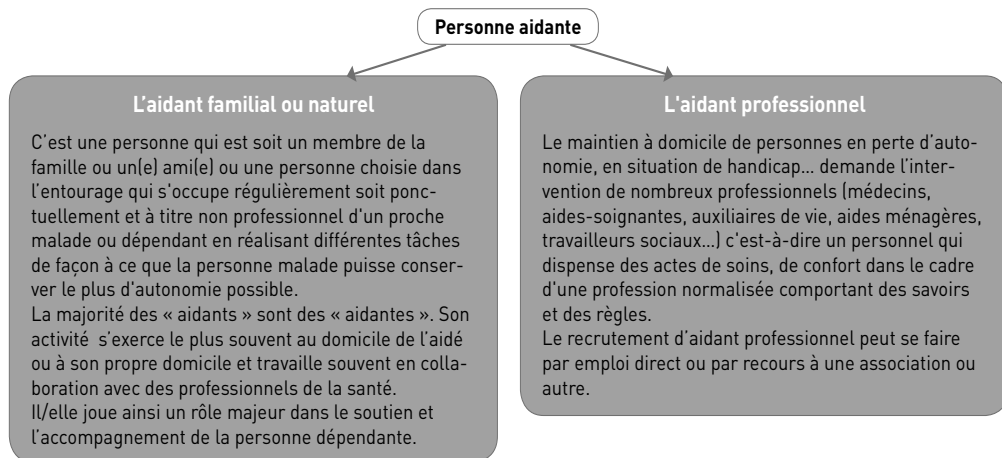
1 Les différents acteurs dans la relation d'aide

La relation d'aide est l'action d'apporter un soutien à quelqu'un. La relation d'aide repose sur certaines valeurs : le respect, le non-jugement et la mise en confiance. Les acteurs sont d'une part la personne aidée et d'autre part les aidants.

Personne aidée : on appelle « aidé » la personne en perte d'autonomie physique ou psychique, qui nécessite l'aide, généralement quotidienne, d'une personne. La majorité des personnes aidées sont des personnes âgées qui perdent progressivement une part de leur autonomie personnelle pour accomplir les gestes de la vie courante. Mais ce sont aussi des personnes en situation de handicap (adultes ou enfants), des personnes accidentées ou gravement malades (cancer, Alzheimer, Sida...) ou des familles. Ces personnes ont besoin d'une assistance ponctuelle ou permanente pour améliorer le confort de leur existence.

Personne aidante : personne qui assure les soins d'hygiène et de confort, l'accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, les démarches administratives, la coordination, la vigilance, les activités domestiques... sans oublier le soutien moral et affectif. La relation d'aide est la capacité que peut avoir un aidant à amener toutes les personnes en difficultés à mobiliser leurs ressources pour mieux vivre une situation, c'est un soin relationnel. Les personnes aidantes leur permettent ainsi de se maintenir plus longtemps dans leur milieu de vie habituel, de préserver leur autonomie et d'éviter la rupture des liens sociaux.

L'aide à la personne se caractérise par son aspect social. Elle peut être réalisée par des personnes proches (famille, voisinage) ou par des professionnels.



Dans la plupart des cas « on ne choisit pas d'être aidant, on le devient », ce qui explique souvent les relations difficiles entre professionnel, aidant(e) familial et aidé(e) :

- soit l'aidant familial n'accepte pas de déléguer et de ce fait l'aidant professionnel n'arrive pas à prendre sa place ;
- soit la personne aidée n'accepte pas l'aidant professionnel ;
- soit l'aidant professionnel ne respecte pas ou ne comprend pas le rôle de l'aidant familial.

Compte tenu du vieillissement de la population, du manque de places en institution, du coût élevé des placements ou des aides, de l'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies invalidantes et chroniques, du désir de vivre à son domicile le plus longtemps possible, le nombre d'aidants familiaux est en progression constante. Il est donc indispensable de former chacun afin qu'une meilleure articulation et compréhension des rôles des aidants familiaux et intervenants professionnels se mette en place pour permettre une qualité supérieure de l'accompagnement de toutes les personnes qui nécessitent une aide.

2 La notion d'accompagnement

Au cours de sa vie, chaque personne peut se retrouver fragilisée ou dépendante des autres (enfants, malades, personnes en situation de handicap, senior...) et doit être accompagnée pour satisfaire ses besoins.

Accompagner signifie que l'on ne peut pas agir et décider à la place de quelqu'un : que, sur certains registres de la vie, on ne peut contraindre, qu'il faut « aller avec ».

Le « care » est une pratique du soin et de l'accompagnement des personnes fragilisées sur le plan physique, moral ou économique. Ce mot anglais signifie « s'occuper de, faire attention, prendre soin, se soucier de » et peut aussi être traduit par « soins, sollicitude, attention soutenue (à la fois soucieuse et affectueuse) ». Cette pratique consiste à constater les besoins d'autrui, les évaluer et apporter une réponse concrète et efficace pour pourvoir à ses besoins.

Un véritable accompagnement nécessite de réelles compétences :

- d'attention portée à l'autre, d'empathie, de disponibilité et de responsabilité ;
- de dialogue, de synthèse pour la construction d'un projet de vie avec la personne ;
- des capacités d'observation et de restitution (la transmission à d'autres professionnels) et de travail en équipe avec des professionnels de différents domaines.

Il ne s'agit plus « de faire pour » et « à la place des personnes » mais « de faire avec ». La personne aidée ne doit pas être assistée mais accompagnée pour répondre à ses besoins. À chacun de choisir son chemin, de construire son projet, d'être auteur de sa vie, mais en étant soutenu par d'autres.

La notion d'accompagnement prend alors le sens de partage et d'échange, d'implication et d'engagement réciproque entre les aidants et les aidés.

L'accompagnement peut permettre :

L'inclusion des jeunes en situation de handicap par une socialisation précoce et une préparation à sa vie d'adulte, professionnelle notamment.

Le soulagement de la douleur, d'apaiser la souffrance psychique, de sauvegarder la dignité de la personne en fin de vie et de soutenir son entourage.

Le retour à domicile des personnes hospitalisées en apportant des aides matérielles, humaines...

3 Les réactions de la personne aidée et de la personne aidante

Il est difficile d'accepter d'être moins autonome et d'avoir besoin de l'aide d'une autre personne pour plusieurs activités. Une relation de dépendance et d'aide est délicate à gérer des deux côtés, pour l'aidant comme pour l'aidé(e). Elle demande des efforts aux deux parties pour se comprendre et respecter les contraintes de chacun.

La personne en difficulté refuse, en général, le recours à des aides extérieures. Il va falloir bien identifier ses besoins, l'amener à les reconnaître et à les accepter. La réticence de la personne aidée n'est pas toujours exprimée verbalement. Elle peut se traduire par des comportements, des gestes, des attitudes et des pleurs.

Il en résulte différents comportements de la personne aidée :

- l'agressivité, qui est une réaction normale lorsqu'une personne (âgée, aidée) rencontre divers obstacles à la satisfaction de ses attentes ;
- le rejet en particulier si l'aide lui a été imposée par l'entourage contre son avis ;
- l'acceptation avec petit à petit un climat de confiance qui s'installe. L'aidant devient vite indispensable.

La personne n'est pas toujours capable de formuler clairement ses besoins, surtout si le handicap est récent. Difficile alors pour l'aidant d'intervenir, il doit faire preuve de patience, d'écoute, de dialogue, d'observation et d'empathie pour établir une relation de confiance mais ne jamais répondre par l'agressivité.

L'aidant doit éviter la surprotection qui nuit au maintien des capacités ou du développement, mais aussi l'infantilisation des personnes âgées ou handicapées. Une relation d'aide est efficace grâce aux attitudes de la personne aidante et grâce à la perception qu'a la personne aidée de cette relation.

Pour réussir une relation d'aide, il faut instaurer un climat de confiance, une bonne communication et montrer de la considération ; accepter l'autre tel qu'il est sans l'évaluer ou le juger.

L'attitude la plus adaptée est une attitude de coopération où chacun participe selon ses possibilités.

Notes

Notes

Notes

Notes

Notes



PAPIER À BASE DE
FIBRES CERTIFIÉES

FOUCHER

s'engage pour l'environnement
en réduisant l'empreinte carbone
de ses livres.

Celle de cet exemplaire est de :

1000 g éq. CO₂

Rendez-vous sur

www.editions-foucher-durable.fr

Les PA0istes

Éditions Foucher - Malakoff - SEPTEMBRE 2012 - 01 - RG - DL / DC

Imprimé en Italie par LEGATORIA GIOVANNI OLIVOTTO L.E.G.O S.p.A. - LAVIS