



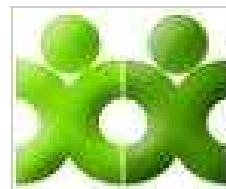
CREAHI d'Aquitaine

Accompagnement des personnes handicapées mentales âgées en Dordogne

***Modalités d'accueil, perspectives et
limites***

Etude réalisée pour l'UDAPEI de la Dordogne
et la délégation territoriale Dordogne de l'ARS

Espace Rodesse
103 ter, rue Belleville
33063 BORDEAUX CEDEX
Téléphone : 05 57 01 36 50
Télécopie : 05 57 01 36 99
info@creahi-aquitaine.fr



Juin 2010

Accompagnement des personnes handicapées mentales âgées en Dordogne

Conditions d'accueil, perspectives et limites

*Etude réalisée par
Bénédicte MARABET, Loïc HIBON et Pierre FAVIER
Conseillers techniques au CREAHI d'Aquitaine*

Juin 2010

Sommaire

Introduction	3
1 – Les personnes âgées et handicapées en Dordogne : éléments démographiques et offre d'accueil en institution	5
1.1 – La population âgée	5
1.2 – La population handicapée mentale vieillissante	7
1.3 – Le personnel dans les établissements pour personnes handicapées et pour personnes âgées	8
2 – L'enquête auprès des structures pour adultes handicapés et pour personnes âgées	15
2.1 – Dans les structures pour adultes handicapés	15
2.1.1 - <i>Présence de personnes handicapées âgées</i>	15
2.1.2 - <i>Les projets de vie pour les personnes vieillissantes</i>	18
2.1.3 - <i>Les besoins en termes de formation</i>	21
2.1.4 - <i>Les besoins en ressources humaines</i>	22
2.1.5 - <i>Projets en cours à l'intention des personnes handicapées vieillissantes</i>	22
2.2 – Dans les structures pour personnes âgées	23
2.2.1 - <i>Présence de personnes handicapées mentales</i>	23
2.2.2 - <i>Circonstances d'admission des personnes handicapées mentales</i>	25
2.2.3 - <i>Les limites à l'accueil des personnes handicapées</i>	25
2.2.4 - <i>L'investissement auprès des personnes handicapées mentales vieillissantes</i>	26
2.2.5 - <i>Les besoins en matière de formation</i>	30
2.2.6 - <i>Les besoins en ressources humaines</i>	31
3 – Des rencontres avec des équipes	32
4- Les ressources des personnes handicapées mentales hébergées en établissement médico-social	36
Avant de conclure...	53
Conclusion	55
Bibliographie	58
Annexes	59
<i>Questionnaire structures personnes handicapées</i>	
<i>Questionnaire structures personnes âgées</i>	
<i>Activité des personnes handicapées à leur sortie des établissements médico-sociaux de Dordogne</i>	
<i>Approche des EHPAD visités</i>	
<i>Public en EHPAD par niveau de GIR</i>	

Introduction

La question du vieillissement de la population des personnes handicapées constitue une des préoccupations majeures dans le champ médico-social en termes de réponses à prévoir et apparaît tout particulièrement cruciale en Dordogne.

Ainsi, les études réalisées entre 2001 et 2003 par le CREAHI, sur l'ensemble du territoire aquitain, mettaient en évidence une **évolution prévisible extrêmement forte** de l'effectif de personnes handicapées (tous types de handicap) âgées de 60 ans et plus en Dordogne¹, puisque selon les projections réalisées à l'époque, il devrait atteindre 1420 personnes en 2011, **soit une progression de plus de 50%** en 10 ans².

La Dordogne est ainsi **le département aquitain le plus concerné par le vieillissement de sa population handicapée** sur cette décennie (la moyenne régionale s'élevant "seulement" à 20% pour la même période).

Plus récemment, en 2006, le CREAHI d'Aquitaine a réalisé à la demande de l'UDAPEI de la Dordogne une étude afin d'évaluer le nombre des personnes handicapées **mentales** âgées de 55 ans et plus vivant dans le département, qu'elles soient accueillies ou non au sein d'une institution, et d'établir des projections démographiques à l'horizon 2016.

Cette étude a permis de confirmer les chiffres obtenus 5 ans plus tôt et d'estimer cette population dans une fourchette comprise entre 860 et 1110 personnes, qui devrait d'ici 2016 se situer entre 1150 et 1500 (un pourcentage important de ces personnes, un tiers à la moitié, vivant à domicile à la charge de leurs parents très âgés).

Face à cette forte progression attendue et dans le souci de préparer les réponses nécessaires, adaptées à la diversité d'expression du handicap mental et des situations de vie, des parcours antérieurs, des souhaits des personnes handicapées mentales vieillissantes et de leur entourage, l'ARS - Délégation territoriale de la Dordogne et l'UDAPEI de la Dordogne ont souhaité étudier **la palette des solutions actuellement offertes pour ce public**, en particulier en **milieu institutionnel**³.

¹ Outre une évaluation quantitative du nombre de personnes handicapées âgées, ces études visaient également à réaliser un repérage des **réponses apportées à leurs besoins d'accompagnement**, des **difficultés que les professionnels rencontrent avec cette population** et des **pistes d'amélioration des prestations offertes**.

² B. MARABET, *Les personnes handicapées âgées en Aquitaine : étude quantitative, situation 2001 et projections 2011*. Les dossiers de la DRASS Aquitaine, n°8, juin 2002, 49 pages.

³ Les services d'accompagnement permettant le maintien dans un cadre de vie en milieu ordinaire, SAVS, SAMSAH, SSIAD ou encore SAD n'ont pas fait l'objet d'investigations spécifiques. Pour autant, ces services offrent des réponses souvent tout à fait pertinentes pour les personnes handicapées avançant en âge qui aspirent, comme la population ordinaire, à rester le plus longtemps possible dans son environnement habituel.

Le CREAHI d'Aquitaine a donc réalisé des investigations afin de **comparer les conditions d'accueil** proposées aux personnes handicapées mentales vieillissantes dans les différentes catégories d'établissement où elles sont accueillies (établissements pour adultes handicapés, unités spécifiques au sein d'établissements ouverts également à des plus jeunes, EHPAD, logements-foyers etc...) **et apprécier le désir d'investissement de ces établissements** vis-à-vis de ce public, **les difficultés rencontrées et leurs besoins**.

Dans cet objectif, ont été étudiées :

↳ Des données d'observation recueillies auprès des professionnels afin de caractériser au mieux la façon dont l'accueil de ce public est mis en œuvre.

Une enquête par questionnaire auprès de l'ensemble des établissements pour adultes handicapés et pour personnes âgées a été réalisée afin de faire le point sur l'accueil des personnes handicapées mentales vieillissantes, les besoins générés par cet accueil et les projets en cours.

Sur la base des éléments se dégageant à l'issue de ces investigations, 5 EHPAD investis dans l'accueil de ce public (ou envisageant de développer une offre leur étant destinée) ont été retenus et des membres de l'équipe rencontrés pour un entretien approfondi afin de repérer les caractéristiques de l'intervention des professionnels (origine du projet, partenaires mobilisés, compétences, organisation, pratiques etc.).

↳ Des données statistiques permettant de rapprocher des données objectivables concernant **les plateaux techniques** et les conditions d'accueil (qualifications des personnels, taux d'encadrement) des établissements pour personnes âgées et pour personnes handicapées (à travers les enquêtes ES et EHPA⁴). Les tarifs associés aux prestations de ces établissements ont été également étudiés.

Par ailleurs, un point a été fait sur **les ressources potentielles et mobilisables** des personnes handicapées vieillissantes et la contribution financière qui peut leur être demandée en fonction de leur situation et de leur cadre de vie.

Enfin, cette approche a été complétée par des données de cadrage :

- l'offre actuelle de la Dordogne, à destination des personnes handicapées âgées, d'une part et des personnes âgées, d'autre part
- l'évolution respective et prévisible de ces 2 populations et de la demande potentielle qui pourra en découler (notamment au travers de projections démographiques des personnes âgées « ordinaires » y compris personnes dépendantes et des personnes handicapées)
- les projets en cours d'élaboration à l'intention de ce public au regard des dossiers examinés par le CROSMS⁵ depuis 3 ans

⁴ Enquêtes diligentées par la DRASS : ES (établissements sociaux) couvrant l'ensemble du secteur personnes handicapées et EHPA (établissements d'hébergement pour personnes âgées).

⁵ Le CROSMS (Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale) rend un avis motivé, préalable à la décision de l'autorité publique, sur les projets de création, de transformation et d'extension importante (plus de 30% de la capacité initialement autorisée et de plus de 15 lits, places ou nombre de bénéficiaires autorisés) des établissements et services sociaux et médico-sociaux (relevant de l'article L.312.1 du Code de l'Action Sociale et des Familles).

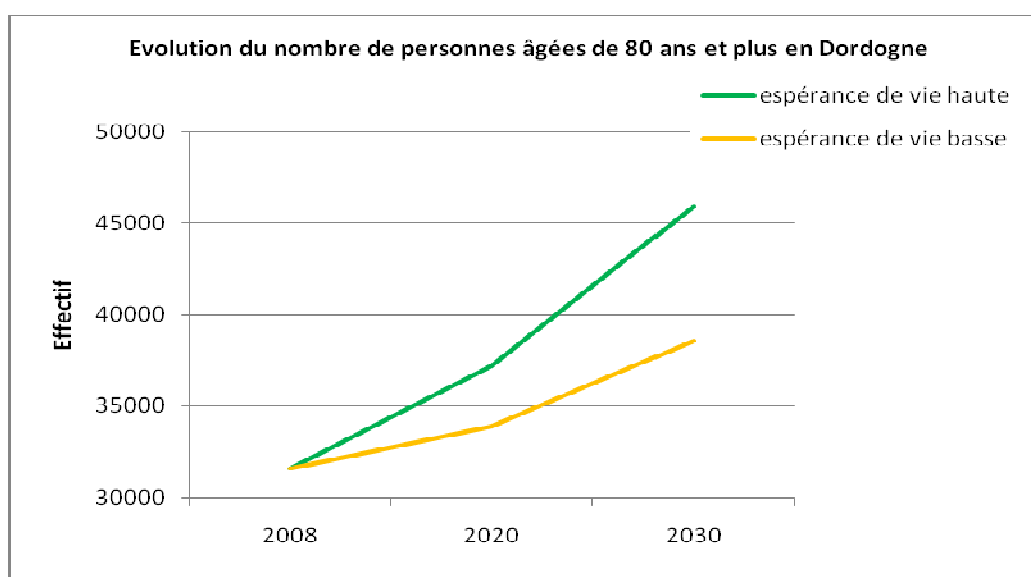
A partir du second trimestre 2010, le CROSMS disparaît et sera remplacé par un système d'appel à projet.

1 - Les personnes âgées et handicapées en Dordogne : éléments démographiques et offre d'accueil en institution

1.1 - La population âgée

Selon les dernières estimations de l'INSEE, 31 600 habitants de la Dordogne étaient, au 1^{er} janvier 2008, âgés de 80 ans ou plus. L'effectif de cette population va connaître une croissance importante d'ici 2030.

Selon le scénario retenu (espérance de vie basse/haute), l'effectif de cette population sera dans une vingtaine d'années compris entre **38 600 et 45 900 personnes**, soit une progression d'au minimum 22% et d'au maximum 45%.



Source : Insee, modèle OMPHALE – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Au vu de ces données, il apparaît donc que la demande d'hébergement en EHPAD va être importante au cours des prochaines années et que le nombre de places médicalisées disponibles devra progresser considérablement si la Dordogne veut maintenir un niveau d'offre constant pour sa population âgée.

Ainsi d'ici 2030, entre 1270 et 2650 places devraient être créées pour parvenir à cet objectif (comme le montre le tableau suivante).

Nombre de places médicalisées pour personnes âgées en Dordogne
(financées 2008-2010 et projetées 2013 et 2030)

(financées 2008-2010 et projetées 2015 et 2030)			
Année	Type de places médicalisées (EHPAD + USLD ⁶)	Nombre de places médicalisées	Pourcentage d'augmentation
2008	Nombre de places financées	5943	
2009		5948	
2010		5986	
2013	Nombre de places selon programmation PRIAC ⁷ 2010-2013	6233	2008-2013 = 4,9%
2020	Nombre de places nécessaires pour maintenir un ratio d'équipement équivalent à 2008	Minimum = 6370 Maximum = 7000	2013-2020 = 2,2% 2013-2020 = 12,2%
2030		Minimum = 7260 Maximum = 8660	2020-2030 = 13,9% 2020-2030 = 23,4%

Sources : PRIAC Aquitaine 2010-2013 – INSEE – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Par ailleurs, des éléments sur la population âgée dépendante, tels que les bénéficiaires de l'APA, allocation personnalisée pour l'autonomie, et les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées, montrent **des besoins d'accompagnement important pour les habitants de Dordogne**.

☞ L'APA est attribuée aux personnes âgées de 60 ans et plus dont le niveau de dépendance est évalué en GIR (groupes iso-ressources) 1 à 4⁸.

Au 31 décembre 2009, plus de **10.900 habitants de Dordogne** recevaient l'APA, soit 90,3 personnes sur 1000 parmi les 60 ans et plus.

La Dordogne se distingue ainsi par un taux de personnes âgées dépendantes légèrement **supérieur à la moyenne aquitaine** (88 pour 1000). Depuis 2003, le nombre d'allocataires de l'APA a progressé de 15%.

⁶ Unité de soins de longue durée

⁷ Rappel : Le PRIAC est un document stratégique traduisant les modalités d'évolution de l'offre d'accompagnement collectif médico-social pour garantir l'équité territoriale. Il est arrêté par le Préfet de région, en liaison avec les Préfets de département concernés, en s'appuyant sur les schémas départementaux ou sur toute analyse partagée. Les actions prioritaires figurant au PRIAC offrent donc des indications assez fiables sur les évolutions du dispositif d'accompagnement considérées comme nécessaires et pertinentes au niveau d'un département. Toutefois, rappelons qu'il ne s'agit pas d'une programmation financière, il n'y a pas de garantie que les actions inscrites au PRIAC soient réellement réalisées mais c'est à partir de ce document que la CNSA assure son rôle d'allocation des ressources (objectifs de dépenses du secteur médico-social au niveau national et détermination des enveloppes régionales et départementales).

⁸ La grille AGGIR (Autonomie gérontologique groupes iso-ressources) permet de classer les personnes âgées en 6 niveaux d'autonomie, les groupes iso-ressources (GIR) :

• **GIR 1** : les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale et nécessitant une présence indispensable et continue d'intervenants.

• **GIR 2** : les 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, ou celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices.

• **GIR 3** : les 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.

• **GIR 4** : les 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 pour la toilette et l'habillage.

• **GIR 5 et 6** : les personnes très peu ou pas dépendantes

Actuellement, la majorité de ces bénéficiaires de l'APA en Dordogne, 60% soit 6500 personnes, poursuit une vie à domicile. Parmi ces dernières, plus du tiers, soit 2500, ont un niveau de dépendance très élevé, avec un GIR compris entre 1 et 3, et sont susceptibles de demander d'être admises en institution pour pouvoir bénéficier d'un accompagnement plus adapté à leurs besoins (rappelons qu'en 2010 la capacité de places médicalisées pour personnes âgées en Dordogne s'élève à 6000 places, cf. tableau ci-dessus).

☞ La prévalence des MAMA (maladie d'Alzheimer et maladies apparentées) augmente de façon très sensible avec l'âge.

Prévalence⁹ maladie d'Alzheimer et maladies apparentées selon le sexe et l'âge pour 100 personnes

Tranches d'âge	Hommes	Femmes
75-79 ans	7,7	5,7
80-84 ans	12,6	16,6
85 ans et plus	23,9	38,4

Source : Etude PAQUID – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Dans le département de la Dordogne, actuellement, au regard de ces données de prévalence, **8.200 personnes** de 75 ans et plus seraient atteintes par ces maladies. Les femmes représentent plus de 70% des effectifs, étant à la fois plus concernées par ces pathologies et plus représentées parmi les 75 ans et plus.

D'ici 2020, le nombre de personnes atteintes de MAMA en Dordogne pourrait s'élever à **10.200**.

Ce panorama rapide met en évidence le fait que la Dordogne va être confrontée à **une demande importante d'accompagnement voire d'institutionnalisation** émanant de sa **population âgée ordinaire** et que **les EHPAD existantes ou à créer** vont être sollicitées par ce public et vont devoir **être capables de se mobiliser pour faire face à cette demande**.

1.2 - La population handicapée mentale vieillissante

Hormis l'estimation de cette population dans les établissements pour personnes handicapées d'une part et dans les établissements pour personnes âgées d'autre part, cette étude n'a pas eu pour vocation de réactualiser les chiffres de 2006 qui comportaient, rappelons-le, des projections à l'horizon 2016.

Rappel des données de l'étude de 2006¹⁰

Estimation du nombre de personnes déficientes intellectuelles de 55 ans et plus (selon le cadre de vie en 2006)

Prise en charge	Situation 2006	Projections 2016	
		Hypothèse basse	Hypothèse haute
Médico-social	136	435	463
Travailleurs d'ESAT	35	202	230
Résidents de foyer occupationnel	44	76	76
Résidents de FAM-MAS	57	157	157
EHPAD	170	67	67
Psychiatrie	212	180	210
Accueil familial	46	76	76
A domicile	296-550	400-568	568-665
TOTAL	860-1114	1158-1326	1384-1481

⁹ Nombre de personnes atteintes d'une certaine maladie à un moment donné dans une population donnée.

¹⁰ B. MARABET et L. HIBON.- *Les personnes handicapées mentales vieillissantes en Dordogne : évaluation quantitative et évolution 2006-2016*. CREAHI d'Aquitaine, juin 2006, 48 pages. UDAPEI de la Dordogne.

Au cours de cette période de 10 ans, 2006-2016, le nombre de personnes handicapées mentales âgées de 55 ans et plus **devrait donc augmenter** selon les hypothèses **de 25 à 45%**. Nous sommes actuellement presque à mi-chemin de ces projections. Selon ces données, le nombre de ces personnes en 2010 se situerait **entre 1000 et 1300**, avec plus d'un tiers sans prise en charge institutionnelle, vivant au domicile de leurs parents très âgés.

Les réponses médico-sociales spécifiquement mises en œuvre à l'intention de cette population handicapée mentale vieillissante sont rares en Dordogne¹¹ et les perspectives de développement sont restreintes :

⇒ une seule action concernant ce public figure dans le PRIAC 2010-2013 en ce qui concerne la Dordogne : création d'un FAM pour personnes handicapées vieillissantes de 45 places qui sera étalée sur 3 ans (17 places en 2011, 8 places en 2012, 20 places en 2013).

⇒ deux projets présentés au CROSMS depuis mai 2007¹² (soit 3 années pleines) :

- le projet correspondant à cette programmation au PRIAC, porté par l'Association des Papillons Blancs de Bergerac, co-présenté lors de la séance du 24 mars 2009 par la DDASS et le conseil général et qui a reçu un avis favorable
- un projet de restructuration et reconstruction de l'EHPAD de Thiviers avec création d'une unité de 10 places pour des personnes handicapées mentales vieillissantes. Ce projet présenté le 30 novembre 2009 a reçu un avis favorable.

A ces projets, il convient de rajouter la section FAM du foyer occupationnel Le Bercail, qui accueillera 20 personnes handicapées mentales vieillissantes dont la construction va débuter dans les prochains mois.

Au vu de ces éléments, il apparaît que **l'écart entre les besoins** émanant de cette population handicapée vieillissante et **les réponses offertes** dans le département **ne sera pas comblé** au cours des prochaines années.

1.3 - Le personnel dans les établissements pour personnes handicapées et pour personnes âgées

A partir des enquêtes ES 2006 et EHPA 2007, le personnel des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des établissements pour personnes lourdement handicapées a été étudié dans ses dimensions quantitative et qualitative, aux niveaux départemental, régional et national.

Établissements sociaux et médico-sociaux (ES 2006) ¹³	Etablissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA 2007) ¹⁴
L'enquête auprès des établissements et services pour enfants et adultes handicapés (ES 2006) a pour but d'une part d'étudier l'organisation, l'activité et le personnel de l'ensemble des structures, d'autre part de connaître les caractéristiques de la clientèle accueillie ou suivie (âge, scolarisation ou activité, modalités d'hébergement...). L'enquête ES 2006 concerne près de 11 000 structures ; elle est exhaustive dans la description des structures, de leur activité, du personnel en fonction et de la clientèle accueillie.	L'enquête EHPA 2007 concerne les établissements médico-sociaux qui reçoivent des personnes âgées pour un accueil permanent, temporaire, de jour ou de nuit, pour l'exercice 2007 : près de 11 000 établissements. Elle est exhaustive dans la description des structures, de leur activité, du personnel en fonction et de la clientèle accueillie (hors volet « pathologies et morbidité » qui porte sur un échantillon).

¹¹ Foyer occupationnel de Villefranche-de-Périgord de 20 places

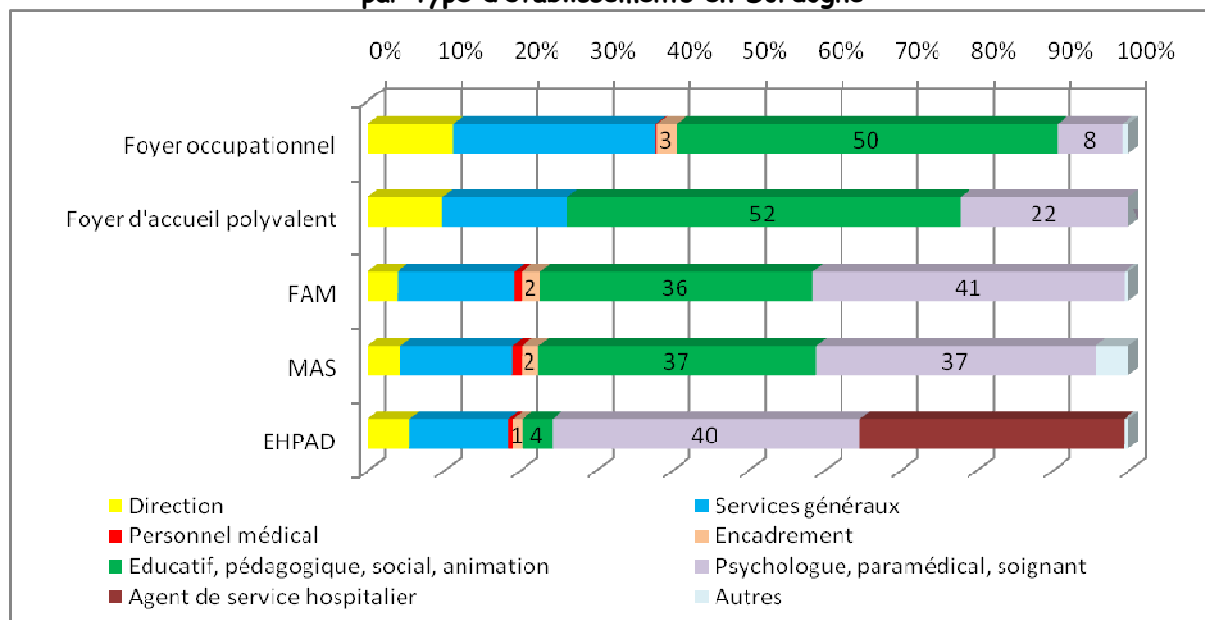
¹² Au bout de 3 ans, les avis donnés par le CROSMS deviennent caducs. Si le projet n'a pas été mis en œuvre, il convient de présenter à nouveau un dossier.

¹³ Circulaire DREES/ESPAS n°2006-490 du 23 novembre 2006 relative à la réalisation de l'enquête auprès des établissements et services pour enfants et adultes handicapés en 2006 (ES 2006)

¹⁴ Circulaire DREES/ESPAS n°2007-406 du 14 novembre 2007 relative à la réalisation de l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA 2007)

Les établissements pour personnes "lourdement handicapées" retenus sont : les foyers occupationnels (FO), les foyers d'accueil polyvalents¹⁵ (FAP), les foyers d'accueil médicalisé (FAM) et les maisons d'accueil spécialisées (MAS).

Répartition de l'ensemble des emplois (en ETP) selon la fonction principale exercée par type d'établissements en Dordogne



Sources : ES2006 et EHPA2007 (DREES, DRASS) - Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Dans les **foyers occupationnels** de Dordogne, le "*personnel éducatif, pédagogique, social et d'animation*" représente la moitié des ETP (c'est un peu plus élevé qu'au niveau régional, 48%, mais plus faible que pour l'échelon national, 52%).

Dans les établissements médicalisés, **FAM et MAS**, le personnel éducatif ne représente plus qu'un gros tiers des emplois. En effet, les personnels paramédicaux et soignants sont nettement plus représentés dans ce type de structures où ils constituent la "fonction principale exercée" la plus répandue. Il s'agit de la seule caractéristique qui les rapproche des établissements pour personnes âgées où le besoin de soins d'hygiène et d'entretien nécessite ce type de personnel. Par ailleurs, les autres caractéristiques notables des établissements gérontologiques, sont les suivantes :

- plus d'un tiers du personnel est formé d'agents de service hospitalier, personnel peu formé, surtout quant à l'accompagnement des résidents.

¹⁵ La catégorie « *foyer d'accueil polyvalent* » ne correspond pas à une définition légale au sens du Code de l'action sociale et des familles (CASF), mais a été créée dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) dans le but d'immatriculer de façon unique les foyers d'hébergement qui ont simultanément de l'hébergement ouvert, de l'accueil foyer de vie et de l'accueil médicalisé (pour que les diverses activités d'un même établissement ne fassent pas l'objet d'immatriculations distinctes).

Circulaire DREES/DMSI n°2005-330 du 13 juillet 2005 *relative aux modifications apportées aux nomenclatures utilisées dans le répertoire FINESS*

<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2005/05-09/a0090036.htm>

Cette catégorie regroupe, en pratique, des réalités très différentes : foyer d'hébergement avec section occupationnelle ou avec SAVS, foyer occupationnel avec section médicalisée... en proportions variées suivant les territoires géographiques considérés. En conséquence, l'utilisation des données statistiques disponibles sur cette catégorie n'est guère pertinente.

- le personnel d'encadrement ne constitue que 1% de l'ensemble du personnel contre plus de 2% dans les établissements pour personnes handicapées tels que FO, FAM ou encore MAS.
- le personnel éducatif / social / d'animation est très peu représenté (4% des emplois)

➔ Ratios d'encadrement des usagers

• Les établissements pour personnes âgées

En Dordogne, les établissements pour personnes âgées dépendantes emploient, **pour 100 usagers, 63 ETP de personnel** :

- 26 ETP de personnel **paramédical, soignant ou psychologique**, dont près de 18 ETP d'aides-soignants et 5 d'infirmiers.
- 22 ETP d'**agents de service hospitalier** (nettement plus qu'aux niveaux national et régional)
- 2,5 ETP de "**personnel éducatif, pédagogique, social et d'animation**", ce qui est assez nettement plus faible qu'au niveau national, du fait d'un déficit en auxiliaires de vie sociale.
- 0,8 ETP de **cadres**
- 0,4 ETP de **médecins**, ce qui est plus faible que pour l'Aquitaine et la France.
- et les personnels de direction et de services généraux.

Ratio d'encadrement dans les EHPAD
(ETP de personnel pour 100 résidents) - Dordogne / Aquitaine / France

	Dordogne	Aquitaine	France
Personnel de direction	3,5	3,7	3,6
Personnel des services généraux	8,2	8,7	7,6
Personnel médical	0,40	0,47	0,48
Personnel d'encadrement	0,79	0,64	0,79
Personnel éducatif, pédagogique, social et d'animation	2,5	2,7	3,8
AMP	1,8	1,6	1,7
Auxiliaire de vie sociale	0,43	0,51	1,3
Psychologue, Personnel paramédical ou soignant	25,6	25,8	25,8
Infirmier DE	5,4	5,4	5,6
Aide-soignant	18,0	18,6	18,2
Kinésithérapeute / Psychomotricien / Ergothérapeute	0,29	0,24	0,29
Agent de service hospitalier	22,0	17,8	17,2
Non précisé	0,37	0,13	0,14
ENSEMBLE	63,4	60,0	59,5

Sources : EHPA2007 (DREES, DRASS) - Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

• Les établissements pour personnes lourdement handicapées

En Dordogne, les établissements pour personnes lourdement handicapées (Foyers occupationnels et polyvalents, FAM et MAS) ont un **ratio d'encadrement supérieur à 90 ETP pour 100 usagers**.

Ces ratios varient fortement suivant le type d'agrément de l'établissement : de 67 en foyer occupationnel à près de 115 en MAS ; toutefois, ils sont dans tous les cas supérieurs à ce que l'on observe dans les établissements gérontologiques.

**Ratio d'encadrement dans les établissements pour personnes handicapées
(ETP de personnel pour 100 résidents) - Dordogne / Aquitaine / France**

	Foyers occupationnels			Foyers d'accueil médicalisé			Maisons d'accueil spécialisées			Foyers d'accueil polyvalents		
	Dordogne	Aquitaine	France	Dordogne	Aquitaine	France	Dordogne	Aquitaine	France	Dordogne	Aquitaine	France
Personnel de direction	7,6	5,8	5,5	4,1	4,5	6,3	5,0	7,2	6,8	10,0	6,7	6,1
Personnel des services généraux	18,0	16,6	14,5	15,9	14,4	17,6	16,8	22,6	18,9	16,7	17,1	14,8
Personnel médical	0,11	0,13	0,1	1,0	0,8	0,7	1,4	1,0	0,9	0	0,28	0,1
Personnel d'encadrement	1,7	1,8	2,6	2,5	2,4	2,7	2,5	1,75	2,6	0	1,1	1,9
Personnel éducatif, pédagogique, social et d'animation	33,8	30,8	35,3	37,3	36,6	40,0	41,8	37,6	44,8	52,6	36,9	34,4
AMP	20,6	16,3	17,7	19,2	23,7	25,3	22,7	22,3	33,3	26,1	15,6	15,9
Auxiliaire de vie sociale	0	0	0,4	0	0	0,7	0	0,6	0,8	0	2,7	1,6
Psychologue, Personnel paramédical ou soignant	5,7	6,9	6,0	42,5	39,9	33,8	42,0	45,6	40,5	22,4	15,6	7,1
Infirmier DE	1,5	1,5	1,3	7,2	7,2	7,6	6,3	7,3	8,2	4,4	3,5	1,8
Aide-soignant	3,4	3,7	2,7	27,2	21,9	19,5	31,2	33,9	25,4	15,1	10,1	4,0
Kiné / Psychomot / Ergoth	0,3	0,6	0,4	2,5	2,0	2,6	1,5	3,0	2,6	1,8	1,6	0,5
Autres (élèves en formation, non précisé...)	0,5	1,6	3,3	0,5	2,4	5,1	4,9	3,0	5,3	0	0	2,4
ENSEMBLE	67,4	63,6	67,3	103,8	101,0	106,2	114,5	118,7	120,0	101,7	77,7	66,9

Sources : ES2006 (DREES, DRASS) - Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Les foyers occupationnels :

Le "*personnel éducatif, pédagogique, social et d'animation*" est représenté à hauteur de 1 ETP pour 3 usagers en Dordogne (60% de ces ETP sont des AMP), ce qui est plus élevé qu'en moyenne régionale mais inférieur au niveau national.

Dans le groupe "*psychologue, personnel paramédical ou soignant*", on compte moins de 6 ETP pour 100 usagers, répartis principalement entre aides-soignants et infirmiers.

Les foyers d'accueil médicalisé :

L'encadrement des usagers par le personnel "*éducatif*" est un peu plus important qu'en foyer occupationnel. Comme on l'observait pour les FO, le ratio d'encadrement éducatif des FAM de Dordogne est un peu plus élevé qu'en Aquitaine, mais plus faible qu'au niveau national.

Par rapport aux foyers occupationnels, les personnels qui sont plus représentés sont :

- le personnel paramédical, qui dépasse, en termes de ratio, le personnel éducatif dans ce type de structure en Dordogne, avec des valeurs supérieures à celles pour l'Aquitaine et la France.

- le personnel médical, avec 1 ETP de médecin pour 100 usagers
- les cadres

Les maisons d'accueil spécialisées :

Le ratio d'encadrement éducatif des MAS, organisé autour d'AMP principalement (54%), est supérieur à celui des FAM. La Dordogne présente une valeur intermédiaire entre niveaux régional et national.

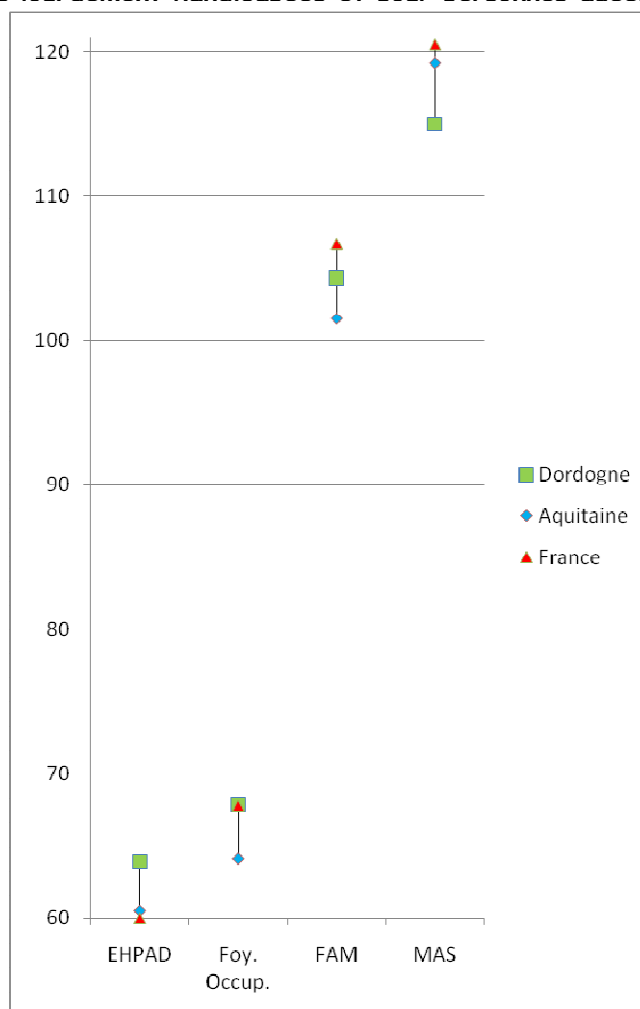
Dans ce département, les FAM et les MAS ont un ratio d'encadrement paramédical très proche (et même supérieur en FAM, avec un personnel plus qualifié : plus fort ratio en infirmiers et sur l'ensemble kinésithérapeutes / ergothérapeutes / psychomotricien ; parallèlement, le ratio en aides-soignants est plus faible en FAM, où ces professionnels représentent 64% des paramédicaux, contre 74% en MAS).

Pour les personnels d'encadrement aussi, FAM et MAS ont des ratios très proches.

Enfin, en ce qui concerne le personnel médical, il est plus fortement représenté en MAS.

Remarque : il faut rappeler l'importance de l'offre de service médico-sociale gérée, en Dordogne, par la Fondation John Bost, suite à la transformation de lits sanitaires en places médico-sociales (FAM et MAS). Les particularités de ces structures peuvent avoir donné une coloration particulière aux données statistiques départementales.

**Ratios d'encadrement dans les établissements d'hébergement
pour personnes lourdement handicapées et pour personnes âgées dépendantes**



(Données Dordogne, Aquitaine, France ; ETP totaux rapportés à 100 usagers)

Sources : ES2006 et EHPA2007 (DREES, DRASS) - Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

- **Champ du handicap et champ des personnes âgées**

Les établissements pour personnes âgées, susceptibles d'accueillir des personnes handicapées "vieillissantes", présentent des différences notables au niveau du plateau technique par rapport aux établissements pour personnes handicapées.

Par rapport aux foyers occupationnels : si le personnel médical et paramédical est plus fortement représenté dans les établissements pour personnes âgées que dans les foyers occupationnels, il n'en est pas de même pour ce qui est du personnel d'encadrement et du personnel éducatif / social / d'animation.

Comparaison des ratios d'encadrement entre EHPAD et foyers occupationnel
Personnel d'encadrement et personnel éducatif

Fonction principale exercée	Ratio de personnel dans les EHPAD de Dordogne (ETP pour 100 usagers)	Ratios en FO : fourchette établie à partir des valeurs départementale, régionale et nationale		Evolution des ETP nécessaires, en moyenne, pour que les EHPAD aient des ratios dans la fourchette de ceux des FO
Personnel d'encadrement	0,79	min. 1,7 <i>FO Dordogne</i>	max. 2,6 <i>FO France</i>	2,3 à 3,5 fois plus de personnel d'encadrement en EHPAD nécessaires pour avoir un ratio de FO
Personnel éducatif	2,5	min. 30,8 <i>FO Aquitaine</i>	max. 35,3 <i>FO France</i>	12 à 14 fois plus de personnel éducatif en EHPAD

Sources : ES2006 et EHPA2007 (DREES, DRASS) - *Exploitation* : CREAHI d'Aquitaine

Toutefois, lorsqu'on affine la description au-delà des agglomérats de « fonctions principales », il s'avère que des différences de plateau technique existent et peuvent avoir des effets importants sur les soins, rééducations et activités possibles dans les structures.

Par exemple, si l'on considère, au niveau national, les kinésithérapeutes, psychomotriciens et ergothérapeutes, leur représentation dans les établissements pour personnes âgées est inférieure à celle dans les foyers occupationnels (où le ratio est supérieur de près de 40%). Pour la Dordogne toutefois, les ratios en EHPAD et en FO pour ces professionnels sont très proches.

Par rapport aux établissements médicalisés pour personnes handicapées (FAM et MAS) :

En EHPAD, le ratio d'encadrement par les médecins et les cadres est jusqu'à 4 fois plus faible qu'en FAM et MAS.

Le ratio d'encadrement des usagers par du personnel soignant / paramédical en EHPAD est inférieur à ce qu'il est en FAM / MAS (de 25% par rapport au ratio des FAM en France... et de 45% par rapport au ratio des MAS de la région).

En ce qui concerne les personnels éducatifs, la différence est plus importante encore entre EHPAD et FAM/MAS qu'elle ne l'était entre EHPAD et FO.

Comparaison des ratios d'encadrement entre EHPAD et FAM - MAS
Personnel d'encadrement et personnel médical

Fonction principale exercée	Personnel dans les EHPAD de Dordogne (Ratio : ETP pour 100 usagers)	Ratios en FAM et MAS : fourchette établie à partir des valeurs départementale, régionale et nationale		Evolution des ETP nécessaires, en moyenne, pour que les EHPAD aient des ratios dans la fourchette de ceux des FAM et MAS
Personnel médical	0,40	min. 0,7 <i>FAM France</i>	max. 1,4 <i>MAS Dordogne</i>	2 à 4 fois plus de personnel médical en EHPAD pour atteindre un encadrement de FAM / MAS
Personnel d'encadrement	0,79	min. 2,5 <i>FAM et MAS Dordogne</i>	max. 2,7 <i>FAM France</i>	env. 3,5 fois plus de personnel
Personnel éducatif	2,5	min. 36,6 <i>FAM Aquitaine</i>	max. 44,8 <i>MAS France</i>	15 à 18 fois plus de personnel éducatif
Personnel paramédical	25,6	min. 33,8 <i>FAM France</i>	max. 45,6 <i>MAS Aquitaine</i>	1,4 à 1,8 fois plus mais... 5 à 10 fois + de kinésithérapeutes / psychomotriciens / ergothérapeutes et 11 à 18 fois + d'AMP

Sources : ES2006 et EHPA2007 (DREES, DRASS) - Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

2 - L'enquête auprès des structures pour adultes handicapés et pour personnes âgées

Une enquête par questionnaire¹⁶ a été conduite en Dordogne auprès de :

- l'ensemble des établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés mentaux : ESAT, foyer d'hébergement, foyer occupationnel, FAM, MAS, SAVS et SAMSAH, soit au total 35 structures
- l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées : EHPAD, maison de retraite non médicalisée, logement-foyer et RPA, soit au total 87 structures

Petit rappel des sigles

ESAT : établissement et service d'aide par le travail

FAM : foyer d'accueil médicalisé

MAS : maison d'accueil spécialisée

SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale

SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

RPA : résidence pour personnes âgées

Le taux de réponses, à l'issue de deux relances, s'élève à 77% dans le secteur des adultes handicapés et 57% en ce qui concerne les structures pour personnes âgées.

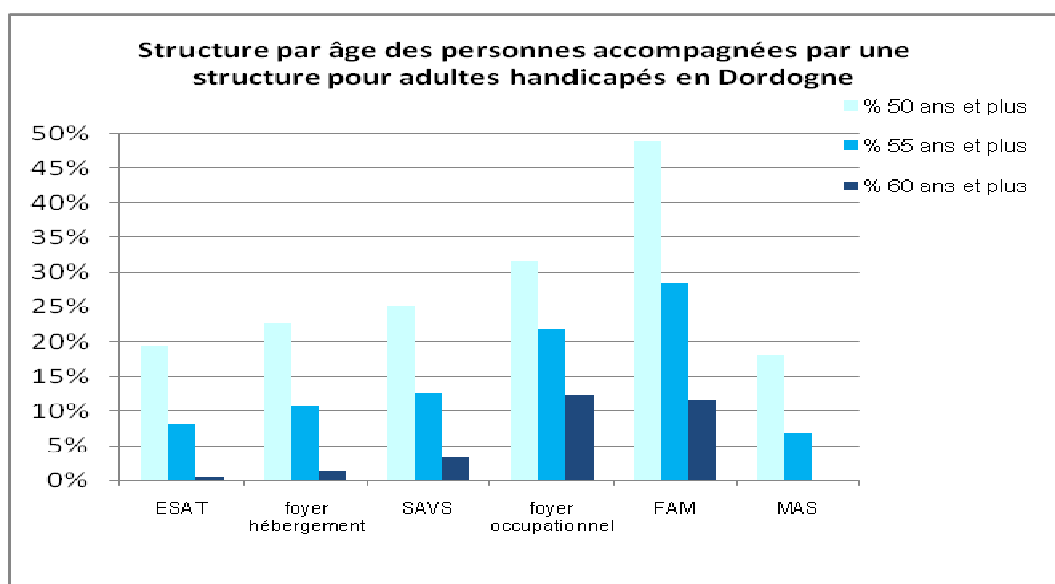
2.1 - Dans les structures pour adultes handicapés

2.1.1 - Présence de personnes handicapées âgées

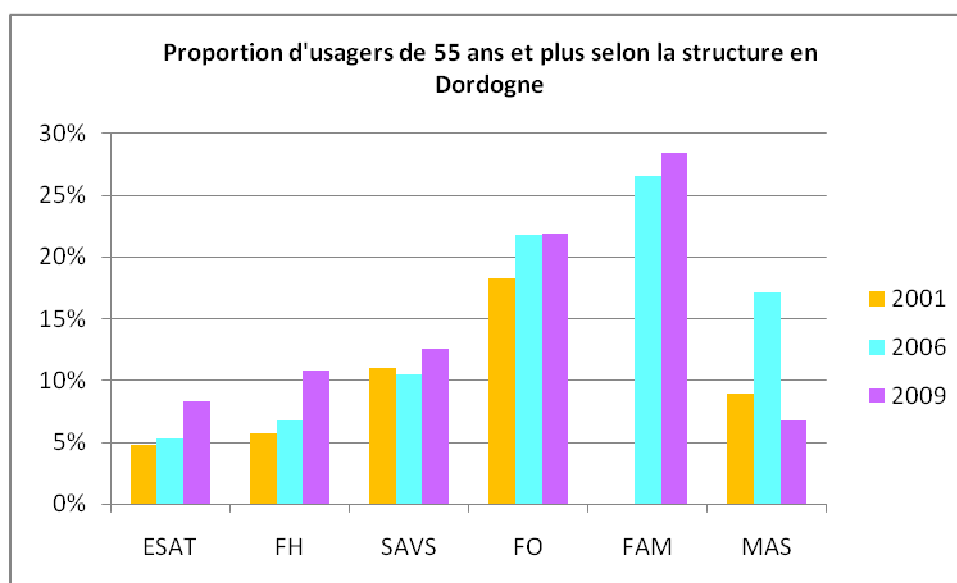
Globalement, 24% des personnes fréquentant une structure médico-sociale pour adultes handicapés en Dordogne ont au moins 50 ans, 12% ont au moins 55 ans et 3% ont au moins 60 ans.

Selon les catégories de structures, ce vieillissement est plus ou moins marqué, les plus concernées étant les foyers occupationnels et plus encore les FAM où près de la moitié des résidents ont au moins 50 ans. Beaucoup de ces structures accueillent des personnes handicapées dont l'avancée en âge crée de nouveaux besoins, notamment des besoins de soins en raison d'une aggravation des pathologies et des déficiences.

¹⁶ Voir exemplaire en annexe



Au cours des dernières années, la part des personnes ayant dépassé 50 ans, voire 55 ans, ne cesse d'augmenter dans les établissements médico-sociaux, la Dordogne étant, en Aquitaine, le département le plus touché par ce vieillissement.



Dans les ESAT, 8% des travailleurs ont atteint ou dépassé les 55 ans. L'arrivée à l'âge de la retraite aura pour conséquence leur départ de ces établissements.

En outre, une partie de ces travailleurs handicapés peuvent être contraints, pour des raisons de santé, de cesser leur activité avant 60 ans. Ces raisons de santé peuvent être liées à un vieillissement précoce¹⁷, qui peut avoir pour conséquence une perte d'autonomie. D'autres raisons sont aussi invoquées par les ESAT comme susceptibles d'entraîner une fin de prise en charge avant un départ à la retraite : la survenance de troubles psychiatriques (qui peut engendrer des comportements violents auto ou hétéro-dirigés) ou encore la « *perte de sens du travail comme source d'épanouissement* » (en lien souvent avec le vieillissement).

¹⁷ Parfois lié à certaines pathologies, telle que la trisomie 21

En foyer d'hébergement, le devenir des résidents les plus âgés dépend exclusivement de leur activité en ESAT, la fin de cette activité entraînant de fait la fin de l'accueil dans le foyer et la nécessité de trouver un nouveau cadre de vie. Actuellement, plus de 10% des personnes vivant dans ces établissements en Dordogne ont au moins 55 ans.

En SAVS, la situation est équivalente à celle des foyers d'hébergement, l'accompagnement ne sera pas poursuivi au-delà du départ à la retraite¹⁸. Actuellement, 13% des personnes bénéficiant de ce soutien ont 55 ans ou plus.

Les foyers occupationnels et les FAM comptent le plus grand nombre de résidents ayant atteint cet âge de 55 ans ; ces derniers représentent ainsi respectivement 22 et 28% des personnes accueillies dans ces structures.

En principe, ces structures indiquent ne pas être concernées par une limite d'âge pour leurs résidents ; pour autant, divers facteurs peuvent les contraindre à mettre fin à cet accompagnement :

- pour les foyers occupationnels, il s'agit avant tout d'une « trop » grande perte d'autonomie ou de l'apparition de certaines maladies, Alzheimer notamment, nécessitant des soins constants que ces établissements ne sont pas susceptibles de pouvoir assurer.
- en FAM, en dépit d'un plateau technique plus étoffé aux niveaux médical et paramédical, des limites sont aussi signalées, en particulier une exacerbation des manifestations liées à une maladie mentale ou un besoin d'assistance très important pour les actes de la vie quotidienne (nécessitant un taux d'encadrement de 1 pour 1, ce que les FAM ne sont pas tous en mesure d'offrir).

Pour les MAS, le graphique présenté à la page précédente ne peut pas réellement prendre en compte l'évolution de la structure par âge des résidents de ces établissements puisque un seul d'entre eux a participé à l'enquête du CREAHI de 2009, aucune donnée n'ayant pu être obtenue pour les autres MAS du département¹⁹.

Par ailleurs, les handicaps très lourds que présentent les personnes accueillies dans ces établissements entraînent assez fréquemment des décès précoces qui font que la question de l'accompagnement des personnes vieillissantes ne se pose pas avec la même acuité que dans d'autres catégories d'établissement. *Ainsi pour l'année 2006, selon l'enquête ES, sur les 11 sorties de MAS recensées en Dordogne, 10 étaient consécutives à un décès. Les résidents concernés étaient âgés de 38 à 62 ans (avec une moyenne de 52 ans).*

Au regard de ces données, deux catégories de publics semblent mériter une attention particulière :

- ✓ Les futurs retraités d'ESAT, à minima 70 personnes d'ici 2015 et 165 d'ici 2020, pour lesquels il conviendra de trouver des solutions adaptées, allant du soutien à domicile à l'accueil en institution sous diverses formes.

¹⁸ Notons que ceci dépend du projet des SAVS, certains peuvent être exclusivement réservés à des travailleurs d'ESAT, comme c'est le cas en Dordogne pour les personnes handicapées mentales ; d'autres peuvent s'adresser à un public plus large, ayant ou non une activité professionnelle. Dans ce cas, l'accompagnement peut, sous certaines conditions, être poursuivi au-delà de 60 ans si la personne est en mesure de vivre de façon autonome dans son domicile personnel.

¹⁹ Pour ces établissements non répondants, tous gérés par la Fondation John Bost, il nous a été indiqué qu'une participation à l'enquête était impossible pour diverses raisons (manque de disponibilité, multiples sollicitations notamment par la DDASS et la MDPH, enquêtes parallèles diligentées par l'INSEE, postes de médecin actuellement non pourvus etc...). Notons, toutefois, que le FAM géré par cette Fondation a répondu au questionnaire qui lui a été adressé.

- ✓ Les résidents de foyer occupationnel qui, avec leur avancée en âge, vont voir leurs besoins de soins et d'accompagnement augmenter et qui pourront nécessiter une prise en charge plus étayée.

A ces deux catégories de publics déjà bien repérés et dont les besoins peuvent être évalués sans trop de difficultés, il faut rajouter, bien sûr, les personnes handicapées mentales vieillissantes (de 55 ans et plus) vivant à domicile, qui avaient fait l'objet d'investigations spécifiques en 2006²⁰ et dont le nombre avait pu alors être estimé sous forme d'une fourchette : 300 à 550 personnes.

2.1.2 - Les projets de vie pour les personnes vieillissantes

La réorientation vers un EHPAD, comme solution de sortie, sans être la plus fréquente a néanmoins déjà été mise en œuvre par la moitié des structures répondantes. A minima, près d'une cinquantaine de personnes auraient été concernées en Dordogne entre 2005 et 2009.

Orientations de sortants d'établissements médico-sociaux de Dordogne vers des EHPAD²¹

	Enquête CREAHI 2009 – sorties 2005-2009			Enquête ES 2006 – sorties 2006		
	Structures répondantes	dont ayant orienté vers des EHPAD	Nombre de personnes orientées	Nombre de sorties	dont 55 ans et plus	Sorties vers des EHPAD
ESAT	5	3	30	37	14	7
Foyer occupationnel	3	2	11	14	11	6
FAM	3	2	5 ²²	15	2	1
MAS	1	0	-	11	5	0
TOTAL	12	7	46	77	32	14

Sources : DRASS enquête ES 2006 – enquête CREAHI 2009

NB : Les sorties des foyers d'hébergement et des SAVS ne sont pas intégrées dans ce tableau car les personnes concernées sont déjà prises en compte à travers les sorties des ESAT.

Des orientations en EHPAD ont ainsi été retenues pour une trentaine de travailleurs handicapés retraités ou ne pouvant plus poursuivre leur activité professionnelle.

Si on se réfère à l'enquête ES, qui est exhaustive, on constate que cette solution a été utilisée pour 20% des sortants des ESAT de Dordogne en 2006 pour des personnes ayant entre 58 et 60 ans (mais deux étaient plus jeunes : 47 et 54 ans).

Plusieurs réorientations en EHPAD ont également été réalisées depuis des foyers occupationnels. En 2006, si on exclut les sorties par décès, c'est la moitié des fins d'accompagnement en foyer occupationnel qui se sont soldées par une admission en EHPAD ; les personnes concernées avaient entre 55 et 65 ans.

²⁰ B. MARABET et L. HIBON.- *Les personnes handicapées mentales vieillissantes en Dordogne : évaluation quantitative et évolution 2006-2016*. CREAHI d'Aquitaine, juin 2006, 48 pages. Etude réalisée pour l'UDAPEI de la Dordogne.

²¹ Voir en annexe tableau complet des orientations à la sortie

²² Décompte des orientations vers un EHPAD réalisé pour seulement un des 2 FAM concernés par ce choix.

Les réorientations vers le secteur personnes âgées depuis des FAM s'inscrivent dans un contexte particulier puisque les organismes gestionnaires des FAM concernés disposent également de structures spécifiques pour personnes âgées dépendantes, il s'agit en fait de réorientations « *intra-muros* » :

- ✓ le Centre hospitalier la Meynardie qui a adressé 5 des résidents de son FAM vers son USLD, unité de soins de longue durée
- ✓ la Fondation John Bost qui a réorienté quelques personnes accueillies au FAM Bourg d'Abren vers l'EHPAD de la Fondation

Les bilans que peuvent faire les établissements médico-sociaux pour adultes handicapés ayant réorienté certains de leurs usagers vers des EHPAD sont assez mitigés :

- ✓ **pour les personnes issues du travail protégé :**
Plusieurs ESAT indiquent que ces orientations sont bien préparées en amont, avec notamment des séjours temporaires, ce qui permet une intégration progressive sans heurts. Néanmoins, une fois que la personne est définitivement admise, peu de retours sont faits à sa structure d'origine sur la manière dont se passe « *l'après-intégration* ».

Deux points sont, par ailleurs, développés autour de la problématique du vieillissement en ESAT avec la nécessité de :

- développer une offre d'accompagnement de type SACAT (section annexe en CAT) dont l'objectif est de proposer « *une alternative transitoire et évolutive au travail en ESAT, modulée en fonction des capacités, de la fatigabilité et de la situation personnelle du bénéficiaire* » avec une prise en compte, en parallèle, du temps libéré, qui pourrait permettre un passage progressif du travail à temps complet à la retraite en évitant les ruptures

- déconnecter la notion du vieillissement du seul critère d'âge. Ainsi la poursuite d'une activité professionnelle en ESAT peut être remise en cause bien avant 55 ans, parfois dès 45 ans, en raison d'une perte d'autonomie liée à un vieillissement précoce. Pour ces situations, des réorientations vers des foyers occupationnels, des FAM, voire des structures ayant un projet spécifique autour du vieillissement et de la perte d'autonomie seraient plus pertinentes mais faute de places et compte tenu d'un turn-over très faible, les personnes restent par défaut en ESAT jusqu'à l'âge de la retraite, moment où des réorientations peuvent être faites vers des EHPAD également par défaut.

Les foyers d'hébergement qui accompagnaient également ces anciens travailleurs ont eu parfois à déplorer des échecs d'intégration qui ont pu conduire à des retours vers une structure du secteur adultes handicapés, notamment en FAM. Ces foyers d'hébergement notent plusieurs limites à l'accueil en EHPAD parmi lesquelles : l'âge des personnes handicapées vieillissantes très en décalage avec celui du public traditionnel de ces établissements, l'inadaptation de la dynamique et du projet d'accueil ainsi que l'absence de formation du personnel à la problématique du handicap.

Ces limites amènent certains de ceux qui y ont été confrontés à préférer, pour ces personnes handicapées vieillissantes, des solutions spécifiques au champ adultes handicapés, via des sections dédiées à ce public.

Outre le fait que la plupart des structures pour personnes âgées ne sont pas préparées à la spécificité du handicap, le manque de places en EHPAD dans le département limite de fait les projets d'orientation en leur direction.

✓ **pour les personnes venant de foyers occupationnels :**

Le constat est fait que l'intégration des personnes trisomiques en EHPAD est souvent difficile : des réactions de rejet de la part des autres résidents sont observées et le personnel, non formé à ce public, ne sait pas trop comment l'aborder.

La question de la préparation de ces passages quand ils doivent avoir lieu peut être prise en compte à travers des modes d'accompagnement conjoints (exemple d'un résident allant prendre ses repas et passer la nuit en EHPAD tout en continuant à participer aux activités occupationnelles du foyer en journée²³).

Néanmoins, en dépit des limites qui viennent d'être énoncées, le secteur médico-social n'est pas fermé à la perspective de tisser davantage de liens avec le secteur des personnes âgées. Les deux tiers des répondants se déclarent ainsi intéressés par un rapprochement avec ce secteur pour rechercher des réponses plus adaptées aux personnes handicapées vieillissantes pour :

- conduire des réflexions en commun autour des situations de ces personnes, échanger entre équipes pluridisciplinaires (partage et transmission d'informations) avant et après l'admission en EHPAD, avec le suivi durant une « *période déterminée* » de la personne par un référent éducatif
- développer des coopérations inter-établissements pour des actions de formation²⁴, des animations, des activités communes aux résidents des 2 catégories d'établissements

Un lien accru avec les structures environnantes peut constituer un « plus » en permettant d'offrir à la personne des projets variés et pas « *seulement* » un vieillissement dans l'établissement. Des places « *réservées* » dans les EHPAD pour des sortants d'établissements médico-sociaux pourraient faciliter ce rapprochement mais si on veut individualiser les réponses « *en maintenant les liens familiaux, le respect des origines géographiques, cela nécessiterait de réserver très peu de places dans un grand nombre d'EHPAD, ce qui paraît complexe à mettre en œuvre* ».

²³ Modalité qui semble toutefois difficile à mettre en œuvre dans les faits et qui pose la question de l'organisation des transports des personnes d'une structure à l'autre et de leur prise en charge financière.

²⁴ Des propositions précises sont faites à ce sujet : connaissance du handicap mental et psychique en lien avec les fonctions médico-sociales, échanges sur les pratiques professionnelles dans les deux secteurs...

2.1.3 - Les besoins en termes de formation

Que les personnes accueillies soient appelées à rester dans la structure sans limite d'âge ou à être réorientées à un moment ou à un autre, la formation des équipes à la question du vieillissement est un souci partagé par la quasi-totalité des structures.

Thématiques de formation autour du vieillissement des personnes handicapées mentales intéressant les établissements médico-sociaux

	ESAT foyer d'hébergement /SAVS	Foyer occupationnel	FAM - MAS
Approche gériatologique	« Prendre soin » des personnes handicapées vieillissantes Repérer les signes de vieillissement et adapter le quotidien en fonction de ces signes Besoins fondamentaux de la personne avançant en âge	Adapter et respecter le rythme de vie de la personne vieillissante	
Projet individuel	Accompagnement des travailleurs dans leur projet en fonction du paramètre vieillissement (ESAT) Accompagnement à domicile de la personne handicapée mentale vieillissante (SAVS)		
Prestations à développer	Toilettes	Activités occupationnelles adaptées Animations appropriées à l'état physique et psychique des personnes vieillissantes	Médiation corporelle Musicothérapie
Vieillesse et pathologie			Problématique vieillissement et polyhandicap Psychopathologie, épilepsie Violence, agressivité
Fin de vie	Accompagnement fin de vie	Accompagnement fin de vie	Accompagnement fin de vie / deuil

Source : enquête CREAHI 2009

2.1.4 - Les besoins en ressources humaines

Les deux tiers des structures ont identifié des besoins en termes de ressources humaines et de qualifications pour renforcer leur équipe, améliorer leur offre d'accompagnement et adapter la prise en charge aux problématiques liées au vieillissement.

Besoins des établissements médico-sociaux pour adultes handicapés en personnels supplémentaires pour accompagner des usagers vieillissants

Catégories de professionnels	Apports souhaités/attendus
Personnel médical et psychologique Psychiatre (2) → → → → → Psychologue (1) → → → → → Psychologue du travail (1) → → → Thérapeute (1) → → → → →	Suivi psychologique Réunion de régulation Analyse des situations au travail pour les travailleurs d'ESAT
Personnel paramédical Infirmier / infirmier psychiatrique (6) → Aide-soignant (2) → → → → → Ergothérapeute (2), → → → → → Psychomotricien (1) → → → → →	Accompagnement spécifique, soins et suivi médicaux, toilettes Soins, toilettes, nursing Accompagnement spécifique Accompagnement spécifique, soins individualisés
Personnel socio-éducatif Aide médico-psychologique (2) → → Moniteur-éducateur (1) → → → Educateur spécialisé (3) → → → → Animateur (1) → → → → →	Toilettes, vie quotidienne animation { Organisation d'activités, accompagnement du temps libéré des travailleurs, formation Activités dans le cadre d'accueil de jour
Autres Vendeur de nuit (1) → → → → → Administration /secrétariat médical (2)	Assurer la continuité active de la prise en charge

Source : enquête CREAHI 2009

Note de lecture : Entre parenthèses, après la profession = nombre de structures souhaitant du personnel supplémentaire (sur 12 demandeuses)

2.1.5 - Projets en cours à l'intention des personnes handicapées vieillissantes

Tous les établissements montrent leurs préoccupations par rapport au vieillissement de leurs usagers, qu'ils y soient déjà confrontés de manière très concrète ou que cela reste encore au stade de perspective.

Projets de vie élaborés pour les personnes vieillissantes

ESAT	Foyer d'hébergement	Foyer occupationnel	FAM
Aménagement du temps de travail, organisation de la prise en charge en dehors du temps de travail. Un des objectifs est de préparer progressivement le passage du statut de travailleur au statut de retraité.	Les résidents sont associés à la préparation de leur retraite. Différents projets en cours pour ceux qui vont quitter le foyer : - appartements intermédiaires avec SAMSAH + accueil de jour - famille d'accueil avec SAVS ou accueil de jour en EHPAD ou en foyer occupationnel	L'accompagnement évolue avec l'avancée en âge des résidents avec le respect de leur rythme de vie et la mise en place d'activités adaptées à leur fatigabilité. L'organisation d'une petite section en interne pour les personnes vieillissantes est parfois envisagée.	La prise en compte du vieillissement est intégrée aux projets d'établissements, avec un projet de soins et d'activités adapté, visant notamment la stimulation des résidents.

Source : enquête CREAHI 2009

De plus, la création de structures spécifiquement destinées à des personnes handicapées vieillissantes est largement évoquée par les établissements de toutes catégories.

Deux projets sont bien avancés et vont aboutir à relativement court terme :

- le FAM expérimental de Monpazier pour personnes handicapées vieillissantes
- le FAM qui sera rattaché au foyer de vie Le Bercaill et dont la construction est prévue pour 2011

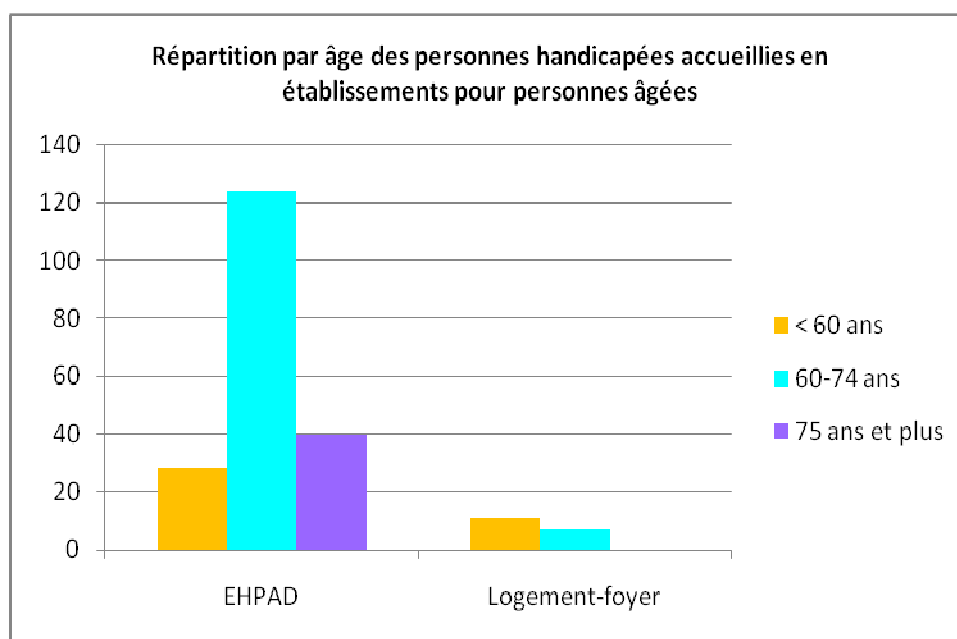
Enfin, l'idée de partenariats avec les EHPAD (déjà mis en œuvre, par exemple, pour des résidents d'un foyer occupationnel) est considérée comme une solution devant être davantage travaillée et faisant partie d'une palette de réponses possibles à mettre en œuvre en fonction des besoins et des souhaits des personnes handicapées.

2.2 - Dans les structures pour personnes âgées

2.2.1 - Présence de personnes handicapées mentales

La présence des personnes handicapées mentales dans les établissements pour personnes âgées est relativement discrète et si plus de la moitié des établissements sont concernés, les personnes handicapées ne représentent que 6% de l'ensemble des résidents (6 à 7% dans les EHPAD, soit 202 personnes²⁵ et 3% dans les logements-foyers, soit 12 personnes).

La très grande majorité (94%) de ces personnes accueillies en établissements pour personnes âgées, le sont dans des EHPAD, dont l'offre d'accompagnement (en termes de médicalisation et de taux d'encadrement) correspond certainement mieux à leurs besoins que les logements-foyers qui supposent une grande autonomie de leurs résidents.

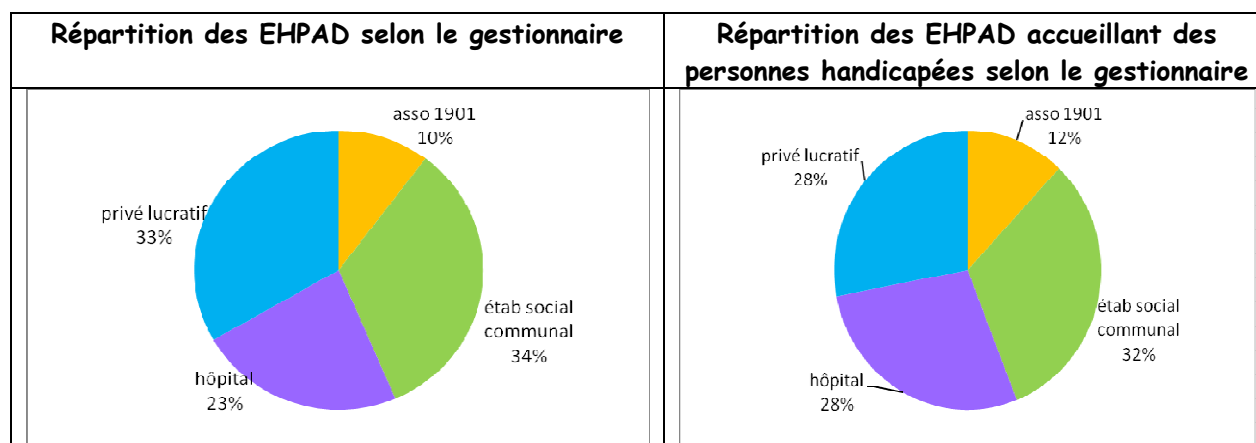


Source : enquête CREAHI 2009

²⁵ Il s'agit là d'une estimation minimale, certaines situations n'entrant pas directement dans les critères fixés (reconnaissance du handicap par la MDPH avant l'âge de 60 ans). Pour illustration, l'EHPAD Porte d'Aquitaine à la Roche-Chalais indique avoir au moins 25 de ses résidents adressés par le Centre hospitalier de Montpon-Ménestérol après leurs 60 ans et qui ont ce profil de personnes handicapées vieillissantes sans avoir fait pour autant l'objet d'une reconnaissance par la MDPH.

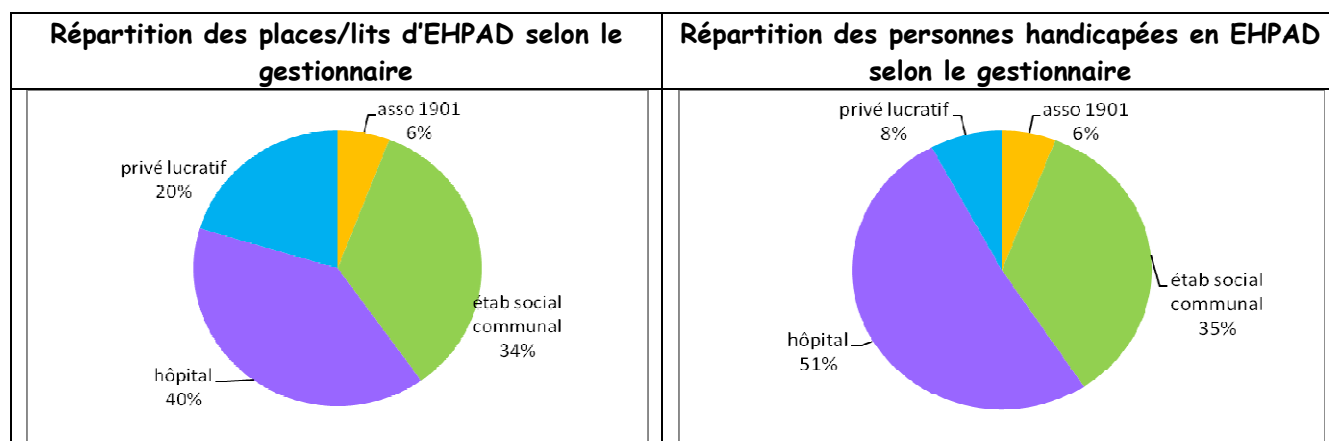
Par rapport à ce que l'on pouvait observer lors de précédentes enquêtes réalisées en Dordogne, l'accueil des personnes handicapées dans les structures pour personnes âgées paraît en légère augmentation :

- en 2001 : 4,9% des résidents de ces établissements, médicalisés ou non, présentaient un handicap (tous types confondus)²⁶
- en 2006, 3,7% des résidents d'EHPAD présentaient un handicap mental
- en 2009, 6 à 7% des résidents d'EHPAD et 3% de ceux des logements-foyers ont un handicap mental



Source : enquête CREAHI 2009

Par rapport à leur poids respectif en termes d'EHPAD gérés, les structures hospitalières s'investissent un peu plus en faveur des personnes handicapées et les structures privées à but lucratif un peu moins.



Source : enquête CREAHI 2009

En termes de personnes handicapées reçues par rapport aux places gérées, cette place renforcée du secteur hospitalier se retrouve de façon encore plus nette : 40% des places gérées dans les EHPAD de Dordogne mais 51% des personnes handicapées accueillies en EHPAD. Il en est de même pour le moindre investissement du privé lucratif auprès de ce public : 20% des places gérées mais 8% des personnes handicapées accueillies en EHPAD.

²⁶ Rappelons que lors de cette enquête, 12% des établissements répondants déclaraient « ignorer » si des personnes handicapées (avec, en 2001, une reconnaissance par la COTOREP) se trouvaient parmi leurs résidents. En 2009, aucun répondant n'a indiqué être dans cette incertitude.

2.2.2 - Circonstances d'admission des personnes handicapées mentales

Raisons de l'accueil de personnes handicapées mentales en structures pour personnes âgées

	EHPAD	Logement-foyer	Ensemble	Rappel enquête 2001
Choix délibéré	48,0%	25,0%	44,8%	40,8%
Réponse à problème urgent	44,0%	75,0%	48,3%	45,6%
Accueil fortuit	44,0%	25,0%	41,4%	30,8%

Source : enquête CREAHI 2009

Dans les EHPAD, les raisons de l'accueil de personnes handicapées au sein de la structure sont très diverses : le choix délibéré intervenant dans près de la moitié des situations mais quasiment au même niveau qu'une admission réalisée pour répondre à un problème urgent ou qu'un accueil fortuit. Apparaissent probablement ici les situations d'adultes handicapés vivant avec leurs parents âgés mais qui voient la poursuite de ce mode de vie brutalement remise en cause par l'hospitalisation voire le décès de ces derniers. Sont également signalées, des admissions suite à des hospitalisations de résidents de foyers occupationnels ne pouvant plus, en raison d'une dépendance accrue, y revenir et donc réorientés en EHPAD (après accord de la MDPH). L'accueil « fortuit » est également fréquent : il concerne les admissions de personnes handicapées réalisées sans préparation, suite à la libération d'une place par une personne âgée « ordinaire », ou encore l'accueil d'adultes handicapés qui suivent leurs parents âgés.

Dans les logements-foyers, très peu concernés par l'accueil de résidents handicapés, c'est avant tout l'urgence qui est à l'origine des admissions.

Selon les réponses, les refus d'admissions de personnes handicapées par les EHPAD sont relativement rares. Au cours des cinq dernières années, 3 d'entre eux uniquement ont signalé avoir pris cette décision pour un total de 7 candidats. Il s'agit toutefois de structures déjà bien investies dans l'accueil de ces personnes (actuellement, 28 résidents handicapés) et on ne sait pas si ces refus ont été motivés par l'impossibilité de recevoir simultanément trop de personnes en situation de handicap, faute de moyens suffisants, ou s'ils sont à relier à des caractéristiques particulières de ces personnes.

Ces refus sont proportionnellement plus importants en ce qui concerne les logements-foyers : 9 refus ces dernières années (émanant tous de la même structure) alors que cette catégorie d'établissement n'accueille en tout que 12 personnes en Dordogne.

2.2.3 - Les limites à l'accueil des personnes handicapées

Motifs invoqués concernant l'absence de personnes handicapées

	EHPAD	Logement-foyer
L'occasion ne s'est jamais présentée	69,2%	37,5%
Personnel pas formé à ce public et/ou en nombre insuffisant	23,1%	12,5%
Projet établissement pas adapté	23,1%	37,5%
Cohabitation de personnes d'âges très différents difficile	23,1%	-
Priorité donnée aux personnes âgées « ordinaires »	15,4%	25,0%

Source : enquête CREAHI 2009

De façon un peu inattendue, le principal frein à l'accueil de personnes handicapées dans les structures pour personnes âgées serait l'absence de sollicitation de leur part (surtout en EHPAD). Les autres limites sont plus en lien avec l'offre de service de ces établissements en particulier le plateau technique sur ses aspects quantitatifs et qualitatifs et le projet

d'établissement au sein duquel la question du handicap, en tant que telle, n'est pas souvent prise en compte (comme cela a été montré dans le chapitre précédent)²⁷.

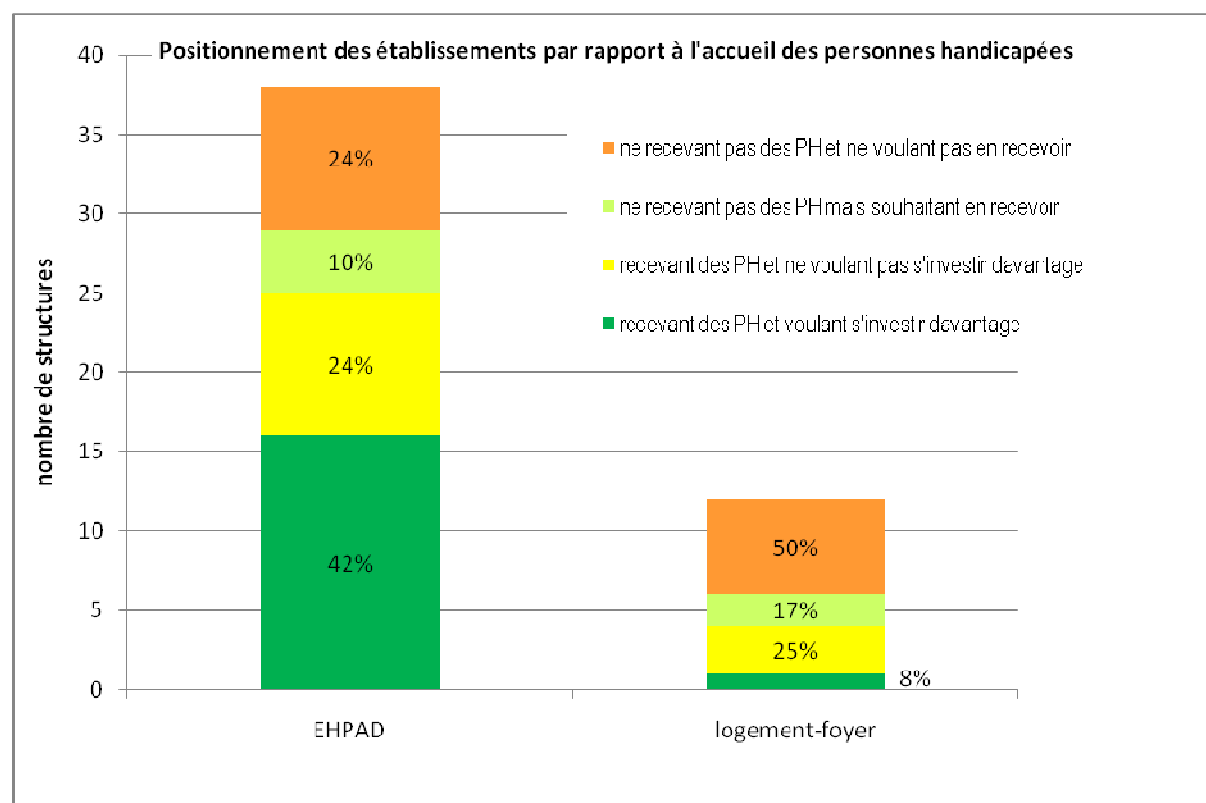
Le constat est ainsi fait qu'accueillir ce public ne peut pas s'appuyer que sur la mobilisation du personnel et ce que si ces personnes sont vieillissantes elles ne cessent pas d'être handicapées pour autant.

2.2.4 - L'investissement auprès des personnes handicapées mentales vieillissantes

Plus de la moitié des EHPAD (53%) souhaiteraient s'investir davantage auprès des personnes handicapées mentales vieillissantes ; les logements-foyers sont moins nombreux à manifester leur intérêt autour de ce public.

Au total, les structures recevant déjà du public handicapé ou désirant s'investir auprès de lui représentent les trois quarts des EHPAD et la moitié des logements-foyers.

Toutefois, il semble bien évident que ce pourcentage doit être surestimé par rapport à la réalité et ne doit pas pouvoir être extrapolé à l'ensemble des équipements pour personnes âgées car les établissements intéressés par ce public ont dû participer assez massivement à cette enquête à l'inverse des autres.

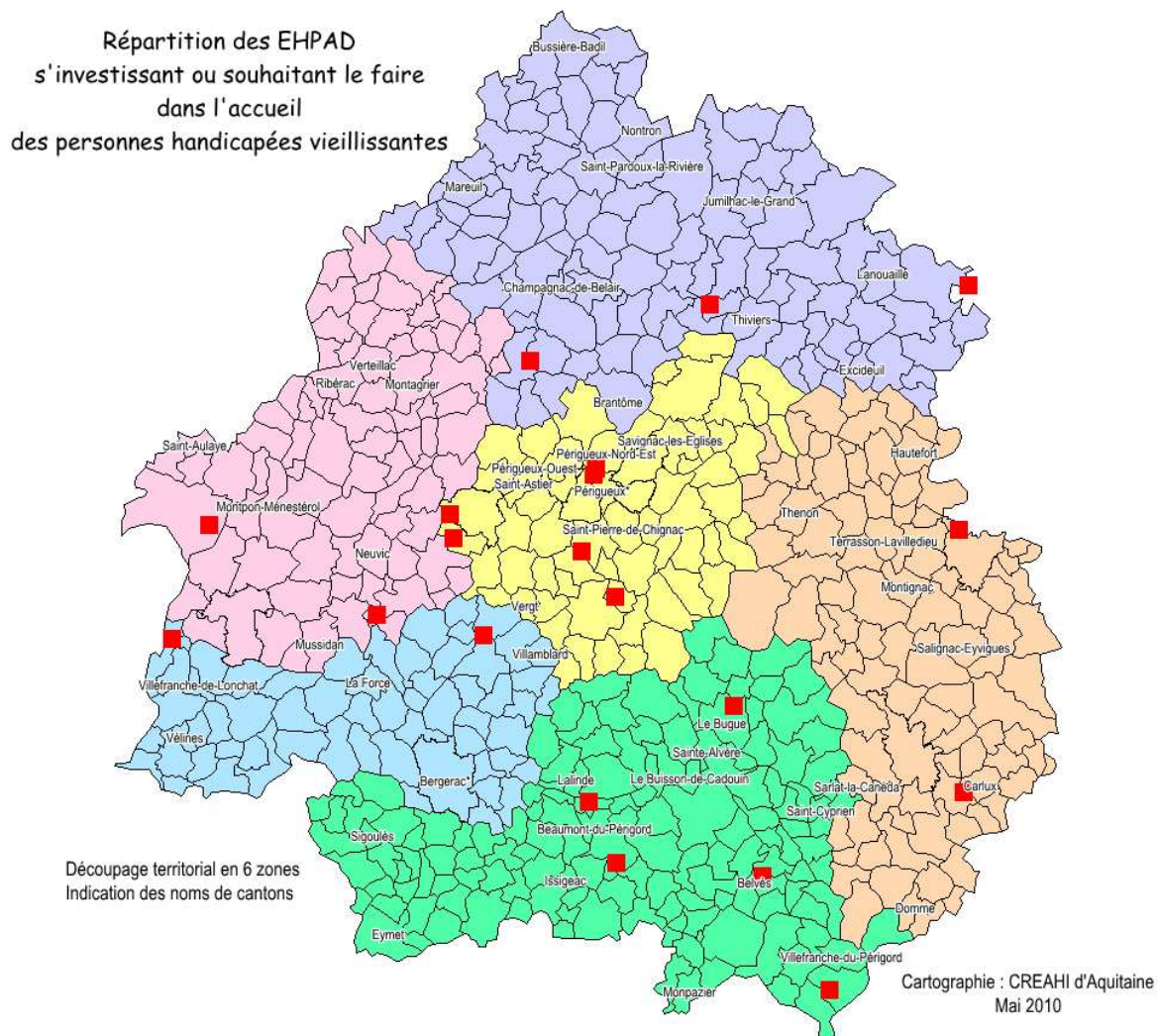


Dans la perspective d'un investissement plus important auprès du public handicapé, **un rapprochement avec le secteur médico-social paraît souhaitable** à l'ensemble des structures concernées par cette volonté (à l'exception d'un logement-foyer).

²⁷ Le rapport Blanc « Un longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : nouveau défi pour leur prise en charge », juillet 2006, identifie une autre raison qui peut limiter l'accueil des personnes handicapées dans les EHPAD. C'est la grille AGGIR (présentée en annexe) qui détermine les tarifs dans ces établissements en mesurant la dépendance des résidents. Or, cette grille n'est pas adaptée aux personnes handicapées mentales, ne prend pas bien en compte leurs besoins réels d'accompagnement. Ceci peut faire baisser le GIR moyen de l'EHPAD et donc de le priver de moyens nécessaires à l'ensemble des résidents.

Selon les établissements, les modalités d'un tel rapprochement sont plus ou moins élaborées, restant parfois encore à définir ou pouvant, au contraire, être déjà très affinées.

Une mobilisation des EHPAD peut être observée dans tous les territoires du département (cf. carte et tableaux récapitulatifs pages suivantes), ce qui pourrait permettre que se développent des synergies locales en vue de développer des réponses permettant aux personnes handicapées de rester dans leur environnement habituel ou dans une proximité raisonnable.



**Perspectives et projets des EHPAD
en faveur des personnes handicapées mentales vieillissantes**

Territoire de Beaumont / Belvès / Sigoulès			
EHPAD	Commune	Capacité	Projet
EHPAD de Beaumont (C)	Beaumont du Périgord	83 PH = 0	Mise en place de conventions avec des structures pour adultes handicapés. Développement d'un projet d'accueil pour des personnes handicapées de 60 ans et plus
EHPAD du centre hospitalier (H)	Belvès	65 PH = 2	Projet mise en place d'une convention avec le foyer Le Bercaill (Ste Foy de Belvès) pour accueillir des personnes handicapées de plus de 60 ans avec éventuellement des appartements thérapeutiques pour les plus autonomes. Projets de sorties/voyage avec la structure pour personnes handicapées vieillissantes de Villefranche-du-Périgord (Les Clauds de Laly)
EHPAD Lobligeois (C)	Le Bugue	146 PH = 14	Rapprochement avec le secteur médico-social : - pour des plans de formation du personnel autour des particularités du public handicapé en termes de prise en charge et de soins - pour le suivi psychologique de ces personnes atteintes de handicap
EHPAD de Lalinde (C)	Lalinde	81 PH = 7	Projet d'accueil conjoint « parent âgé/enfant handicapé vieillissant », développement d'activités spécifiques Suggestion : le secteur médico-social pourrait s'ériger en « centre de ressources » pour des acteurs non spécialisés dans le handicap
EHPAD Les Clauds de Laly (C)	Villefranche du Périgord	43 PH = 8	Structure qui comporte également un foyer de vie pour adultes handicapés vieillissants qui peuvent être transférés dans l'EHPAD si leur dépendance augmente. Développement d'actions transversales entre ces 2 structures et de formations spécifiques pour les personnels

Territoire de Bergerac			
EHPAD	Commune	Capacité	Projet
EHPAD Le domaine des Fromentaux (P)	Moulin Neuf	46 PH = 2	Investissement auprès du public handicapé envisagé avec le soutien d'équipes médico-sociales selon des modalités à préciser
EHPAD La vallée du Roy (A)	Villambard	28 PH = 4	Rapprochement avec le secteur médico-social pour préparer et accompagner des admissions, suivi du projet personnalisé des résidents handicapés, échange à travers des réunions pluridisciplinaires

Territoire de Montpon / Ribérac			
EHPAD	Commune	Capacité	Projet
EHPAD La Porte d'Aquitaine (C)	La Roche Chalais	101 PH = 25	Personnel en train d'être sensibilisé à ce projet Projet d'accompagnement spécifique des résidents en fonction de leur problématique, participation de la directrice (dans le cadre de l'UIRESM ²⁸) à une réflexion sur ce thème conduite par Clairvivre
EHPAD La Dryade (P)	Saint-Médard de Mussidan	40 PH = 1	Investissement auprès du public handicapé envisagé avec le soutien d'équipes médico-sociales selon des modalités à préciser

Col. 1 Gestionnaire :

A = association, C = établissement social ou médico-social communal, H = établissement hospitalier, P = privé lucratif

Col. 3 - Capacité : PH = nombre de personnes handicapées accueillies au jour de l'enquête

²⁸ Union interrégionale des établissements sociaux et médico-sociaux

Territoire de Nontron/Thiviers			
EHPAD	Commune	Capacité	Projet
EHPAD de Bourdeilles (C)	Bourdeilles	96 PH = 27	Adaptation de soins pour les personnes handicapées mentales âgées en distinguant des prises en charge spécifiques et de qualité, conception d'un projet de vie personnalisé pour chaque résident. Enrichir la pluridisciplinarité par des compétences externes au réseau. Renforcer le partenariat avec le foyer de vie La Prada (formations, échanges de savoirs professionnels), formalisation d'une filière géranto-handicap, poursuite des activités et des apprentissages.
EHPAD La Juvénie (P)	Payzac	46 PH = 1	Investissement auprès du public handicapé envisagé avec le soutien d'équipes médico-sociales selon des modalités à préciser Réflexion en vue d'intégrer l'accueil du public handicapé dans le projet d'établissement (en cours expérience positive d'accueil d'une résidente handicapée et 2 demandes en attente)
EHPAD Résidence du Colombier (C)	Thiviers	98 PH = 2	Echange de savoirs et savoir-faire entre les personnels de l'EHPAD et des structures pour personnes handicapées, mise à disposition par les structures pour adultes handicapés de personnes ressources (moniteur-éducateur, psychiatre...) pour des conseils, gardes, formations... Reconstruction de l'EHPAD prévue fin 2012/début 2013 avec une capacité de 110 places dont une unité de 10 places pour personnes handicapées mentales vieillissantes

Territoire de Périgueux			
EHPAD	Commune	Capacité	Projet
EHPAD Résidence d'automne (P)	Notre-Dame de Sanilhac	76 PH = 0	Echange de bonnes pratiques ou échange de personnel avec le médico-social Etablissement prêt à s'investir davantage en fonction des demandes
EHPAD Beaufort-Magne (H)	Périgueux	312 PH = 57	Partenariat avec les structures médico-sociales pour assurer l'accueil des personnes handicapées dans la continuité Développement d'un projet spécifique d'accueil pour les personnes handicapées
EHPAD Parrot (H)	Périgueux	235 PH = 14	
EHPAD de centre hospitalier (H)	Saint-Astier	165 PH = 14	Liens avec plusieurs associations (APEI, ADHP ²⁹ ...) à travers des conventions de collaboration avec leurs établissements proches pour optimiser et développer la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes.
EHPAD de St Léon (A)	Saint-Léon sur l'Isle	53 PH = 6	Travail en amont avec les structures médico-sociales pour les admissions, travail conjoint sur l'adaptation de l'EHPAD et de son projet aux résidents handicapés, projet de vie bâti en collaboration avec des équipes médico-sociales
EHPAD La maison du pays de Vergt (P)	Vergt	26 PH = 0	Investissement auprès du public handicapé envisagé avec le soutien d'équipes médico-sociales selon des modalités à préciser

Territoire de Sarlat/Terrasson			
EHPAD	Commune	Capacité	Projet
EHPAD Saint-Rome (C)	Carsac-de-Aillac	106 PH = 8	Rapprochement avec l'ADPAEI du Périgord Noir en cours, pouvant s'articuler autour d'une nouvelle structure pour personnes handicapées vieillissantes qui s'installerait dans des bâtiments libérés par l'EHPAD (en cours de reconstruction). Ces personnes « <i>pourraient bénéficier de la logistique et des compétences du nouvel établissement [l'EHPAD Saint-Rome] reconstruit à proximité</i> ». Projet pouvant répondre à des besoins d'hébergement à plus ou moins long terme pour des personnes handicapées prises en charge par l'ADPAEI du Périgord Noir et ce, à partir de 2013
EHPAD Les 4 saisons (P)	Terrasson	105 PH = 3	Rapprochement avec des équipes médico-sociales pour des rencontres, visites d'établissements Réflexion autour du projet de vie et du projet de soins personnalisé pour personnes handicapées

Col. 1 Gestionnaire :

A = association, C = établissement social ou médico-social communal, H = établissement hospitalier, P = privé lucratif

Col. 3 - Capacité : PH = nombre de personnes handicapées accueillies au jour de l'enquête

²⁹ Association départementale des personnes handicapées psychiques et polyhandicapées

2.2.5 - Les besoins en matière de formation

Des besoins de formation pour mieux accueillir les personnes handicapées vieillissantes sont repérés par quasiment tous les établissements pour personnes âgées souhaitant s'investir auprès de ce public.

Outre, la question du handicap, de ses différentes facettes et manifestations, de ses conséquences sur le vieillissement, les EHPAD s'interrogent sur ce qui fait la spécificité du public handicapé mental et sur la façon de l'aborder et de l'accompagner par rapport au public plus traditionnel de ces établissements.

Thématiques de formation autour des personnes handicapées mentales vieillissantes intéressant les EHPAD

Champs	Thématiques
Connaissance des handicaps, effets du vieillissement	Approche psycho-pathologique des différents handicaps et mise en perspective par rapport au vieillissement Pathologies psychiatriques, handicap mental, communication adaptée à la personne handicapée mentale Conséquences sociologiques et psychologiques du handicap Exclusion et handicap
Cohabitation / spécification de l'accompagnement	Cohabitation des personnes âgées et des personnes handicapées, gestion des différences d'âge. Articulation du projet commun et des prises en charge spécifiques. Dimension psychologique différenciant les personnes handicapées vieillissantes des personnes âgées. Différences et ressemblances dans la prise en charge et les soins pour les personnes handicapées et les personnes âgées
Type de prestations à développer	Accompagnement psychosocial des personnes handicapées Animations et activités adaptées aux personnes handicapées vieillissantes Gestion des crises Approche des modalités d'accompagnement dans les établissements pour adultes handicapés

Source : enquête CREAHI 2009

2.2.6 - Les besoins en ressources humaines

Les deux tiers des EHPAD recevant des personnes handicapées et/ou souhaitant s'investir davantage auprès de ce public ont identifié des besoins en termes de qualifications pour renforcer leur équipe, améliorer leur offre d'accompagnement³⁰ et adapter la prise en charge aux problématiques liées au handicap.

Besoins des EHPAD en personnels supplémentaires pour accompagner les résidents handicapés

Catégories de professionnels	Apports souhaités/attendus
Personnel médical et psychologique Psychiatre (3) → → → → Médecin rééducation fonctionnelle (2) Psychologue, psycho-gériatre (6) → Art-thérapeute (2) → → → → Sophrologue (1) → → → →	Suivi médical, consultations spécialisées Suivi/soutien des résidents ; parfois aide au personnel. <i>« Valoriser une population souffrant d'une image sociale péjorative, l'accompagner dans un mode d'expression adapté à ses émotions et à son relationnel, la responsabiliser avec respect et dignité dans une dynamique émotionnelle »</i> Relaxation
Personnel paramédical Infirmier / infirmier psychiatrique (4) → Aide-soignant (1) → → → → Ergothérapeute (5) → → → → Psychomotricien (2) → → → → Autre sans précision (2) → → → →	Soins et prises en charge individualisés, construction du projet de soins Suivi des ateliers, mise en place d'un programme d'activation cérébrale, aide au maintien de l'autonomie Image corporelle Développer la communication individuelle et pouvoir y consacrer davantage de temps
Personnel socio-éducatif Aide médico-psychologique (11) → → Moniteur-éducateur (5) → → → → Educateur spécialisé (7) → → → → Assistant social (1) → → → → Animateur (2) Autre sans précision (2)	Activités, ateliers et animation pour personnes handicapées, accompagnement psycho-social et dans le maintien de l'autonomie avec pour objectif de limiter la rupture par rapport à l'encadrement médico-social antérieur. <i>Les AMP sont parfois envisagés en remplacement des aides-soignants</i> Conseils aux AMP dans l'accompagnement des personnes handicapées, développement des synthèses dans le cadre du projet de vie et de soins individualisés. Mise en place d'ateliers / d'animations. Coordination, mise en place des actions d'animation, de prévention et d'éducation accompagnement spécifique et adapté, élaboration du projet individualisé, formation de personnel Faire le lien entre la famille et l'équipe
Autres Assistant en gérontologie ³¹ (1) Veilleur de nuit (1)	Prise en charge spécifique et individualisée Les résidents handicapés ont besoin, plus que les autres, d'une présence rassurante la nuit

Note de lecture : Entre parenthèses, après la profession = nombre d'EHPAD souhaitant du personnel supplémentaire (sur 20 EHPAD demandeurs)

L'intérêt pour les métiers de la filière éducative semble particulièrement marqué, les EHPAD reconnaissant à ces professionnels des savoirs et des savoir-faire tout à fait en phase avec l'accompagnement à offrir aux personnes handicapées mentales vieillissantes. Cet intérêt montre aussi le souci de ces établissements de mettre en place une offre qui s'inscrive dans la **continuité** de ce dont bénéficiaient ces personnes handicapées lorsqu'elles étaient accueillies dans le secteur « adultes handicapés ».

³⁰ Ce besoin concerne 87% des EHPAD recevant déjà des personnes handicapées et souhaitant en recevoir d'autres, 75% de ceux qui n'en reçoivent pas encore mais qui voudraient développer une offre pour ce public, un tiers de ceux qui en reçoivent mais ne souhaitent pas accueillir de nouveaux résidents handicapés.

³¹ L'assistant de soins en gérontologie intervient auprès de personnes âgées, en situation de grande dépendance et/ou présentant des troubles cognitifs, nécessitant des techniques de soins et d'accompagnement spécifiques. Cette formation est accessible aux aides-soignants, aux aides médico-psychologiques (AMP) et aux auxiliaires de vie sociale (AVS).

3 – Des rencontres avec des équipes

Afin de compléter cette approche des projets et des pratiques réalisée à travers l'enquête par questionnaire, nous avons retenu un échantillon de 5 EHPAD impliqués ou souhaitant s'impliquer dans l'accueil des personnes handicapées mentales vieillissantes et les avons sollicités pour un entretien approfondi avec le responsable de la structure, le responsable des soins et le responsable de l'animation.

Ces 5 EHPAD sont :

- l'EHPAD de Bourdeilles
- les EHPAD du CH de Périgueux
- l'EHPAD du CH de St Astier
- l'EHPAD et le foyer de vie de Villefranche-du-Périgord
- l'EHPAD de Thiviers

Ces établissements, qui s'occupent de près de 120 personnes handicapées mentales vieillissantes présentent l'intérêt de refléter une certaine diversité au niveau :

- des organismes gestionnaires (sont représentés les CH et les établissements publics autonomes)
- de leur répartition géographique (Périgueux et son territoire, nord du département et sud du département)
- de leur projet de service et de la mise en œuvre de l'accueil des résidents.

Les équipes rencontrées ont réservé un excellent accueil au représentant du CREAHI qui s'est déplacé dans leurs locaux et ont manifesté un grand intérêt autour des réponses à apporter aux personnes handicapées mentales vieillissantes qu'elles considèrent comme faisant partie intégrante de leur public.

Un tableau, figurant en annexe, permet pour chacun des indicateurs explorés lors de l'entretien, de comparer le positionnement de chaque établissement ainsi que la manière dont est mise en œuvre son offre.

En quelques mots, présentons le contexte particulier de ces 5 structures :

- EHPAD de Bourdeilles

Au moment où l'établissement est devenu maison de retraite en 1984, a été créé le foyer occupationnel La Prada. En effet, la présence de deux types de population hébergés au sein de la maison de retraite, personnes âgées et personnes handicapées, avait été mise en lumière, avec des besoins de prises en charge spécifiques. A cette époque, une vingtaine de personnes hébergées à la maison de retraite avaient été transférées au foyer de vie. La proximité des lieux a permis de les maintenir dans leur environnement social familial. Ce lien est encore très concret puisque certaines de ces personnes handicapées mentales ayant connu la maison de retraite puis le foyer, sont revenues à l'EHPAD. Cet établissement, très bien intégré dans le village dans lequel il est implanté, peut maintenant se prévaloir d'une expérience de plus de 25 ans dans l'accueil des personnes handicapées mentales âgées (public qui forme au moins le quart des résidents), qui lui a permis de développer un savoir-faire particulier pour un EHPAD.

- EHPAD du CH de Périgueux

Les EHPAD Beaufort-Magne et Parrot répondent à la mission de service public impartie à l'Hôpital : accueillir toutes les personnes en faisant la demande, quels que soient leurs

ressources, leur état de santé, leurs troubles y compris les déficiences mentales. De fait, les EHPAD remplissent tout à fait ce rôle en accueillant une des proportions de personnes handicapées vieillissantes deux fois plus importante que la moyenne départementale (13% contre 6,5%), population parmi laquelle se trouvent, en outre, des résidents très lourdement handicapés.

Les EHPAD de Périgueux apportent donc une réponse indispensable à toutes les situations d'urgence ou rejetées par ailleurs.

L'accueil se fait dans le cadre d'un grand collectif dans une logique et une culture sanitaires. Ces EHPAD souhaitent développer des partenariats afin d'offrir un accompagnement qui s'inscrive dans la continuité du parcours de la personne handicapée et d'adapter les conditions d'accueil réservées à ce public.

- EHPAD de St Astier

L'EHPAD de St Astier accueille des personnes handicapées mentales parmi les autres résidents. Même si cet établissement a fait le choix de la mixité, il souhaite pouvoir mieux spécifier les modalités d'accompagnement de ce public et s'investir davantage autour de lui, notamment à travers une collaboration avec l'APEI et les établissements gérés par cette association (ESAT, foyer occupationnel, FAM). L'équipe est à la recherche de solutions innovantes et met en place des projets impliquant divers partenaires au niveau local avec le souci d'améliorer la qualité de l'accueil des personnes handicapées vieillissantes. Cet EHPAD, dépendant d'un hôpital comme ceux de Périgueux, a des obligations de service public (égalité d'accès, continuité du service, non-discrimination) et met aussi en avant la complémentarité du sanitaire et du médico-social au sein de l'institution.

- EHPAD et foyer de vie de Villefranche-de-Périgord

Ces 2 établissements sont situés dans un même bâtiment dont ils occupent chacun une aile distincte. Les personnes handicapées ont vocation à être accueillies au foyer et les passages vers l'EHPAD sont relativement rares (3 cas en 2 ans). Une certaine instabilité a marqué ces dernières années (période d'absence de direction difficilement vécue) mais sous l'impulsion d'un nouveau directeur les projets sont en train d'être revitalisés. Les équipes se montrent prêtes à s'y investir, font part de leurs intentions de faire bouger les choses et souhaitent harmoniser et renforcer les liens entre les 2 structures à travers des actions transversales. Une plus grande ouverture sur l'extérieur, en valorisant des contacts et développant des partenariats, est aussi envisagée. Par ailleurs, une réflexion sur l'offre mise en œuvre va être lancée avec un groupe de travail autour de l'analyse des pratiques.

- EHPAD de Thiviers

L'accueil de personnes handicapées mentales vieillissantes, au sein d'une unité dédiée de 10 places dans cet EHPAD, fait partie d'un projet qui devrait aboutir début 2013 en passant par la reconstruction de l'établissement (qui comptera alors, au total, 110 places).

L'équipe est mobilisée sur ce projet, même si le déménagement qui s'annonce sera un bouleversement certain. Le projet d'établissement, évoquant cette prise en compte des personnes handicapées vieillissantes, se réfère au rapport Blanc « *Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge* » et au schéma d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées de la Dordogne (document sur lequel nous reviendrons plus loin). Cet accueil s'appuiera sur des échanges de savoirs et savoir-faire avec des structures médico-sociales pour personnes handicapées.

Quels enseignements peut-on tirer des éléments recueillis lors de ces visites ?

☞ La proximité avec un établissement médico-social et la qualité du partenariat mis en œuvre avec ce dernier est, incontestablement, un plus pour assurer la qualité de l'accompagnement de la personne handicapée vieillissante et la continuité avec les prestations dont elle a pu bénéficier auparavant.

☞ Les EHPAD identifient principalement 3 types de prestations à mettre en place au bénéfice des personnes handicapées mentales vieillissantes :

- meilleur suivi des handicaps et développement des soins psycho-gérontologiques
- développement de l'écoute, des soins relationnels et maintien de l'autonomie par la préservation des fonctions
- mise en place d'un projet de vie et d'un projet d'animation personnalisé

☞ Les EHPAD estiment que l'amélioration de l'accueil des personnes handicapées vieillissantes dans leurs murs nécessite la mise en place d'une prise en charge plus individualisée, notion qui n'est arrivée que récemment dans le secteur des personnes âgées (par rapport à celui du handicap) et qui commence à y être développée.

☞ Les EHPAD constatent fréquemment des difficultés pour mettre en œuvre des activités et des animations qui soient adaptées aux personnes handicapées vieillissantes, à la fois dans leur contenu, leur rythme et dans leur encadrement.

☞ En lien avec ce qui précède, les EHPAD marquent leur volonté d'introduire en leur sein une culture et une coloration médico-sociales en recrutant des personnels du champ éducatif et psychologique (mais leur place reste encore très réduite même si les projets/intentions exprimés montrent que ces qualifications pourraient être renforcées).

☞ Les écarts dans les plateaux techniques entre EHPAD et structures médico-sociales pour adultes handicapés sont plus importants en terme des qualification des personnels qu'en terme de ratio global (la signature des conventions tripartites a permis aux maisons de retraite, devenant ainsi des EHPAD, d'étoffer leur plateau technique mais essentiellement sur la dimension du soin, en vue de la prise en charge des personnes âgées atteintes de polypathologies ou de maladies d'Alzheimer et maladies apparentées).

☞ La question de la cohabitation entre résidents âgés et résidents handicapés existe et peut être source de difficultés, elle n'apparaît cependant pas en général au premier rang des préoccupations.

☞ Les outils d'évaluation des besoins des résidents sont, en général, communs à tous. Or les grilles du secteur personnes âgées ne sont pas réellement adaptées aux besoins des personnes en situation de handicap et ne peuvent pas permettre d'identifier la totalité de leurs besoins³².

³² A titre d'illustration, la grille AGGIR utilisée pour estimer le niveau de dépendance des résidents des EHPAD ne peut prendre en compte tous les besoins d'accompagnement des personnes handicapées mentales et établir en fonction un projet personnalisé bien adapté. Certains indicateurs, retenus par la grille MAP (modèle d'accompagnement personnalisé) de l'UNAPEI, comme par exemple la sociabilité, la communication, le comportement psychoaffectif, le respect des conventions sociales n'y figurent pas.

De même, l'outil d'évaluation interne des EHPAD est Angélique, outil qui contrairement à d'autres, comme Périclès, n'est pas conçu pour une population handicapée (et ne prend pas spécifiquement en compte leur participation à la construction des projets les concernant, le recueil de leur satisfaction etc.).

☞ La place des MDPH, dans la coordination des parcours des personnes handicapées vieillissantes passant du secteur handicap au secteur personnes âgées, mériterait d'être renforcée afin que ces institutions puissent réellement jouer un rôle de pivot et accompagner la formalisation du projet de vie de ces personnes. Plusieurs EHPAD ont ainsi indiqué n'avoir que des relations réduites avec la MDPH au moment de l'admission de résidents handicapés et peu d'informations sur leur histoire, leurs incapacités/limitations et leurs besoins.

4- Les ressources des personnes handicapées mentales hébergées en établissement médico-social

Situation simulée : une personne handicapée qui ne travaille pas (ou plus) et qui est hébergée dans un établissement pour personnes lourdement handicapées (foyer occupationnel, FAM ou MAS) ou dans un établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Cette personne est susceptible, si elle répond aux critères d'attribution, de bénéficier de l'**Allocation aux adultes handicapés**. L'AAH sert à assurer aux personnes adultes handicapées un minimum de ressources pour qu'elles puissent faire face aux dépenses de la vie courante.

Elle est versée sous conditions de ressources³³ et en fonction du taux d'incapacité permanente reconnu par la CDAPH. Il s'agit ainsi d'une prestation subsidiaire aux autres ressources des personnes qui la perçoivent, notamment par rapport aux revenus du conjoint éventuel.

Afin de simplifier la simulation financière, cette personne, au contraire, ne perçoit pas de :

- *Prestation de compensation du handicap* et ce, même si cette dernière peut être versée à des personnes résidant en établissement (pour un montant qui varie suivant que la personne est, ponctuellement, effectivement dans l'établissement ou non).

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, aides matérielles (aménagement du logement et du véhicule) et aides animalières.

*Pour les personnes en établissement, le montant perçu au titre de l'aide humaine représente **10% du montant** calculé sur la base des besoins de la personne quand elle n'est pas hébergée ou hospitalisée. Le montant doit être compris entre, environ, **42 et 84 € / mois**. Pour les périodes d'interruption de l'accompagnement ou de la prise en charge, le versement intégral est rétabli.*

- *Majoration pour la vie autonome* : destinée aux personnes qui peuvent travailler mais sont au chômage en raison de leur handicap et qui doivent faire face à des dépenses de logement
- *Complément de ressources* : qui peut s'ajouter à l'AAH pour assurer aux personnes handicapées ne pouvant pas travailler et disposant d'un logement indépendant une garantie de ressources (GRPH)

Le montant de l'AAH dépend des **ressources** et du **plafond de revenus applicable** suivant la situation familiale.

Pour réaliser la simulation, des ressources annuelles croissantes fictives ont été choisies³⁴.

³³ Les ressources prises en compte pour le calcul du droit à l'AAH sont l'ensemble des revenus nets catégoriels du ménage retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu, augmentés ou diminués de certains revenus, charges ou abattements spécifiques.

³⁴ Pension alimentaire par ex. ; 80% de cette ressource sont pris en compte dans le revenu net utilisé pour l'attribution de l'AAH.

Simulation des ressources et de l'AAH perçue en conséquence selon la situation familiale

Ressources annuelles prises en compte pour la détermination du droit à l'AAH et de son montant (Année n-1)	Personne seule		Personne en couple		Personne en couple, avec un enfant à charge	
	AAH (€ / mois)	Ressources mensuelles ³⁵ avec AAH	AAH (€ / mois)	Ressources mensuelles avec AAH	AAH (€ / mois)	Ressources mensuelles avec AAH
0	696,63	697	696,63	697	696,63	697
1 000	613,30	717		801		801
2 000	529,96	738		905		905
3 000	446,63	759		1 009		1 009
4 000	363,30	780		1 113		1 113
5 000	279,96	801		1 217		1 217
6 000	196,63	822		1 322		1 322
7 000	113,30	842		1 426		1 426
8 000	29,96	863		1 530		1 530
Plafond personne seule	8 359,56	871		1 567		1 567
9 000		937	643,26	1 581	491,58	1 634
10 000		1 042	559,93	1 602		1 738
12 500		1 302	351,59	1 654		1 999
15 000		1 562	143,26	1 706		2 054
Plafond couple		1 742		1 742	348,32	2 090
20 000		2 083		2 083	74,91	2 158
Plafond couple et 1 enfant		2 177		2 177		2 177
25 000		2 604		2 604		2 604
30 000		3 125		3 125		3 125
50 000		5 208		5 208		5 208

L'AAH est attribuée, jusqu'à un plafond de ressources (fonction de la situation familiale du demandeur), pour un montant qui diminue en fonction du revenu.

Il en résulte, jusqu'à cette limite, une réduction des écarts entre les personnes quant aux ressources disponibles : pour des personnes seules dont les ressources personnelles varient entre 0 et 700 euros par mois, leurs ressources mensuelles globales vont s'échelonner 700 et 870 euros avec l'AAH.

A partir de ces ressources théoriques, la situation des personnes accueillies en établissement médico-social a été projetée.

Premier cas : hébergement en foyer occupationnel ou foyer d'accueil médicalisé

Rappel des principes de tarification :

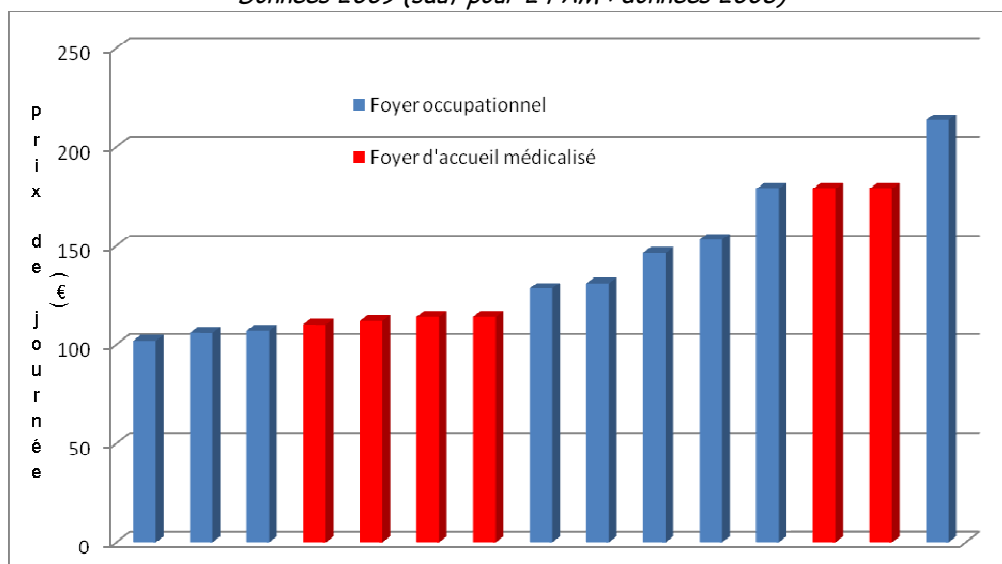
- o foyer occupationnel : tarif unique pour *l'hébergement et l'entretien*, arrêté par le Président du Conseil général
- o foyer d'accueil médicalisé : un tarif *hébergement - entretien*, arrêté par le Président du Conseil général, et un tarif assurance maladie (pour l'ensemble des dépenses afférentes aux soins et aux personnels médicaux et paramédicaux).

³⁵ Le montant des *ressources annuelles (n-1)* représente 80% des ressources réelles perçues (du fait d'un abattement appliqué pour l'étude du droit à l'AAH). Afin de simuler des ressources disponibles (en année *n*), ces *ressources annuelles* ont donc été divisées par 0,8 puis rapportées à un mois-type (365 / 12 jours). A ensuite été ajouté le montant de l'AAH éventuellement perçue.

Coûts d'hébergement dans les établissements de Dordogne (hors forfait soins en FAM) :

- o Prix de journée (minimum et maximum)³⁶ : de 102 à 213 €
- o Coûts mensuel : environ **3100 à 6480 € / mois**

**Prix de journée des foyers occupationnels
et des foyers d'accueil médicalisé (partie hébergement) de la Dordogne**
Données 2009 (sauf pour 2 FAM : données 2008)



Source : RDAS Conseil général de la Dordogne - Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Participation du bénéficiaire : l'hébergement est à la charge du bénéficiaire et/ou, subsidiairement, de l'aide sociale départementale. L'obligation alimentaire n'est pas prise en considération.

Récupération : action par laquelle le Conseil général, qui a pris en charge financièrement une partie de l'hébergement, récupère les sommes correspondantes après le décès de la personne handicapée bénéficiaire, sur les biens et valeurs du défunt après déduction des dettes.

"Il n'y a pas de récupération des frais d'hébergement et des frais d'entretien des personnes handicapées sur :

- *la succession du bénéficiaire lorsque les héritiers sont le conjoint, ses enfants, ses parents ou la personne qui a assumé de façon effective et constante la charge de la personne handicapée*
- *le donataire et le légataire" (RDAS, Dordogne)*

La participation du bénéficiaire ne peut réduire ses ressources en-dessous d'un "**reste à vivre**". Pour les personnes handicapées adultes en hébergement et ne travaillant pas, ce montant garanti à la personne handicapée, pour qu'elle puisse en disposer librement s'élève à 10% de l'ensemble des ressources mensuelles et au minimum à 30% de l'AAH (hébergement complet).

³⁶ Règlement départemental d'aide sociale, Conseil général de la Dordogne, 99 p
Cf. annexe 14, *Liste des établissements et services pour personnes handicapées*
http://www.cg24.fr/FCKeditor/upload/file/pdf/social/RDAS_v_05_01_12.pdf

**Participation financière de l'usager à l'hébergement en foyer occupationnel ou en FAM
suivant ses ressources et le reste à vivre qui en découle**

Ressources annuelles Personne seule	Ressources mensuelles avec AAH	Reste à vivre mensuel (montant garanti pour l'usager)	Participation de l'usager à l'hébergement (<i>Reste à charge</i>)			
			Hébergement complet		Internat de semaine ³⁷	
			FO/FAM à 102 € / jour	FO/FAM à 213 € / jour	FO/FAM à 102 € / jour	FO/FAM à 213 € / jour
0	697	208,99	488		348	
1 000	717		508		369	
2 000	738		529		390	
3 000	759		550		411	
4 000	780		571		432	
5 000	801		592		452	
6 000	822		613		473	
7 000	842		633		494	
8 000	863		654		515	
8 359,56	871		662		522	
9 000	937		729		589	
10 000	1 042		833		693	
12 500	1 302		1 093		954	
15 000	1 562		1 354		1 214	
20 000	2 083		1 874		1 735	
25 000	2 604	260	2 344		2 256	
30 000	3 125	312	2 813		2 777	
50 000	5 208	521	3 102	4 687	3 102	4 687

- Reste à vivre : 30% de l'AAH
 Reste à vivre : 10% des ressources mensuelles
- Règlement de l'ensemble du coût de l'hébergement

Dans le cas d'une personne seule, les ressources dont elle dispose vont être utilisées pour régler l'hébergement, sans descendre en dessous du montant garanti pour l'usager, le "reste à vivre". L'aide sociale du Conseil général interviendra secondairement pour couvrir les frais non couverts.

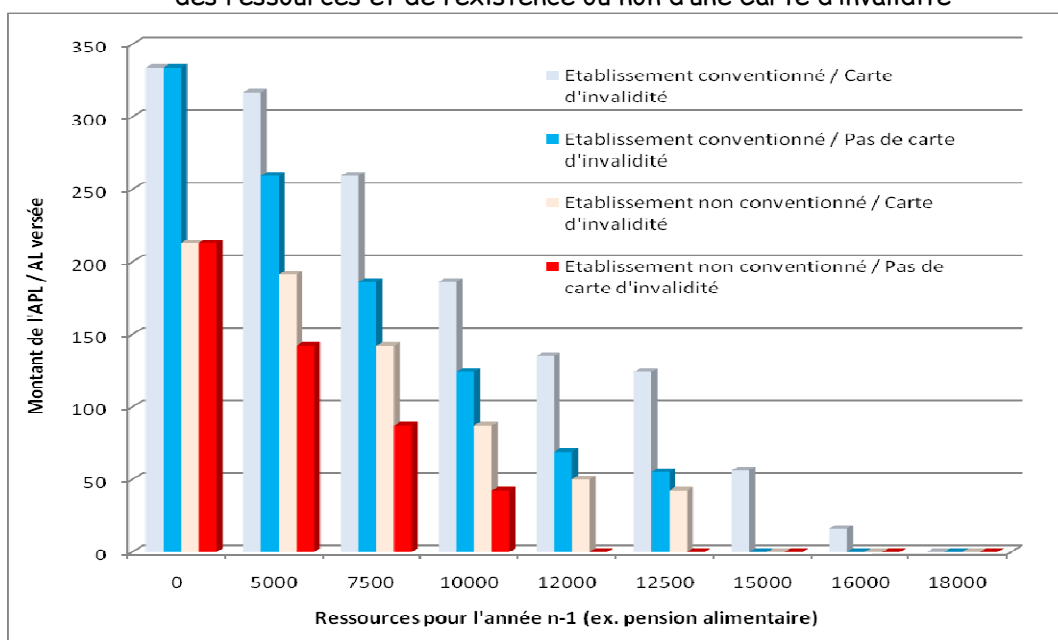
La personne handicapée hébergée en établissement spécialisé peut, dans certaines conditions, de ressources notamment, bénéficier d'une **aide personnalisée au logement** (APL ; logement devant avoir fait l'objet d'une convention entre le propriétaire et l'Etat) ou d'une **allocation logement** (AL).

Simulation d'attribution d'une APL ou AL

Personne handicapée célibataire, vivant en établissement pour personnes handicapées, sans activité professionnelle (ni salaire), percevant l'AAH, sans charges déductibles.
Les variables manipulées dans le cadre de cette simulation sont l'existence ou non d'un revenu non professionnel (pension alimentaire allant jusqu'à 1500 euros / mois) et d'une carte d'invalidité (dont la possession permet une déduction sur les ressources dans le calcul du revenu de référence).

³⁷ Ou si, "régulièrement", "au moins cinq des principaux repas au cours d'une semaine " sont, pris "à l'extérieur de l'établissement" : le reste à vivre est alors augmenté de 20% de l'AAH (atteignant ainsi 50%).

Montants mensuels d'APL et d'allocation logement allouée aux personnes handicapées hébergées en établissement (conventionné pour l'APL) en fonction des ressources et de l'existence ou non d'une Carte d'invalidité



Données financières de la simulation

Dans un établissement conventionné, l'APL peut atteindre 334,19 euros mensuels. Dans les autres structures, l'allocation logement peut aller jusqu'à 212,75 euros mensuels.

Dans le cas où d'autres ressources que l'AAH existent, le montant alloué diminue. Il est plus important si la personne détient une carte d'invalidité.

Si elle a environ 1000 euros par mois de ressources (12 000 de ressources pour l'année), la personne ne pourra plus toucher d'allocation logement en établissement non conventionné si elle ne possède pas une carte d'invalidité.

Pour des ressources mensuelles autour de 1250 euros (annuelle : 15 000 €), seules les personnes handicapées titulaires d'une carte d'invalidité et résidant en établissement conventionné bénéficieront d'une allocation (APL).

Enfin, à partir d'environ 1 500 euros par mois de revenus, plus aucune allocation ne pourra être attribuée à la personne.

Compte tenu du mode de calcul de ce que la personne handicapée doit financer dans le cadre de son hébergement (le "*reste à charge*"), fondé sur l'obligation de laisser un "*reste à vivre*", l'allocation potentiellement reçue viendra réduire, en définitive, la participation du Conseil général au titre de l'aide sociale à l'hébergement...³⁸

Deuxième cas : hébergement en maison d'accueil spécialisée (MAS)

Rappel des principes de tarification et participation du bénéficiaire

Les frais de journée sont principalement à la charge de l'**assurance maladie**.

Une participation financière aux frais d'hébergement et d'entretien (forfait journalier) reste cependant à la charge du résident, soit 18 € par jour pour une personne en hébergement complet, depuis le 1er janvier 2010.

³⁸ Ainsi que le montant que le Conseil général pourrait éventuellement récupérer sur la future succession, dans la mesure où le bénéficiaire n'en serait pas le conjoint, ni les enfants, ni les parents...

Les bénéficiaires de l'allocation pour adulte handicapé (AAH) accueillis en MAS perçoivent une allocation réduite, équivalent à **30 % de l'AAH** (soit 208,99 € au 1^{er} avril 2010). Cette réduction n'est pas appliquée aux personnes qui s'acquittent du forfait.

Le forfait journalier peut être intégralement pris en charge au titre de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)³⁹.

Parmi les conditions à remplir pour bénéficier d'une CMU-C, les ressources annuelles doivent être inférieures à un plafond : 7521 euros pour une personne seule résidant en France métropolitaine (au 1^{er} juillet 2009).

Les bénéficiaires de l'AAH ne peuvent donc pas bénéficier de la CMU-C, le montant annuel perçu étant supérieur au plafond des ressources... sauf en cas d'hospitalisation de plus de 60 jours (ou 45 jours en établissement spécialisé) du fait de la diminution du montant de l'AAH.

→ *Simulation avec règlement du forfait hospitalier (et AAH versée sans la réduction liée à l'hébergement en MAS)*

**Paiement par l'usager du Forfait journalier hospitalier en MAS suivant ses ressources
(Allocation : AAH)**

Ressources annuelles	Ressources mensuelles, avec AAH	Reste à vivre mensuel (Montant garanti)	Forfait journalier hospitalier (FJH) : 18 € (Reste à charge pour l'usager)	Ressources mensuelles disponibles après règlement du FJH
0	697	208,99	488	209
1 000	717		508	
2 000	738		529	
3 000	759		547,50	212
4 000	780			232
5 000	801			253
6 000	822			274
7 000	842			295
8 000	863			316
8 359,56	871			323
9 000	937			390
10 000	1 042			494
12 500	1 302			755
15 000	1 562			1 015
20 000	2 083			1 536
25 000	2 604			2 057
30 000	3 125			2 577
50 000	5 208			4 661

	Reste à vivre : 30% de l'AAH
	Règlement de l'ensemble du Forfait journalier hospitalier (FJH)

³⁹ "La C.M.U. complémentaire facilite l'accès aux soins des personnes aux faibles ressources et résidant en France de façon stable et régulière" : soins pris en charge à 100 % sans avance de frais, y compris pour la part non remboursée par la Sécurité sociale et le forfait journalier hospitalier. www.ameli.fr

→ Simulation en l'absence de règlement du forfait hospitalier⁴⁰ (AAH réduite à 30% du montant maximum)

Ressources pour une personne handicapée en MAS

Dans le cas d'une exonération du FJH

(Allocation : 30% de l'AAH)

Ressources annuelles	AAH perçue	Ressources disponibles
0	209	209
1 000		313
2 000		417
3 000		521
4 000		626
5 000		730
6 000	197	822
7 000	113	842
Plafond ressources pour CMU-C 7 521	70	853
8 000	30	863
Plafond AAH personne seule 8 359,56		871
9 000		937
10 000		1 042
12 500		1 302
15 000		1 562
20 000		2 083
25 000		2 604
30 000		3 125
50 000		5 208

L'exonération du forfait hospitalier

Pour les personnes dont la seule ressource est l'AAH, il n'y a pas de différence au niveau des ressources dont elles vont pouvoir disposer, qu'elles aient ou non à régler le forfait hospitalier :

- ou elles reçoivent l'AAH complète, et règlent une partie du forfait hospitalier leur garantissant un reste à vivre...
- ou elles reçoivent 30% de l'AAH (ce qui correspond au montant du reste à vivre) dont elles peuvent disposer, ne réglant pas le forfait hospitalier.

Par contre, pour les personnes dont les revenus sont plus élevés que l'AAH, l'exonération du forfait hospitalier réduit les dépenses qu'elles sont conduites à engager dans le cadre de leur accompagnement.

Troisième cas : hébergement en EHPAD

→ Tarification pour les résidents de moins de 60 ans

Coûts d'hébergement dans les établissements de Dordogne dans lesquels l'APA est versée à l'établissement

Ces établissements sont une cinquantaine ; il s'agit, à l'exception d'une dizaine d'entre eux, d'établissements publics.

- o Prix par jour (minimum et maximum)⁴¹ : de 50 à 86 €
- o Coûts mensuels : environ **1500 à 2620 € / mois**

L'aspect financier de l'hébergement d'une personne handicapée fonctionne de la même façon que celle-ci soit en foyer (occupationnel ou d'accueil médicalisé) ou en EHPAD avec règlement du tarif "moins de 60 ans".

⁴⁰ Exonération du forfait hospitalier (cf. www.ameli.fr) : CMU-C ou AME (Aide médicale de l'Etat) ; enfant handicapé de moins de 20 ans en établissement spécialisé ; femme enceinte (pendant les 4 derniers mois de grossesse et 12 jours après l'accouchement) ; nouveau-né (dans les 30 jours après sa naissance) ; hospitalisation pour accident du travail ou maladie professionnelle ; soins dans le cadre d'une hospitalisation à domicile ; régime de sécurité sociale d'Alsace-Moselle ; titulaire d'une pension militaire.

⁴¹ Règlement départemental d'aide sociale, Conseil général de la Dordogne, 99 p
Cf. RDAS, annexe 11, *Etablissements dans lesquels l'APA est versée à l'établissement*
http://www.cg24.fr/FCKeditor/upload/file/pdf/social/RDAS_v_05_01_12.pdf

Le coût par journée en EHPAD est par contre nettement plus faible (50 à 86 € en Dordogne contre 102 à 213 € pour l'hébergement et l'entretien en foyer occupationnel ou FAM), ce qui réduit le coût supporté par la personne lorsque celle-ci a un revenu annuel imposable supérieur à environ :

- 16 000 euros, dans le cas des EHPAD de Dordogne dont le coût d'hébergement est parmi les moins élevés
- 28 000 euros, dans le cas des EHPAD les plus chers.

A partir de tels niveaux de revenus, l'usager prend en charge l'ensemble du coût de son hébergement en EHPAD.

Pour les personnes dont le revenu est inférieur, le reste à charge est le même en EHPAD, en foyer occupationnel ou encore FAM et ce, quel que soit le prix de journée pratiqué dans l'établissement... En effet, dans tous les cas, l'usager donne l'ensemble de ses ressources à l'exception du reste à vivre.

**Participation financière de l'usager à l'hébergement en EHPAD (tarif "moins de 60 ans")
suivant ses ressources et le reste à vivre qui en découle**

Ressources annuelles Personne seule	Ressources mensuelles avec AAH	Reste à vivre mensuel (montant garanti pour l'usager)	Participation de l'usager à l'hébergement (<i>Reste à charge</i>)	
			EHPAD à 50 € / jour	EHPAD à 86 € / jour
0	697	208,99	488	
1 000	717		508	
2 000	738		529	
3 000	759		550	
4 000	780		571	
5 000	801		592	
6 000	822		613	
7 000	842		633	
8 000	863		654	
9 000	937		729	
10 000	1 042		833	
12 500	1 302		1 093	
15 000	1 562		1 354	
20 000	2 083		1 521	1874
25 000	2 604	260	1 521	2344
30 000	3 125	312	1 521	2616
50 000	5 208	521	1 521	2616

 Reste à vivre : 30% de l'AAH

 Reste à vivre : 10% des ressources mensuelles

 Règlement de l'ensemble du coût de l'hébergement

➔ **Tarification ternaire des EHPAD**

Le tarif hébergement recouvre l'ensemble des prestations relatives à :

- l'administration générale ;
- l'accueil hôtelier ;
- la restauration ;
- l'entretien ;
- l'animation de la vie sociale.

Ces différentes prestations n'ont pas de lien direct avec le degré d'autonomie des résidents concernés. Le tarif d'hébergement est donc identique pour les résidents d'un même établissement bénéficiant d'un même niveau de confort (les tarifs pouvant varier en fonction de ce niveau : plus élevés, par exemple, pour les chambres individuelles que pour celles à deux places).

Le budget soins recouvre deux entités distinctes :

- les "soins de base" (ou de "nursing") : ils regroupent les prestations paramédicales relatives aux soins d'entretien, d'hygiène, de confort et de continuité de la vie ;
- les "soins techniques" : ils comprennent l'ensemble des prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques des résidents.

Seuls les "soins de base" ont un lien direct avec le degré d'autonomie de la personne concernée.

Le tarif dépendance recouvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance apportées aux personnes âgées ayant perdu tout ou partie de leur autonomie pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie courante.

Chaque établissement dispose de trois niveaux de tarif, correspondant au degré de perte d'autonomie du résident concerné, repéré selon son GIR (groupe iso-ressources) :

- GIR 1 et 2 : résident très dépendant ;
- GIR 3 et 4 : résident dépendant ;
- GIR 5 et 6 : résident peu dépendant ou valide.

A titre indicatif, se trouve en annexe la répartition du public accueilli dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées en fonction de leur GIR, d'après les données de l'enquête EHPA2007.

- Le tarif soins est acquitté par l'Assurance maladie (sous forme d'une dotation globale)
- Le tarif dépendance est acquitté par le résident, mais est couvert – dans une proportion variant en fonction des revenus du bénéficiaire – par l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie), pour les résidents classés dans les GIR 1 à 4 et qui en font la demande⁴².

Dans les EHPAD "habilités à recevoir pour tout ou partie de leur capacité des bénéficiaires de l'aide sociale", "l'Aide Personnalisée d'Autonomie y est versée directement à l'établissement sous forme d'une dotation globale", "aussi l'hébergé n'a à payer directement qu'une participation correspondant au tarif dépendance GIR 5/6 quel que soit son degré de dépendance" (RDAS, Dordogne).

- Le tarif hébergement est acquitté par le résident mais peut être pris en charge, le cas échéant, par l'aide sociale départementale.

Les modalités et conditions d'intervention de l'aide sociale départementale en établissement pour personnes âgées sont différentes selon que le résident est :

- une "personne âgée" : *"de 65 ans ou de 60 ans en cas d'incapacité au travail dont le maintien à domicile n'est plus possible"*
- une "personne handicapée" : *il s'agit des personnes "de moins de 60 ans [...] ou de 60 ans et plus qui ont été hébergées antérieurement dans un établissement pour personnes handicapées ou qui ont eu un taux d'incapacité reconnu avant 60 ans, supérieur ou égal à 80%" (RDAS, Dordogne).*

*« Globalement, les conditions applicables aux personnes désignées comme "handicapées" sont **plus favorables pour les intéressés que les conditions réservées aux personnes "âgées"** »⁴³, notamment en ce qui concerne le recours aux obligés*

⁴² Remarque : si l'attribution de l'APA n'est pas soumise à condition de ressources, le montant de la participation du bénéficiaire (le ticket modérateur, somme restant à sa charge), dépend des revenus de celui-ci.

⁴³ P. Blanc (2006). - *Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge*. Rapport remis au Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, 11 juillet 2006, 99 p

alimentaires, le recours sur les successions ou en cas de retour à meilleure fortune, appliqués aux personnes âgées et non aux personnes handicapées.

**L'aide sociale pour l'hébergement en établissement pour personnes âgées :
Public âgé et public handicapé, les règles en Dordogne**

	Personne âgée	Personne handicapée
Minimum de ressources mensuelles laissées à la personne	10% des ressources ou au moins le minimum égal à 1/100 ^{ème} des prestations annuelles minimales de vieillesse → env. 85 € (1 ^{er} avril 2010)	10% des ressources ou au moins 30% du montant mensuel de l'AAH → env. 209 €
Obligation alimentaire	Aide des obligés alimentaires	Non prise en considération
Récupération	Prestation récupérable : - sur la succession du bénéficiaire (au premier euro) - sur le donataire - sur le légataire - sur le bénéficiaire revenu à meilleure fortune	Aucune sur : • <i>"la succession du bénéficiaire lorsque les héritiers sont le conjoint, ses enfants, ses parents ou la personne qui a assumé de façon effective et constante la charge de la personne handicapée"</i> • <i>le donataire et le légataire"</i>

RDAS, Conseil général de la Dordogne

Les personnes handicapées :

- qui ont déjà été accueillies, avant l'entrée en EHPAD, par un établissement pour personnes handicapées
- et celles qui ont "au moins 80%" de taux d'incapacité permanente (déterminé avant l'âge de 65 ans)⁴⁴,

peuvent **conserver leur régime spécifique d'aide sociale** :

- minimum de ressources garanti pour leur usage ("reste à vivre") correspondant à 30% de l'AAH
- pas de recours aux obligés alimentaires (parents, enfants...) pour le paiement de la maison de retraite
- possibilité de récupération réduite à la succession après le décès de la personne handicapée et à certains héritiers

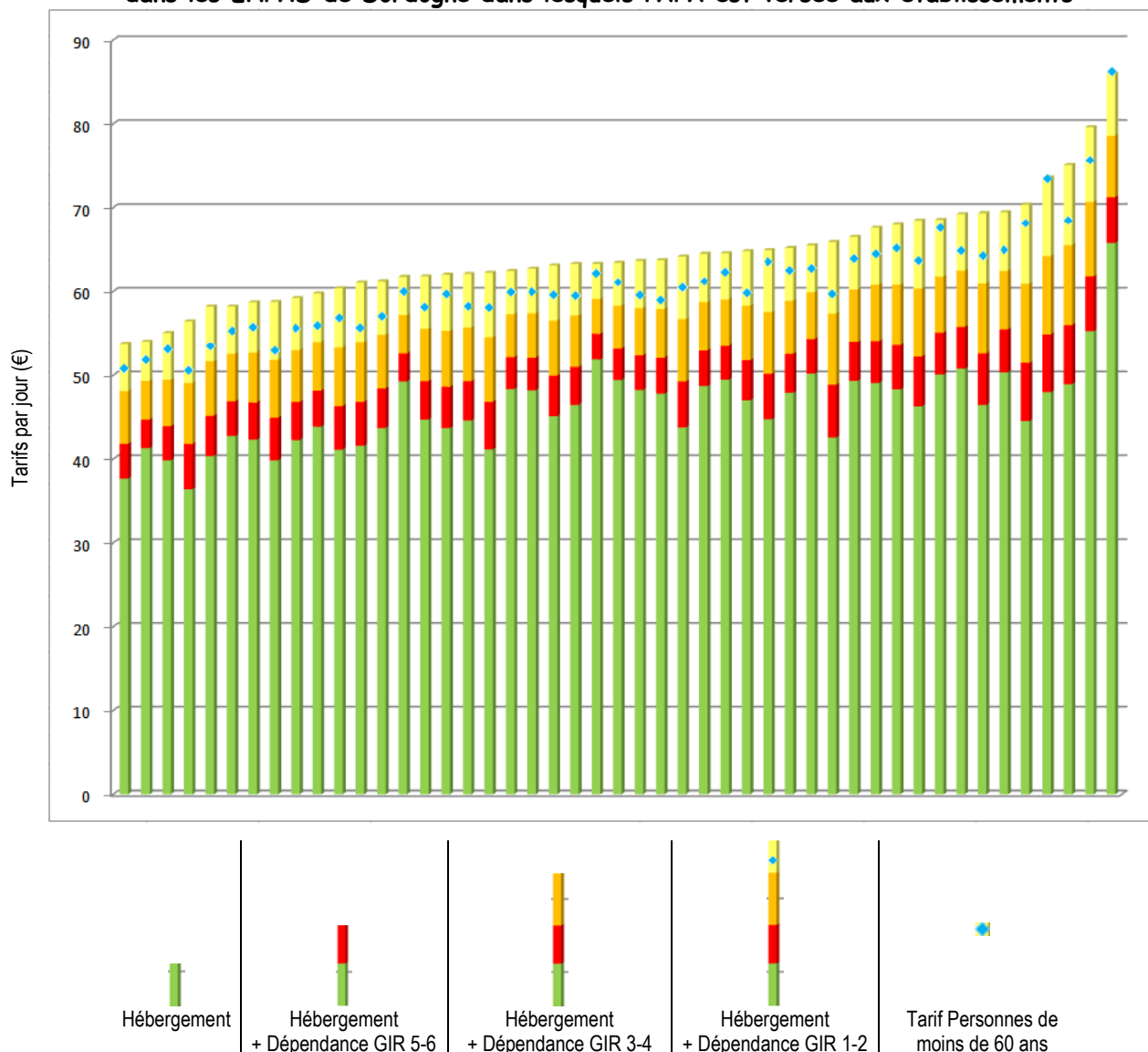
En Dordogne, pour la cinquantaine d'EHPAD dans lesquels l'APA est versée à l'établissement :

- le tarif hébergement varie entre 36 et 66 euros,
- le tarif dépendance GIR 5/6, à acquitter "*quel que soit [le] degré de dépendance*", entre 3 et 7 euros.

Le coût maximum assumé par la personne est donc de 41,8 à 71,2 € / jour (soit **1271 à 2166 € / mois**).

⁴⁴ Cf. Décret n°2009-206 du 19 février 2009

**Tarifs par jour d'hébergement, suivant la dépendance et
tarifs pour les personnes de moins de 60 ans
dans les EHPAD de Dordogne dans lesquels l'APA est versée aux établissements**



Dans les tranches de revenus les plus faibles, une personne qui règle le tarif "*moins de 60 ans*" en EHPAD aura à sa charge un montant moins élevé qu'une personne âgée réglant le tarif "hébergement" et "dépendance pour un GIR 5/6" (alors que ce tarif composite est moins élevé que celui pour les moins de 60 ans).

Ceci est lié, rappelons-le, au reste à vivre mensuel garanti, qui est inférieur pour les personnes âgées. Ces dernières sont donc conduites à régler une participation financière plus importante.

Ce n'est qu'à partir du moment où les ressources de la personne lui permettent de régler la totalité des frais d'hébergement que le dispositif "personnes âgées" devient moins coûteux pour la personne que le dispositif pour les moins de 60 ans.

**Participation financière d'une personne âgée à l'hébergement en EHPAD
(tarification ternaire) suivant ses ressources et le reste à vivre qui en découle**

Ressources annuelles Personne seule	Ressources mensuelles avec ASPA * (montant différentiel)	Reste à vivre mensuel (montant garanti pour l'usager)	Participation de l'usager (Reste à charge)	
			41 € / jour	71 € / jour
0	709	85		624
1 000	709	85		624
2 000	709	85		624
3 000	709	85		624
4 000	709	85		624
5 000	709	85		624
6 000	709	85		624
7 000	729	85		644
8 000	833	85		748
9 000	937	93		844
10 000	1042	104		937
12 500	1302	130		1172
15 000	1562	156		1406
20 000	2083	208	1271	1875
25 000	2604	260	1271	2166
30 000	3125	312	1271	2166
50 000	5208	520	1271	2166

	Reste à vivre : 1% du montant annuel ASPA		Reste à vivre : 10% des ressources mensuelles
	Règlement de l'ensemble du coût de l'hébergement et dépendance GIR 5/6		

*** ASPA : Allocation de solidarité aux personnes âgées⁴⁵.**

Elle s'adresse aux personnes de plus de 65 ans (ou 60 ans en cas d'inaptitude au travail, pour les travailleurs handicapés, les anciens combattants...) disposant de peu de ressources. Elle remplace l'ancien "revenu minimal de retraite" qui recouvrait une dizaine de prestations différentes.

Au 1er avril 2010, le montant maximum de l'ASPA est de :

- 8.507,49 € par an (soit 708,95 € par mois) pour une personne seule, ou lorsqu'un seul membre d'un couple en bénéficie ;
- 13.889,62 € par an (soit 1.157,46 € par mois) lorsque les deux conjoints, concubins ou partenaires liés par un pacte civil de solidarité (PACS) en bénéficient.

Pour les personnes de moins de 60 ans, il est possible de bénéficier, sous certaines conditions, de l'**Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)⁴⁶**, jusqu'à ce le titulaire atteigne l'âge requis pour bénéficier de l'ASPA.

Les avantages de vieillesse ou d'invalidité ouvrant droit à l'ASI peuvent être :

- une pension d'invalidité,
- une pension de réversion,
- une pension de vieillesse de veuf ou de veuve,
- une pension de vieillesse attribuée avant 60 ans, à une personne ayant eu une longue carrière ou qui bénéficie de la retraite anticipée des travailleurs handicapés.

Le plafond de ressources (8507,49 € pour une personne seule depuis le 1^{er} avril 2010) est le même que pour l'ASPA.

⁴⁵ ASPA, principes, bénéficiaires, montants, démarches : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F16871.xhtml>

⁴⁶ ASI, principes, bénéficiaires, montants, démarches : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F16940.xhtml>

Le montant mensuel maximum servi est de 380,07 € pour une personne seule, ou lorsqu'un seul membre d'un couple en bénéficie.

A noter : les sommes versées au titre de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) sont **recupérables**, dans certaines limites, au décès de l'allocataire sur sa succession, si l'actif net de la succession est au moins égal 39 000 € (récupération sur la fraction de l'actif qui dépasse ce montant).

Les ressources annuelles simulées dans le tableau peuvent correspondre à une pension de retraite. Les assurés sociaux reconnus médicalement inaptes au travail peuvent bénéficier, dès 60 ans, d'une **pension de retraite** à taux plein, quel que soit leur nombre de trimestres de cotisation retraite. En outre, sous conditions de durée d'assurance et de durée de cotisation, peuvent avoir droit à la retraite au taux maximum de 50 %, à partir de 55, 56, 57, 58 ou 59 ans⁴⁷. L'ASPA, ou l'ASI avant 60 ans, peut être cumulée avec cette pension pour atteindre le plancher de ressources garanti aux personnes retraitées.

Ex. : pour une pension comprise entre le *minimum contributif* et le *minimum contributif majoré* (soit entre 595,64 et 650,87 euros / mois, correspondant à un revenu annuel de l'ordre de 6000 euros après abattement), l'ASPA (ou l'ASI) permettrait d'atteindre le minimum garanti aux personnes âgées (708,96 €/mois).

Pour mémoire, le tableau suivant présente les revenus garantis à un travailleur handicapé en ESAT... à comparer avec les ressources disponibles après la retraite.

Ressources d'un travailleur handicapé en ESAT et répartition de leur financement

Rémunération garantie en % du SMIC (Part financée par la structure / Aide au poste financée par l'Etat)	Rémunérations garanties Brute / Nette	AAH	Ressources Rémunération garantie + AAH
55 (5 / 50)	739 € bruts ~ 598 € nets	661 €	1259 €
60 (10 / 50)	806 € bruts ~ 653 € nets	659 €	1312 €
70 (20 / 50)	941 € bruts ~ 761 € nets	583 €	1343,8 €
75 (30 / 45)	1 008 € bruts ~ 816 € nets	528 €	1343,8 €
80 (40 / 40)	1 075 € bruts ~ 870 € nets	474 €	1343,8 €

Montants minorés pour que le cumul de la rémunération garantie et de l'AAH ne dépasse pas 100% du SMIC brut (plafond pour une personne seule⁴⁸).

⁴⁷ Détails : <https://www.retraite.cnnav.fr>

⁴⁸ Pour un couple, le plafond est augmenté de 30% du SMIC. Il est également augmenté de 15% pour un enfant à charge.

Des ressources et situations particulières

→ Les pensions de réversion

La pension de réversion est une partie de la retraite dont bénéficiait ou aurait pu bénéficier l'assuré décédé⁴⁹, qui est reversée, si certaines conditions sont remplies, à son conjoint survivant ou à son (ses) ex-conjoint(s).

Il faut **être marié ou avoir été marié** avec l'assuré social décédé pour percevoir une pension de réversion.

Le PACS et la vie maritale (concubinage) avec l'assuré décédé ne permettent pas d'obtenir une pension de réversion, même dans le cas où les partenaires ou concubins ont eu ensemble des enfants.

Il apparaît que, pour la majorité, pour le moins, des caisses de retraite complémentaire ou supplémentaire⁵⁰, **l'enfant handicapé de parent décédé peut bénéficier d'une pension de réversion.**

Selon les caisses de retraite, l'enfant doit être double orphelin (ARRCO et AGIRC notamment) ou pas forcément (dans ce type de dispositifs, celui des fonctionnaires notamment⁵¹, l'enfant peut alors cumuler des pensions de réversion émanant de chacun des parents dans le cas où les deux sont décédés).

Par ailleurs, les conditions pour prétendre à l'attribution de la pension de réversion sont également susceptibles de différer : quant à l'existence et le montant d'un plafond de ressources à respecter, à la part des droits ouverts pour la personne décédée qui va pouvoir être reversée⁵²...

⁴⁹ La réversion peut être accordée même si le conjoint est décédé avant d'avoir pris sa retraite ou d'avoir atteint l'âge minimal de départ à la retraite.

⁵⁰ C'est le cas, par exemple, de la retraite supplémentaire **CCPMA Prévoyance des salariés et cadres des entreprises agricoles**. Pour les jeunes de moins de 18 ans (ou à charge entre 18 et 25 ans) et les jeunes reconnus invalides avant 21 ans, il est possible d'obtenir 50% (décès antérieur à 2009) ou 60% et, éventuellement, majorations pour enfants, des droits ouverts.

⁵¹ Le total des pensions allouées au conjoint survivant et aux orphelins ne peut dépasser le montant de la pension du fonctionnaire décédé.

⁵² Il existe souvent, dans les régimes complémentaires, une condition de durée du mariage pour ouvrir le droit au conjoint survivant à prétendre à une pension de réversion. Cette condition disparaît dans le cas où un enfant est né de l'union. Elle n'est donc pas à prendre en compte dans le cas étudié, qui concerne un enfant handicapé de ce couple.

1. Le régime général des salariés

La pension de réversion du régime général des salariés ne donne pas droit à cette réversion au profit de l'enfant handicapé.

Seul un régime de retraite complémentaire (ARRCO, AGIRC) peut ouvrir droit à une pension au profit de l'enfant handicapé.

Pension de réversion des régimes de retraite complémentaire ARRCO et AGIRC aux orphelins

	ARRCO	AGIRC
	L'Arrco (Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés) gère le régime de retraite complémentaire de l'ensemble des salariés du secteur privé de l'industrie, du commerce, des services et de l'agriculture (versement par la CAMARCA ⁵³), cadres compris.	L'Agirc (Association générale des institutions de retraite des cadres) gère le régime de retraite des cadres du secteur privé de l'industrie, du commerce, des services et de l'agriculture (versement par la CRCCA ⁵⁴).
Condition à remplir	enfants orphelins de père et de mère - avoir moins de 21 ans, en situation de handicap ou non, à la date du décès de son dernier parent - être âgé de moins de 25 ans mais être à la charge du dernier parent au moment du décès de celui-ci - être âgé de plus de 21 ans mais atteint d'une invalidité existant au moment du décès du dernier parent et constatée avant son 21ème anniversaire.	
Montant	50% des droits du (ou des) parent(s) décédé(s) + majorations pour enfants	- être âgé de plus de 21 ans mais se trouvant dans l'impossibilité constatée de se livrer à une activité professionnelle par suite d'infirmité ou de maladie chronique et qui, de ce fait, au moment du décès du dernier parent, était à la charge de celui-ci... SAUF si l'orphelin perçoit une pension d'invalidité de la sécurité sociale ou une rente d'accident du travail. 30% des droits du (ou des) parent(s) décédé(s)
Suspension	Si l'état d'invalidité prend fin	

Sources :

AGRIC - ARRCO : <http://www.agirc-arrco.fr/particuliers/pension-de-reversion/>

Professions agricoles : <http://www.groupagric.com/espace-particuliers/votre-retraite/bien-vivre-votre-retraite/pension-de-reversion.html>

⁵³ Caisse mutuelle autonome de retraites complémentaires agricoles.

⁵⁴ Caisse de retraite Agirc des cadres de l'agriculture

2. Les fonctionnaires

Pour les fonctionnaires d'Etat (Service des Retraites de l'Etat ; régime de base statutaire des pensions civiles et militaires de retraite de l'Etat) ou encore de la fonction publique territoriale et hospitalière (CNRACL, Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales) il existe également une pension de réversion pouvant être servie à leur orphelin. Il en est de même pour leurs régimes de retraite complémentaire obligatoire (ERAFF, IRCANTEC).

Pension de réversion des fonctionnaires aux orphelins

	Service des retraites de l'état CNRACL	ERAFF (Etablissement de retraite additionnelle de la fonction publique)	IRCANTEC (Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques)
Condition à remplir	décès du parent fonctionnaire - avoir moins de 21 ans, en situation de handicap ou non, à la date du décès de son dernier parent - être âgé de plus de 21 ans mais atteint d'une invalidité		Orphelin de père et mère - être âgé de plus de 21 ans mais atteint d'une invalidité
Montant	La <i>pension temporaire d'orphelin</i> est égale à 10 % de la pension dont bénéficiait le (la) retraité(e) au jour de son décès (ou montant différentiel). Elle n'est pas cumulable avec les allocations familiales, le complément familial, l'allocation pour jeune enfant et l'allocation logement (avantages familiaux qui sont versés en priorité). Elle peut éventuellement être augmentée de 10% de la rente viagère d'invalidité. La <i>pension principale d'orphelin</i> est versée si le droit à pension de réversion n'est pas ouvert au conjoint, parent de l'enfant. Elle est égale à 50 % de la pension dont bénéficiait le (la) retraité(e) au jour de son décès. Elle peut être partagée avec d'autres pensions d'ayants-droit (réversions(s) et/ou pension(s) principale(s) d'orphelin). Le montant de la <i>pension principale d'un orphelin</i> disposant de ressources inférieures au "minimum vieillesse" peut être élevé à ce minimum.	Droit à une prestation égale à 10 % de la prestation obtenue par le bénéficiaire direct ou qu'il aurait pu obtenir au jour de son décès. L'ensemble des prestations d'orphelin ne peut toutefois dépasser 50 %. Si la pension d'orphelin est inférieure à 205 €, elle sera convertie en capital par application d'un coefficient de conversion lié à l'âge des bénéficiaires.	La pension de réversion est égale à 20 % des droits acquis par l'affilié pour chacun des orphelins.

Sources :

http://www.minefi.gouv.fr/pensions/futurs/droits_conjoint_orphe2.htm

http://www.rafp.fr/spip.php?page=article&id_article=56

https://www.cdc.retraites.fr/portail/spip.php?page=article&id_article=313&cible= retraite

https://www.cdc.retraites.fr/portail/spip.php?page=article&id_article=572&cible= partenaire

➔ Rente-survie et épargne-handicap

Les associations de personnes handicapées, avec le concours d'assureurs ou de mutuelles, ont mis au point des produits financiers spécifiques pour assurer des ressources à destination des personnes handicapées. Le tableau suivant présente quelques données comparatives entre les rentes survies et l'épargne-handicap.

Il ne s'agit pas d'établir une hiérarchie d'intérêt de ces dispositifs. D'ailleurs, les caractéristiques de rendement financier en elles-mêmes dépendent des organismes auprès desquels le contrat est passé (ainsi que les droits d'entrée, les frais sur versements, le taux garanti, la disponibilité de l'épargne... et de la conjoncture économique.

« *Seuls des conseillers spécialisés, notaires, gestionnaires de patrimoine et associations, rompus aux subtilités de la réglementation, du droit de la famille et des placements financiers, peuvent prodiguer un conseil qui devra, de toutes les façons, être adapté à chaque situation familiale* »⁵⁵.

	Rente-survie	Epargne-handicap
Caractéristiques	Assurance temporaire décès , souscrite par les parents qui versent des primes (à fonds perdus), pour garantir à leur enfant handicapé une rente viagère ou un capital , après leur disparition.	Assurance-vie souscrite pour au moins six ans par la personne handicapée elle-même, même si ce sont ses parents qui cotisent. Le but est de constituer un complément de revenu (capital ou rente viagère) à une date choisie... ou au décès de ses parents.
Impact sur les allocations	La rente versée n'entre pas dans les ressources prises en compte pour l'attribution de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) ou encore l'allocation logement à caractère social.	
Impact sur l'aide sociale du département	Elle n'est pas non plus prise en compte par l'aide sociale du département dans le calcul de la contribution aux frais d'hébergement en établissement. La rente s'ajoute donc au minimum laissé à la disposition de la personne (30% AAH).	
Déductions fiscales sur les primes	Les primes versées sur ces contrats (RS et EH) ouvrent droit à une réduction d'impôt de 25%, dans la limite d'un plafond global annuel (1 525 euros majorés de 300 euros par enfant à charge). La réduction maximale est donc d'un peu plus de 450 euros pour un couple avec un enfant à charge, qui aurait souscrit à une Rente-Survie, une Epargne-Handicap ou les 2.	
Imposition de la rente viagère	La rente est soumise à l'impôt sur le revenu (rentes viagères à titre onéreux) sur une fraction de son montant : - 70% pour un bénéficiaire de moins de 50 ans - 50% entre 50 et 59 ans - 40% entre 60 et 69 ans - 30 à partir de 70 ans	
En cas de décès du bénéficiaire	Hors des cas où la succession est exonérée de droits, l'assurance décès est nettement plus favorable en cas de succession que les contrats d'assurance vie, grâce à un calcul différent des primes versées à comptabiliser.	
Remarques	Suivant l'avis d'un notaire ⁵⁶ , ce dispositif « s'adresse plutôt à de jeunes parents qui n'ont pas encore beaucoup de patrimoine et paieront des primes modestes ». Attention : pour la rente-survie, la prime annuelle peut augmenter en fonction des résultats du contrat (cf. L'UNAPEI et AXA, en février 2000, ont connu une telle mésaventure...).	Il apparaît que lorsque les parents alimentent eux-mêmes l'assurance-vie, le contrat peut être, dans certains cas (par ex. pour des primes exagérément élevées), requalifié en donation indirecte , ce qui permet aux Conseils généraux de prétendre à une récupération des prestations qu'ils ont consenties.

⁵⁵ Assurer l'avenir d'un handicapé. *Le Monde*, 26-27 oct. 2003

⁵⁶ Des produits d'épargne spécifiques. *Le Monde*, 26-27 oct. 2003

Avant de conclure...

Il paraît utile de regarder comment cette question des personnes handicapées vieillissantes est pensée et prise en compte dans le schéma d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des adultes handicapés de la Dordogne⁵⁷.

Deux propositions font référence à cette population :

☞ **Proposition 12 : « Adapter les établissements à la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes »**

Le schéma indique que :

- les établissements médico-sociaux pour adultes handicapés *« doivent adapter leur fonctionnement à la prise en charge de personnes handicapées vieillissantes. Les projets d'établissement doivent évoluer, en particulier pour apporter de la souplesse et mettre en place des accompagnements plus individualisés »*. Le schéma recommande pour cela **la création de petites unités de vie attenantes à des structures existantes.**
- *« l'accueil de personnes handicapées par des établissements de type EHPAD implique la prise en compte du handicap dans les projets d'établissement et la formation du personnel »⁵⁸. A titre expérimental, certains EHPAD pourront développer de petites unités de vie adaptées ».*

☞ **Proposition 13 : « Mettre en place les conditions d'une bonne adaptation des personnes handicapées vieillissantes en établissement pour personnes âgées »**

Dans cette perspective, le schéma se propose d'établir *« les règles et les conditions administratives régissant les périodes d'observation et d'adaptation pour les personnes handicapées vieillissantes en EHPAD »* (en fixant notamment des procédures techniques et financières des périodes de stage).

Notons que le **schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale, volet personnes âgées 2009-2013**⁵⁹ comporte une fiche action (n°17) qui reprend celle du schéma adultes pratiquement dans les mêmes termes : *« le Conseil général incitera les EHPAD à prendre en compte le handicap dans leur projet d'établissement et la formation de leur personnel. A titre expérimental, certains EHPAD développeront des « petites » unités spécifiques garantissant des conditions d'accueil, de continuité d'accompagnement, de confort et de sécurité que ces personnes sont en droit d'attendre »*.

Le projet de Thiviers (EHPAD qui va créer une unité de 10 places dédiées aux personnes handicapées mentales) qui a été présenté dans le cadre de cette étude correspond à cette fiche-action.

En outre, toujours dans ce schéma personnes âgées, la fiche-action n° 18 prévoit la création d'un centre d'accueil d'hébergement et d'accompagnement médico-social pour personnes handicapées mentales présentant des symptômes de vieillissement précoce ou parvenues à l'âge de la retraite.

Cette fiche, concernant les modalités de réalisation, indique que cette structure devra être conçue *« avec l'aide d'un promoteur associatif spécialiste des questions du handicap mental,*

⁵⁷ Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale de la Dordogne - volet adultes handicapés 2006-2010 (réf. en annexe)

⁵⁸ afin de leur permettre de mieux appréhender l'approche du handicap.

⁵⁹ Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale de la Dordogne - volet personnes âgées 2009-2013, 137 pages, Conseil général de la Dordogne (réf. en annexe)

une structure expérimentale dont les caractéristiques se situeront entre celles d'un foyer d'accueil médicalisé et celles d'un EHPAD. En terme de tarification, la structure serait dotée d'un tarif hébergement comparable à celui des EHPAD pour les moins de 60 ans et d'un tarif soin couvrant une permanence d'infirmier et d'aide-soignant ».

Cette fiche-action se verra concrétisée par l'ouverture du foyer expérimental de Monpazier pour personnes handicapées vieillissantes de 45 places (géré par les Papillons Blancs de Bergerac).

Enfin, pour compléter, cette approche, signalons la **recommandation du Comité des Ministres** aux Etats membres de l'Europe sur le vieillissement et le handicap au 21e siècle : cadres durables permettant une meilleure qualité de vie dans une société inclusive (*adoptée le 8 juillet 2009*)⁶⁰.

Le Comité des Ministres constate que « *le niveau des services de soutien proposés au sein des collectivités et des établissements de soins, notamment ceux destinés aux personnes présentant des troubles de l'apprentissage, n'a jamais été satisfaisant, que ce soit sur le plan quantitatif ou qualitatif. A cet égard, **les personnes âgées handicapées sont doublement désavantagées**, comme en atteste le fait que **leurs besoins sont rarement traités comme des priorités** dans les politiques et les services sanitaires et sociaux* ».

Dans l'objectif de contribuer à l'amélioration de la qualité des services dans ce domaine, le Comité des Ministres fait un certain nombre de recommandations parmi lesquelles :

- Les services devraient être **suffisants en qualité et en quantité**.
- Les personnes handicapées vieillissantes et les personnes âgées handicapées devraient **participer** à la conception des services, à leur mise en œuvre, puis à leur évaluation. Le cas échéant, les familles, les aidants et les amis devraient également y prendre part.
- La qualité des services repose sur la disponibilité d'un nombre suffisant de prestataires, qui doivent posséder **les connaissances et les compétences nécessaires** pour leurs rôles et tâches spécifiques. Le professionnalisme de ces personnes devrait dès lors être reconnu et rémunéré de façon adéquate.
- Les services devraient être dotés de **ressources financières appropriées**, ce qui est une condition nécessaire pour garantir un niveau de qualité satisfaisant.
- Le droit à des services de **bonne qualité** devrait être défini et consacré par la Loi. Il conviendrait que la législation dans ce domaine couvre les aspects suivants : la **formation et les qualifications** du personnel, les normes de qualité à respecter, les systèmes de contrôle et d'évaluation ainsi que les mécanismes de plaintes.
- **L'individualisation des services**, qui peut se traduire, par exemple, par la mise en place de programmes intégrés adaptés aux besoins de chaque personne handicapée, engendre une amélioration de la qualité de ces services.

Ainsi, sans prendre explicitement position pour une prise en charge séparée des personnes handicapées âgées par rapport aux personnes âgées ordinaires, le Comité des Ministres souligne le fait qu'un accompagnement spécifique est nécessaire, assuré par des professionnels ayant les compétences ad-hoc.

⁶⁰ A télécharger sur : <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1470081&Site=CM>

Conclusion

Les personnes handicapées vieillissantes constituent maintenant une catégorie de publics, à part entière, aux besoins spécifiques, ce qui va nécessiter une adaptation qualitative et quantitative de l'offre en établissements et services médico-sociaux.

Parmi les exigences à placer en premier dans la façon de penser cet accueil, à l'instar de ce que préconise le rapport Blanc⁶¹, il semble indispensable **d'assurer la continuité des prises en charge** mises en œuvre en faveur de ce public, cette continuité constituant un des éléments essentiels de la qualité des accompagnements de ces personnes handicapées vieillissantes. De plus, tout comme ce rapport le constate, si **la promotion d'un modèle unique d'accompagnement n'est pas justifiée**⁶² il ne faut pas, pour autant, se contenter de solutions individuelles.

Le CREAHI, dans cette étude commanditée par l'UDAPEI de la Dordogne et la Délégation Dordogne de l'ARS, a cherché à approfondir la question des **accueils en institution** pour ce public et notamment dans les EHPAD.

Une approche territoriale a permis de repérer, en plusieurs points du département des établissements de cette catégorie, qui peuvent constituer un débouché intéressant pour des personnes handicapées vieillissantes et qui ont su développer pour elles un projet de vie et d'accompagnement de qualité qui intègre et prenne en compte leurs spécificités. **Le rapprochement avec des structures pour adultes handicapés** a pu être identifié comme une des **conditions indispensables de la réussite de ces projets**⁶³.

Même si la participation des EHPAD à l'enquête n'a pas été exhaustive, il est probable que l'ensemble de ceux qui ont pour projet de s'investir auprès du public constitué par les personnes handicapées vieillissantes se sont manifestés⁶⁴ permettant ainsi de repérer ceux avec lesquels il sera éventuellement possible de construire des partenariats.

Toutefois, trois points sont à mettre en exergue :

- l'offre actuelle émanant des EHPAD à destination des personnes handicapées mentales vieillissantes est **limitée en termes de places potentielles** : un nombre réduit d'établissements y concourent et vont, même s'ils créent des unités pour ce public, continuer de centrer la majeure partie de leur activité sur les personnes âgées ordinaires⁶⁵ ;

⁶¹ Op. cit.

⁶² Ce qui rejoint également les constats de l'UNAPEI (Dossier de Presse « L'avancée en âge des personnes handicapées mentales », 25 juin 2009) : « *La solution n'est pas unique. Un rapide panorama des différents modes d'accueil et d'accompagnement proposés aux personnes handicapées mentales vieillissantes met en évidence la diversité des solutions qui se multiplient progressivement avec l'augmentation des besoins de ce public* ». Parmi les solutions possibles, on note le maintien à domicile avec un accompagnement de la personne par des services d'auxiliaires de vie sociale, les partenariats avec des services de soins palliatifs pour les MAS ou FAM, la création des sections spécialisées dans les EHPAD ou des établissements spécialisés dédiés à l'accueil des personnes handicapées mentales vieillissantes.

⁶³ Pour conforter les possibilités qui existent avec ces EHPAD et pour prendre en compte leur volonté de dialogue et de mise en synergie avec les acteurs du médico-social, des créations de groupements de coopération sociale et médico-sociale peuvent être envisagées, qui pourraient donner un cadre structuré à ces partenariats.

⁶⁴ On peut estimer que la possibilité leur en a été donnée puisque l'ensemble de ces établissements ont été sollicités à 3 reprises, en novembre 2009, en janvier et février 2010.

⁶⁵ En outre, notons que dans la mise en œuvre concrète de cet accueil, il n'y a pas, la plupart du temps de distinction entre les personnes handicapées et les autres résidents, que cela soit au niveau de l'hébergement ou des activités.

- la **population âgée va continuer de progresser de manière importante** sur les prochaines années en Dordogne, de 22 à 45% d'ici 20 ans (selon le scénario retenu), plus vite probablement que l'offre en EHPAD dans ce département. Les EHPAD risquent donc d'être fortement sollicités par cette population âgée et devront faire en sorte de lui répondre ;
- les politiques publiques actuelles à l'égard des personnes âgées ont identifié comme priorité la prise en compte de la dépendance, en particulier des personnes atteintes de **maladies d'Alzheimer et de maladies apparentées** (Plan Alzheimer 2008-2012). Aussi les EHPAD sont incités à faire des projets à l'intention de ces publics, et c'est en sa faveur que les efforts de développement de l'offre d'accueil (sous diverses formes⁶⁶) sont encouragés plus qu'en faveur des personnes handicapées vieillissantes.

Ces réserves ne remettent bien sûr pas en cause l'intérêt de disposer, parmi la palette des solutions à proposer à la personne handicapée mentale vieillissante, d'une offre émanant des EHPAD. Néanmoins, les EHPAD qui sont parvenus à mettre en place des projets adaptés aux besoins de ces personnes et développés avec un souci de qualité sont peu nombreux, un ou deux par territoire gérontologique. D'autres y réfléchissent encore mais, même si cette offre s'étoffe, elle ne constituera une réponse que pour une petite partie de ce public et il faudra en préparer d'autres dans un esprit de diversité.

Ainsi, en 2010, le bilan de l'accueil des personnes handicapées mentales vieillissantes en EHPAD peut être fait dans les mêmes termes que nous le faisons en 2003⁶⁷ : « *L'accueil et la prise en charge des personnes handicapées âgées est un métier à part entière qui n'est pas, le plus souvent et dans l'état actuel des choses, celui des EHPAD mais une partie d'entre eux est prête à s'y investir même si n'est qu'à petite échelle. Pour mener à bien leurs projets, ils ont souvent besoin d'être soutenus ou de les envisager dans le cadre de partenariat. Cet investissement, s'il débouche sur une offre de service de qualité et adaptée au public handicapé âgé, peut contribuer à la diversification des réponses dans une logique de territorialisation* ».

Par rapport à cette exigence de diversité des réponses à mettre en place à l'intention des personnes handicapées mentales dans leur avancée en âge, le **respect de transitions pour passer d'un mode d'accompagnement à l'autre paraît essentiel**.

On peut ainsi rappeler la pertinence du passage à temps partiel pour un travailleur handicapé vieillissant avant un arrêt complet de son activité. Dans le même ordre d'idée, l'accueil dans une structure spécialisée pour personnes handicapées vieillissantes paraît très approprié dans les premiers temps de leur retraite. Puis quand ces personnes sont confrontées aux vicissitudes du grand âge : pathologies lourdes, grande dépendance qui nécessite une prise en charge très médicalisée, une orientation vers un EHPAD peut être rendue nécessaire.

En outre, quel que soit le mode d'accompagnement mis en place, les **partenariats avec le secteur psychiatrique** sont à développer pour prendre en charge les syndromes de désadaptation qui affectent les personnes handicapées vieillissantes (en particulier, états dépressifs, décompensations psychotiques ou décompensations abandonniques⁶⁸).

⁶⁶ Notamment pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) et unité d'hébergement renforcée (UHR)

⁶⁷ B. MARABET. – Les personnes handicapées âgées dans les établissements pour personnes âgées en Aquitaine, mars 2003, 55 pages (étude réalisée pour la DRASS).

⁶⁸ Cf Dr Ph. GABBAI. – Suivi sanitaire et psychologique des personnes handicapées vieillissantes. Réadaptation, n°558, mars 2009.

Dans son dossier de presse de 2009⁶⁹, l'UNAPEI demandait un programme national pluriannuel de création de places dédiées à l'accueil et l'accompagnement des personnes handicapées mentales vieillissantes :

- le plus rapidement l'adaptation et/ou la création de 15 500 places dédiées
- d'ici 5 ans l'adaptation et/ou la création de 15 000 places supplémentaires

ce qui correspond pour la Dordogne à environ 100 places à mettre à disposition immédiatement et 100 autres places à proposer d'ici 5 ans.

Les différentes investigations conduites par le CREAHI ont permis de montrer que la demande allait croître de plus en plus au cours des prochaines années et que le nombre de places demandées par l'UNAPEI était loin d'être déconnecté de la réalité des besoins.

Ainsi pour les seuls sortants d'ESAT, on en a dénombré environ 45 sur les 5 dernières années (2006-2010), il devrait y en avoir 70 sur les 5 prochaines années (2011-2015) et 95 durant les 5 années suivantes (2016-2020).

Outre ces jeunes retraités du travail protégé, il faut prendre en compte les situations de personnes en foyers occupationnels pour lesquels cet accompagnement ne leur convient plus. Actuellement plus de 70 résidents de ces établissements ont dépassé les 55 ans et, pour certains, l'offre de soins et d'activités peut être en décalage par rapport à leurs besoins. Si ces foyers ne sont pas en mesure de créer d'unités spécifiquement destinées à ce public, l'écart entre les prestations mises en œuvre et les besoins va se creuser au fur et à mesure de son avancée en âge.

Et, bien sûr, restent toutes les personnes handicapées mentales vivant à domicile, plus ou moins connues des services sociaux ou médicaux, peu voire pas accompagnées. L'effectif de ces personnes ayant au moins 55 ans avait été estimé à un peu moins de 300 en 2006, il pourrait s'élever en 2010, selon les projections réalisées à l'époque, à environ 430. Dans le même temps, le vieillissement des aidants familiaux s'est aussi accentué.

Dans les réponses à mettre en œuvre, la pluralité de ces trajectoires sera également un élément à prendre en compte (qu'ont connu jusqu'à maintenant ces personnes ? dans quel cadre de vie ? avec quel accompagnement ? qu'est-ce qui constitue leurs habitudes ?).

Pour conclure, citons ici la CNSA dans ses très récents travaux sur l'offre médico-sociale pour les personnes handicapées vieillissantes (qui devraient, d'ici quelques semaines, déboucher sur des outils à destination des gestionnaires et des décideurs) :

« Le choix de solutions adaptées en fonction des besoins, des ressources existantes et des contraintes identifiées devra être fait en fonction de plusieurs principes :

- *prévoir des stratégies de réponses ouvertes et diversifiées ;*
- *décloisonner la recherche de solutions ;*
- *permettre la réversibilité des orientations ;*
- *trouver un équilibre entre évolution des établissements et services et maintien de leurs compétences ».*⁷⁰

Pour mettre en œuvre ces solutions, la **complémentarité des compétences** et des structures et la nécessité d'une **coordination** ont été mises en avant ; tout comme nous avons pu le recommander en Dordogne dans le cadre de l'accueil de personnes handicapées vieillissantes en EHPAD dont la réussite repose en partie sur un partenariat bien construit avec les professionnels du secteur du handicap.

⁶⁹ Op. cit.

⁷⁰ L'appui de la CNSA à la politique locale d'adaptation de l'offre médico-sociale aux personnes handicapées vieillissantes. Les Mémo de la CNSA, juin 2010. 2 pages

Bibliographie

Plan et schémas

PRIAC 2010-2013, programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, Aquitaine, avril 2010. A paraître.

Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale de la Dordogne - volet adultes handicapés 2006-2010, 154 pages, Conseil général de la Dordogne
http://www.cg24.fr/FCKeditor/upload/file/pdf/social/Schema_Handicapes_24.pdf

Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale de la Dordogne - volet personnes âgées 2009-2013, 137 pages, Conseil général de la Dordogne
<http://www.cg24.fr/FCKeditor/upload/file/pdf/social/Schema-departemental-organisation-sociale-medicosociale-Dordogne-2009.pdf>

Rapports et études

Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge.- Rapport du sénateur Blanc, 11 juillet 2006, 99 pages
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000570/0000.pdf>

B. MARABET et L. HIBON.- *Les personnes handicapées mentales vieillissantes en Dordogne : évaluation quantitative et évolution 2006-2016*. CREAHI d'Aquitaine, juin 2006, 48 pages. Etude réalisée pour l'UDAPEI de la Dordogne.

B. MARABET, *Les personnes handicapées âgées en Aquitaine : étude quantitative, situation 2001 et projections 2011*. Les dossiers de la DRASS Aquitaine, n°8, juin 2002, 49 pages.

B. MARABET. – Les personnes handicapées âgées dans les établissements pour personnes âgées en Aquitaine, mars 2003, 55 pages (étude réalisée pour la DRASS).

UNAPEI. Dossier de Presse « L'avancée en âge des personnes handicapées mentales », juin 2009, 17 pages. http://www.unapei.org/IMG/pdf/2009_06_25DPUnapeiVieillissement.pdf

L'appui de la CNSA à la politique locale d'adaptation de l'offre médico-sociale aux personnes handicapées vieillissantes. Les Mémo de la CNSA, juin 2010. 2 pages
[16-l_appui_a_l_offre_medico_sociale_pour_les_personnes_handicapees_vieillissantes\[1\].pdf](#)

Annexes

<i>Questionnaire structures personnes handicapées</i>	60
<i>Questionnaire structures personnes âgées</i>	63
<i>Activité des personnes handicapées à leur sortie des établissements médico-sociaux de Dordogne</i>	66
<i>Approche des 5 EHPAD visités</i>	67
<i>Public en EHPAD par niveau de GIR</i>	74

Questionnaire

Structures pour adultes handicapés

1 - Catégorie de structure et capacité

	Capacité installée	Capacité occupée au 01/12/09	dont personnes travaillant en ESAT
ESAT			
Foyer d'hébergement			
SAVS			
SAMSAH			
Foyer occupationnel			
FAM			
MAS			
autres (précisez)			

2 - L'accueil des personnes handicapées âgées ou vieillissantes est-il explicitement prévu ?

- dans votre agrément ? oui ☐ non ☐
- dans le projet de service ou le document en tenant lieu ? oui ☐ non ☐

3 - Déficience ou maladie représentée dans la population accueillie ? (plusieurs réponses possibles)

- 1 – déficience motrice ☐
- 2 – déficience sensorielle ☐
- 3 – déficience intellectuelle ☐
- 4 – maladie mentale ☐
- 5 – plurihandicap⁷¹ ☐
- 6 – polyhandicap⁷² ☐
- 7 – autre (précisez) _____

4 – Répartition par âge de la population présente au 01/12/09 selon le mode d'accueil

	Accueil à temps complet (y compris ESAT avec foyer hébergement)	Accueil de jour (ou ESAT sans hébergement ou SAVS)	Accompagnement à domicile (y compris ESAT avec SAVS ou SAMSAH)	Accueil temporaire
Moins de 50 ans				
50-54 ans				
55-59 ans				
60-74 ans				
75 ans et plus				

⁷¹ Association de plusieurs déficiences (mais sans atteinte intellectuelle) ayant approximativement le même degré de gravité, empêchant de déterminer une déficience principale

⁷² Handicap grave à expression multiple qui associe une déficience mentale sévère à des troubles moteurs entraînant une restriction extrême de l'autonomie

5 - Les personnes peuvent-elles être suivies par votre établissement ou service sans limite d'âge ?
oui ☐ non ☐

6 – Quel type d'évènements ou de difficultés peuvent mettre fin à votre accompagnement ?

7 - Avez-vous un projet de vie concernant les personnes de 55 ans et plus actuellement présentes ?
oui ☐ non ☐

8 - si oui, de quel type de projet de vie s'agit-il ?

9 - Avez-vous réorienté des personnes vers des EHPAD ou d'autres types d'établissements pour personnes âgées au cours des 5 dernières années (2005 à 2009) ?
oui ☐ non ☐ - Si oui, combien ? |__|__|__|

10 - Ces intégrations se sont-elles bien passées ? Si non, une autre solution a-t-elle été proposée ? Quelles sont les limites de ces orientations ? Avez-vous des suggestions d'amélioration ?

11 - Seriez-vous intéressé, dans le cas d'orientations vers des EHPAD, par un rapprochement avec ces structures en vue d'un accompagnement conjoint de ce public handicapé ?
oui ☐ non ☐

12 – Avez-vous des idées sur les modalités d'un tel rapprochement ? Des attentes particulières ?

Questionnaire

Structures pour personnes âgées

--

1 - Catégorie de structure et capacité

	Capacité installée	Capacité occupée au 01/12/2009	Projet d'extension validé par le CROMS <i>Indiquer le nombre de places</i>
EHPAD			
Maison de retraite non médicalisée			
Logement-foyer			
Résidence d'hébergement temporaire			
autres (précisez)			

2 – Comptez-vous actuellement (au 01/12/2009) parmi vos résidents des personnes handicapées (ayant eu une reconnaissance de leur handicap par la MDPH ou par la COTOREP avant l'âge de 60 ans) ? oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

si réponse « non » ou « ne sait pas », passez directement à la question 6

3 – Si oui, combien comptez-vous de personnes handicapées parmi celles accueillies dans votre établissement ? |__|__|__|

4 - Répartition par âge de ces personnes handicapées

1 - de moins de 50 ans : |__|__|

2 - de 50 à 54 ans : |__|__|

3 - de 55 à 59 ans : |__|__|

4 - de 60 à 74 ans : |__|__|

5 - de 75 ans et plus : |__|__|

5 – Si des personnes handicapées sont actuellement présentes, cet accueil ?

1 - Est un choix délibéré ☐

2 - S'est fait fortuitement

(y compris découverte de cette situation après l'admission) ☐

3 - A été une réponse à un problème urgent ☐

4 – autre (précisez)

--

6 – Avez-vous eu des demandes d'admission concernant des personnes handicapées au cours des 5 dernières années (2005 à 2009) ? oui ☐ non ☐

Si oui, combien ont été acceptées ? |__|__|__| combien ont été refusées ? |__|__|__|

7 – Si des admissions ont eu lieu, se sont-elles bien passées ? oui ☐ non ☐

8 – Si non, pourquoi ? Une autre solution a-t-elle été proposée ? Laquelle ?

9 – Si aucune personne handicapée n'est actuellement accueillie dans votre structure, pourquoi ?

1 – les personnes âgées « ordinaires » sont prioritaires et leurs demandes
suffisent à remplir l'établissement ☐

2 – l'occasion ne s'est jamais présentée ☐

3 – des expériences ont été tentées mais ont échoué ☐

4 – le personnel n'est pas formé pour ce public ☐

5 – le personnel est en nombre insuffisant ☐

6 – les activités proposées ne sont pas adaptées à ce public ☐

7 – la cohabitation de personnes d'âges très différents est difficile ☐

8 – les autres résidents et/ou leur famille s'y opposent ☐

9 – les salariés s'y opposent ☐

10 – autre (précisez)

10 – Les personnes handicapées constituent-elles un public auprès duquel votre structure souhaiterait davantage s'investir ? oui ☐ non ☐

11 – Si oui, seriez-vous intéressé par un rapprochement avec des structures médico-sociales pour adultes handicapés en vue d'un accompagnement conjoint (intervention au sein de l'EHPAD par ex.) ?

oui ☐ non ☐

12 – Avez-vous des idées sur les modalités d'un tel rapprochement ? Des attentes particulières ?

13 – Auriez-vous besoin de personnels supplémentaires pour accompagner les personnes handicapées ?

Catégorie de personnels	Spécialité ou métier	Combien en ETP ?	Pour assurer quel type de prestation ?
Personnel médical			
Personnel paramédical			
Personnel socio-éducatif			
Autres (précisez)			

14 - Y a-t-il des thématiques liées à la prise en charge des personnes handicapées auxquelles vous souhaiteriez former votre équipe ? oui ☐ non ☐

15 - si oui, lesquelles

--

16 - Votre établissement (ou son organisme gestionnaire) va-t-il développer d'ici 3 ans des projets spécifiques à l'intention des personnes handicapées vieillissantes ? oui ☐ non ☐

17 - si oui, lesquels ?

--

**Activité des personnes handicapées après leur sortie des établissements médico-sociaux
de Dordogne (selon ES 2006)**

	ESAT	%	Foyer occup.	%	FAM	%	MAS	%
Poursuite d'une activité professionnelle	6	16,2	2	14,3				
ESAT	2	5,4	-					
Entreprise adaptée	1	2,7	-					
En attente ESAT ou entreprise adaptée	-	-	-					
Emploi en milieu ordinaire	2	5,4	-					
Demandeur d'emploi	-	-	2	14,3				
Formation	1	2,7	-	-				
Prise en charge médico-sociale ou sanitaire	17	45,9	3	21,4	12	80,0	1	9,0
Hospitalisation	1	2,7	1	7,1	7	46,7	1	1,0
Foyer occupationnel	5	13,5	-	-	1	6,7		
MAS ou FAM	-	-	-	-	-	-		
En attente foyer occupationnel, MAS ou FAM	4	10,8	-	-	-	-		
Etablissement pour personnes âgées	7	18,9	2	14,3	4	26,7		
A domicile sans activité ni prise en charge	8	21,6	2	14,3				
Décès	1	2,7	2	14,3	3	20,0	10	91,0
Non précisé	5	13,5	5	35,7				
TOTAL	37	100,0	14	100,0	15	100,0	11	100,0

Approche de l'offre dans les 5 EHPAD visités

	1 – EHPAD de Bourdeilles	2 - CH de Périgueux (EHPAD Beaufort Magne & Parrot)	3 - EHPAD du CH local de St Astier	4- EPHAD - Foyer de vie de Villefranche-du-Périgord	5 - EHPAD de Thiviers
Adresse	Faubourg Notre Dame 24310 Bourdeilles	83 av G Pompidou 24019 Périgueux	Rue maréchal Leclerc 24110 St Astier	Bd Charles Maurial 24550 Villefranche du Périgord	Résidence du Colombier 48 rue Jean Jaurès 24800 Thiviers
Date de la rencontre	lundi 12 avril 10h30	mardi 6 avril 14h	mardi 6 avril 10h	vendredi 16 avril 10h00	lundi 12 avril 15h00
Directeur	Nadège BARTKOWIAK Fabienne AUDEBERT, adjoint administratif	Xavier BALMIN (vient de remplacer M. ESTIBAUT)	Christian CHATELAS	Frank LESTRADE à 25 % depuis février 2010 (75% sur Belves) Mme Christiane MESSAUSSIER (adjointe-administrative)	Julien MOURET
Cadre Santé	Mme CARLIER	Dr WONÉ Mme BORDE cadre de santé sur les deux structures	Alice MAUNY Cadre supérieur santé	Pascale PEUCH	Solange VENANT
Responsable éducatif /animation	Mme Brigitte ROUSSEL, AMP du service spécialisé adultes handicapés		Laetitia RIBIERE, animatrice diplômée	Agnès ARCHIPOFF, éducatrice spécialisée sur le Foyer Rosemarie CRIART, stagiaire animatrice EHPAD	absent
Capacité totale	96 lits	533 lits (Beaufort-Magne : 298 lits, Parrot : 235 lits)	165 lits	EHPAD = 43 lits Foyer = 20 places	98 lits
Gestionnaire	Etablissement public autonome	EHPAD du CH Périgueux	EHPAD du CH de Saint Astier	Foyer de vie et EHPAD constituent un établissement public autonome	Etablissement public autonome

	1 – EHPAD de Bourdeilles	2 - CH de Périgueux (EHPAD Beaufort Magne & Parrot)	3 - EHPAD du CH St Astier	4- EPHAD - Foyer de vie de Villefranche-du- Périgord	5 - EHPAD de Thiviers
Valeurs défendues par le gestionnaire	1. Respect des habitudes de la personne et maintien des activités/loisirs et des liens familiaux 2. Soins adaptés à la personne 3. Qualité prise en charge	L'EHPAD se donne pour mission d'accueillir toutes les personnes quelles que soient leurs ressources (même indigentes) ou leurs pathologies (handicap, maladie mentale...)	1. Qualité des services 2. Service public 3. Droit de l'usager	1. Respect de la personne 2. Solidarité 3. Ecoute et accompagnement (histoire de la personne) 4. Continuité	1. Individualisation de la prise en charge 2. Autonomie de la personne
Places de ces valeurs	Longtemps implicites, ces valeurs se retrouvent maintenant consignées dans les projets individualisés, les conventions de partenariat, le projet d'établissement	Valeurs mises en pratique à travers le mode de fonctionnement et connues des partenaires	Valeurs formalisées en 2004 pour l'accréditation dans le projet d'établissement spécifique EHPAD (2009)	Ces valeurs sont inscrites dans tous les documents depuis la convention tripartite de 2002 et intégrées au travail quotidien : « <i>Valeurs, méthode de travail : ça n'est pas une option, c'est la réalité du travail de l'équipe</i> »	Valeurs consignées dans le projet de soin, le projet d'établissement et la convention tripartite de 2009
Evolution de la structure depuis sa création. Organisation	En 2003, signature de la convention tripartite (EHPAD) → Passage d'un hospice à un service public professionnalisé. En 1984, le foyer La Prada voit le jour (20 résidents). L'EHPAD compte 96 résidents répartis en 3 services Terrasse (25), Patio (34) Pergola (37). Relation forte avec le Foyer La Prada qui permet une fluidité du parcours de vie résidentiel.	Créé dans les années 90, l'établissement développe en 2010 un projet important pour les malades d'Alzheimer et les malades mentaux de longue durée ou chroniques. Croissance très forte de la médicalisation	Signature de la convention tripartite (1er janvier 2008) qui transforme la maison de retraite et l'USLD en EHPAD d'une capacité de 165 lits. Au-delà d'une réponse réglementaire, le projet d'établissement traduit la volonté de ses acteurs d'amélioration continue du service rendu à l'usager, c'est un véritable instrument de pilotage, une « <i>feuille de route</i> ».	En 2002, l'ancienne maison de retraite est transformée en EHPAD de 43 places. En 2003, est créé (dans le même bâtiment sur une aile distincte) un foyer de vie de 20 places pour personnes handicapées vieillissantes (en deux ans, 3 passages du foyer à l'EHPAD). Les 4 dernières années ont été difficiles, une ancienne directrice et son adjoint sont partis en « maladie » les ressources manquent, le projet devient flou, l'ambiance s'en ressent gravement. En 2010, arrivée nouveau directeur très apprécié par l'équipe qui se réinvestit et souhaite une augmentation temps du directeur (ETP actuel = 0,25) Pratiquement depuis le début, il y a un rejet mutuel entre les résidents des 2 structures, la nouvelle équipe tente de changer cet état de fait et d'harmoniser les relations, d'améliorer des contacts avec l'extérieur, d'inspirer et de développer de nouvelles pratiques, de créer des réseaux, de signer des conventions avec d'autres structures comme le foyer le Bercail.	Création prévue d'une nouvelle unité en 2012-2013 de 110 lits (dont 10 lits pour personnes handicapées mentales vieillissantes) avec l'APEI (selon action prévue au schéma départemental des personnes âgées). L'EHPAD est un ancien hospice (construit en 1912) avec une capacité d'accueil de 76 lits. Une extension fut construite en 1982-83. En 1991, de nouveaux travaux eurent pour objectif de rationaliser le fonctionnement (cuisine et lingerie en rapport avec la capacité) et de proposer des chambres à 1 et 2 lits.

	1 – EHPAD de Bourdeilles	2 - CH de Périgueux (EHPAD Beaufort Magne & Parrot)	3 - EHPAD du CH local de St Astier	4- EPHAD - Foyer de vie de Villefranche-du-Périgord	5 - EHPAD de Thiviers
Publics accueillis	Population âgée dépendante : - mentalement (entre autres, maladie d'Alzheimer) - physiquement (incapable de rester seule à domicile car perte d'autonomie) <i>Rappel : au jour de l'étude, 23 personnes handicapées vieillissantes sur 96 résidents (dont 15 venant du foyer la Prada) soit 24%</i>	Malades psychiatriques vieillissants Personnes ayant des capacités intellectuelles réduites. Personnes trisomiques sur décision des parents à partir de 50 ans (11 unités qui reçoivent aussi tous ceux qui ne trouvent pas de place ailleurs - quand les autres structures sont défaillantes ou saturées - comme par ex. un traumatisé crânien de moins 30 ans avec perte d'autonomie importante) <i>Rappel : au jour de l'étude, 71 personnes handicapées vieillissantes sur 533 résidents soit 13%</i>	Personnes âgées dépendantes avec une moyenne d'âge de 83 ans (GMP – GIR pondéré moyen - 600 à 732 selon les unités) <i>Rappel : au jour de l'étude, 14 personnes handicapées vieillissantes sur 165 résidents soit 8%</i>	Foyer : personnes déficientes mentales ou présentant différents niveaux de psychoses – plus jeunes et plus valides physiquement qu'à l'EHPAD. EHPAD : public plus âgé et très dépendant : 80% de GIR2 et 3, 33% de malades d'Alzheimer, personnes en fin de vie <i>Rappel : à l'EHPAD au jour de l'étude, 8 personnes handicapées vieillissantes sur 48 soit 16%</i>	Accueil de personnes en grande dépendance physique et psychique. Montée en charge de pathologies cognitives (maladie d'Alzheimer) et liées au grand âge. <i>Rappel : au jour de l'étude, 2 personnes handicapées vieillissantes sur 98 résidents soit 2%</i>
Parcours de vie typiques avant l'admission	Personnes venant de familles d'accueil, d'institution ou du domicile. Celles qui ont vécu en collectivité avant sont plus facilement intégrées, « plus solidaires » et développent rapidement des liens avec le groupe.	Viennent du secteur psychiatrique de l'hôpital de Périgueux, lorsque les autres solutions sont épuisées, (10 cas par an) et du service de suite et de réadaptation	Les résidents viennent à 75% d'un autre secteur hospitalier et 25% de leur domicile (étude sur 3 ans)	Foyer : les résidents y sont admis à la sortie d'ESAT, EHPAD : les résidents viennent de leur famille lorsqu'ils ne peuvent plus rester chez eux.	
Profils ne correspondant pas au projet	La grande marginalité sociale est difficile à gérer par l'EHPAD, tout comme les cas psychiatriques lourds qui relèvent de structures plus adaptées. <i>NB : cette marginalité sociale est croissante chez les candidats à une admission.</i> L'EHPAD ne peut pas assurer la prise en charge de pathologies trop avancées (Alzheimer), notamment en cas de violence	Pas de critère d'admission, tout le monde est accepté, sauf personne trop jeune.	Les refus d'admission se font, dans 90 à 95% des cas, par faute de place ; sinon en raison de l'inadaptation des locaux à des personnes présentant des pathologies trop lourdes.	Les psychoses trop lourdes ne sont pas gérables par l'EHPAD (pas de psychiatre) de même que les pathologies trop avancées, très spécifiques (ex. maladie de Pick) ou nécessitant des équipements adaptés (sécurité)	L'établissement n'est pas équipé pour accueillir les comportements problématiques (violence, fugues), des pathologies graves qui nécessitent des soins infirmiers 24/24h (ce que l'EHPAD ne peut offrir).
Raisons de départ de l'établissement	95% décès 5% hospitalisation	95% décès	Décès 80% ou transfert hôpital.	Urgences vers hôpital ou décès	

	1 – EHPAD de Bourdeilles	2 - CH de Périgueux (EHPAD Beaufort Magne & Parrot)	3 - EHPAD du CH de St Astier	4- EPHAD - Foyer de vie de Villefranche-du-Périgord	5 - EHPAD de Thiviers
Projet de service	1. Maintenir les acquis 2. Maintenir le lien avec l'extérieur 3. Maintenir un lien avec la réalité La famille est partenaire dans le projet et permet d'appréhender l'historique de la personne. L'EHPAD est d'abord un lieu de vie qui offre aussi des soins. C'est une « famille », un « cocon » où « le personnel ne ferme pas la porte pour manger ». « Chacun prend soin de l'autre, les résidents sont intégrés à la vie du village », « Les personnes handicapées sont très aidantes ».	S'adapter aux handicaps des résidents avec l'aide d'une équipe pluridisciplinaire kinésithérapie, ergothérapie, psychothérapie ...	L'objectif principal est de développer la qualité de vie des personnes âgées dépendantes accueillies pour favoriser leur autonomie sociale, physique, psychique et prévenir l'aggravation de la dépendance. Les prestations ou services offerts par l'EHPAD aux résidents doivent être perçus comme des valeurs ajoutées et donner réalité à l'utilité médico-sociale déclarée de l'institution.	Au foyer, l'éducatif est un travail sur le développement de l'autonomie en général (toilette, motricité...)	Respect de la personne dans son individualité et sa dignité Accompagnement individualisé Maintien de l'autonomie Maintien et développement du lien social Développement du sentiment de confort et de sécurité Amélioration de l'intervention des aidants (personnels, familles ou tiers). Aide à la famille lors de l'admission (l'accompagnement social de la famille parfois nécessaire sur du long terme n'est pas possible)
Modalités d'accompagnement, de soins et d'activités	Tendance lourde vers la médicalisation (les personnes dépendantes présentent une multiplication de pathologies associées qui sont de plus en plus lourdes à gérer simultanément, pour elles-mêmes comme pour le personnel). En principe, pas de séparation entre personnes âgées et personnes handicapées vieillissantes au niveau des activités proposées (parmi lesquelles Journal, ateliers avec production et vente d'objets au vide-grenier de Noël du village, atelier cuisine, chocolat...). Dans les faits, les résidents participent en fonction de leurs capacités et de leurs goûts et les professionnels adaptent leurs interventions en fonction de ces aptitudes. Une AMP est affectée à l'animation de l'unité où sont accueillies les personnes handicapées.	L'état de santé des résidents a évolué, ils sont plus âgés, malades, dépendants et leurs familles « les lâchent ». Tout ceci a des répercussions sur le personnel aidant qui est de plus en plus épuisé. Peu d'activités (Chorale journal interne...), toujours ouvertes à tous (mais les activités pour personnes très âgées et dépendantes sont réduites) Une équipe de 7 animateurs pour 500 résidents	La tendance est à la médicalisation en raison de la croissance de la dépendance et des polypathologies. L'animation s'adapte à cette dépendance croissante et les personnels se spécialisent en gériatrie. De plus en plus d'animations thérapeutiques. Volonté de mélanger/mixer les publics dans les activités.	Entre le foyer et l'EHPAD, il y a un passage d'une prestation centrée sur l'hébergement et l'animation à une prestation centrée sur le soin. Activités partagées pour les résidents des 2 structures : chorale, pâtisserie, thé dansant, activités à thème <i>NB : une limite ingérable à ces activités conjointes est atteinte lorsqu'il y a violence entre les résidents de ces 2 structures.</i> Activités spécifiques au foyer : écriture, journal, jardinage Activité spécifique à l'EHPAD : lecture	Tendance forte à la médicalisation Au niveau des activités, le nouveau projet prévoit des unités autonomes avec une intégration choisie aux activités. Mais les unités ne seront pas fermées et il y aura des activités communes entre unités, ouvertes mais indépendantes.

	1 – EHPAD de Bourdeilles	2 - CH de Périgueux (EHPAD Beaufort Magne & Parrot)	3 - EHPAD du CH de St Astier	4- EPHAD - Foyer de vie de Villefranche-du-Périgord	5 - EHPAD de Thiviers
Le projet personnalisé	Projet individualisé révisé régulièrement et construit avec la personne	Projet écrit avec l'entourage. Actualisation des objectifs et des attentes en fonction de la demande ou d'évènements (perte d'autonomie, hospitalisation, décès de conjoint) tous les deux ans	Toutes les équipes ne font pas encore de projet individualisé avec les personnes accueillies	Projet personnalisé construit avec tous les intervenants (psychologue, tuteurs, familles et les intéressés) Les familles sont consultées deux fois par mois.	Le point d'ancrage est l'individualisation du projet. La construction du projet avec la personne est en train d'être étudiée
Prise en compte des spécificités des personnes handicapées vieillissantes	Le service qui accueille la plupart des personnes handicapées, Terrasse, comporte une équipe réduite, les changements de personnels sont évités autant que possible. L'équipe comprend une AMP ayant une expérience dans le secteur du handicap, une personne est en formation AMP, un autre en formation moniteur-éducateur. Liens forts avec le foyer La Prada et l'environnement du village : boulangerie, café, village et ses 800 habitants pour qui les résidents « font les courses » et que les habitants « tutoient et connaissent par leur prénom... »	L'objectif de l'EHPAD est de proposer un projet de développement spécifique viable pour la Dordogne Mais, un plateau technique renforcé pour le suivi psychiatrique serait nécessaire.	Prise en compte des particularités sur le plan individuel mais pas de traitement séparé de ces personnes par rapport aux résidents âgés « ordinaires »	Projet en cours d'élaboration avec : - un accompagnement de la vie quotidienne - un soutien humain psychologique et professionnel - le développement d'un lieu de vie pour ces personnes qui ne peuvent plus vivre seules et que les familles ne peuvent pas recevoir.	Visite et échanges avec l'APEI de Périgueux pour construire ce projet L'objectif est de mettre en œuvre des réponses individuelles à des besoins individuels dans une unité de vie protégée. « Pas pour créer un ghetto de personnes handicapées vieillissantes mais pour créer un petit foyer »
Adaptation des personnes handicapées vieillissantes à l'EHPAD	Les résidents ne semblent pas souffrir d'une perte d'identité « travailleur handicapé » lors de leur passage à l'EHPAD. Ils viennent ici prendre leur retraite et apprécient de ne plus avoir à se lever tôt, de regarder des films plus tard le soir, de faire les activités proposées et la qualité de vie plus « hôtel ».		Les résidents sortant d'ESAT s'ennuient, ils ne sont pas aussi dépendants que les autres. Il manque des structures spécifiques pour eux.	Foyer : à la sortie d'ESAT, le nouveau résident vient « prendre sa retraite » au foyer mais il y souffre souvent d'ennui, d'un sentiment d'inutilité qui le renvoie à son handicap.	Les résidents venant d'ESAT manquent d'activités, sont plus jeunes et plus énergiques que les autres résidents

	1 – EHPAD de Bourdeilles	2 - CH de Périgueux (EHPAD Beaufort Magne & Parrot)	3 - EHPAD du CH de St Astier	4- EPHAD - Foyer de vie de Villefranche-du-Périgord		5 - EHPAD de Thiviers
Personnel	Les personnels viennent du secteur personnes âgées ou de MAS et sont formés aux pathologies mentales ratio total : 0,63 ratio aide-soignant : 0,2 (0,21 avec AMP) ratio IDE : 0,04	Les personnels viennent en grande majorité du soin. ratio total : 0,52 ratio aide-soignant : 0,14 ratio IDE : 0,07	ratio total : 0,53 ratio aide-soignant : 0,20 (0,21 avec AMP) ratio IDE : 0,08	EHPAD ratio total : 0,56 ratio AS+AMP : 0,18 ratio IDE : 0,05	Foyer ratio total : 0,76 ratio AS+AMP : 0,48 ratio IDE : 0,05	ratio total : 0,58 ratio AS+AMP : 0,22 ratio IDE : 0,04 (nouveau projet = + 19 ETP)
Référent pour chaque usager	Chaque projet de vie individuel intègre un référent et un référent-adjoint et précise le rôle des différents services et des personnels soignants	Pas de référent Pas de personnel éducatif ni d'AMP	Non	Non		Soignant référent, plan de soin
Y a-t-il des profils de professionnels qui manquent ? Lesquels ?	Moniteur-éducateur (en cours de recrutement) psychothérapeute, ergothérapeute	psychiatre, ergothérapeutes, médecin-coordonnateur et psychomotriciens	ergothérapeute, éducateur, moniteur éducateur et assistant gérontologie.	Directeur à 25% (manque 50%) Psychiatre, cadre de santé éducatrice-coordinatrice à temps plein		Psychologue, ergothérapeute, soignants
Positionnement du service dans l'environnement	Les habitants du secteur estiment qu'un jour ils viendront là et attendent leur tour sans angoisse. La réputation de l'établissement est bonne et les résidents n'y viennent pas faute d'autres solutions. Il existe une symbiose avec l'environnement, la mairie, les activités de l'établissement sont intégrées à la vie locale et associative		L'EHPAD est avant tout considéré comme un établissement de proximité	Le village rejette le handicap. Il existe une certaine intolérance face au handicap, et un certain racisme même vis-à-vis de certains personnels. Ceci est mis sur le compte de « générations » différentes, de la « culture locale ». Le foyer et l'EHPAD sont bien identifiés par l'ESAT et par l'hôpital		L'EHPAD se donne pour objectif que les résidents puissent garder un lien social avec leur ancien cadre de vie
Partenariats	- Le foyer Prada : accompagnement des personnes handicapées enrichi par des échanges de savoir-faire professionnels avec l'équipe du foyer, continuité des projets de vie individualisés des résidents quittant le foyer (en projet restructuration des locaux pour avoir des espaces communs avec ce foyer) - Le village et ses lieux de convivialité - Le CMP de Brantôme, le CH Vauclaire à Montpon (IDE mise à disposition de l'EHPAD : conseils, réunions soignants/soignés, suivi des résidents) les services sociaux, l'ESAT et les familles présentes	Centre Hospitalier de Périgueux, CHS de Montpon Jumelage avec centre aéré et école occitane Calandrette	CH Périgueux, médecine du Travail, ADAPEI, EHPAD Neuvic Partage de minibus avec une structure de Mussidan,			EHPAD Bourdeilles APEI (NB : le projet initial prévoyait une mise à disposition de personnel de l'APEI qui n'a pas abouti en raison des problèmes liés à la cohabitation de salariés de différents statuts. Mais l'APEI interviendra sur la formation de l'équipe de l'EHPAD). Partage de minibus, visite de marché

	1 – EHPAD de Bourdeilles	2 - CH de Périgueux (EHPAD Beaufort Magne & Parrot)	3 - EHPAD du CH local de St Astier	4- EPHAD - Foyer de vie de Villefranche-du-Périgord	5 - EHPAD de Thiviers
Parole des usagers et fonctionnement du Conseil de la vie sociale (CVS)	Le CVS se réunit 3 à 4 fois par an (investi par les usagers selon leurs capacités de participation). Les questions traitées concernent les menus et les animations	Le CVS se réunit 4 fois par an avec comme thème de débats : l'amélioration de l'accueil et du quotidien, la qualité du personnel, la commission des menus, les coûts des prestations. Les familles ne s'impliquent pas.	Le CVS se réunit 4 fois par an, il implique les usagers, les familles, les personnels (y compris les cadres). Les débats portent sur le projet d'établissement, prix de journée, travaux, restauration/ménage, animation, évaluation... Boîte à idées. Validation de la plaquette à travers l'implication de quelques usagers.	Existence d'un CVS commun aux deux structures. Les débats traitent des animations, de l'alimentation/linge, des activités et du budget	Le CVS fonctionne depuis novembre 2009 avec les familles et les résidents. Les débats portent sur l'organisation et le budget. La participation des résidents est difficile car ils arrivent de plus en plus âgés (actuellement la moyenne d'âge est de 84 ans).
Contacts avec la MDPH lors de l'admission des personnes issues du secteur handicap	Pas de contact avec la MDPH, très peu d'informations reçues sur le parcours de la personne d'où l'importance de la famille		Pas de contact avec la MDPH	Des contacts avec la MDPH et des informations suffisantes reçues	Des contacts avec la MDPH mais peu de réponses reçues

Public accueilli en EHPAD par niveau de GIR (EHPA 2007)

Données nationales

Au niveau national, sur l'ensemble des établissements pour personnes âgées :

- 44% de personnes sont classées dans les 2 groupes correspondant à la plus forte perte d'autonomie (GIR 1 et 2)
- 25% sont en GIR 5-6 (personnes les plus autonomes, nécessitant, au plus, une aide ponctuelle pour les actes de la vie quotidienne ; personnes ne pouvant prétendre à l'attribution d'une APA).

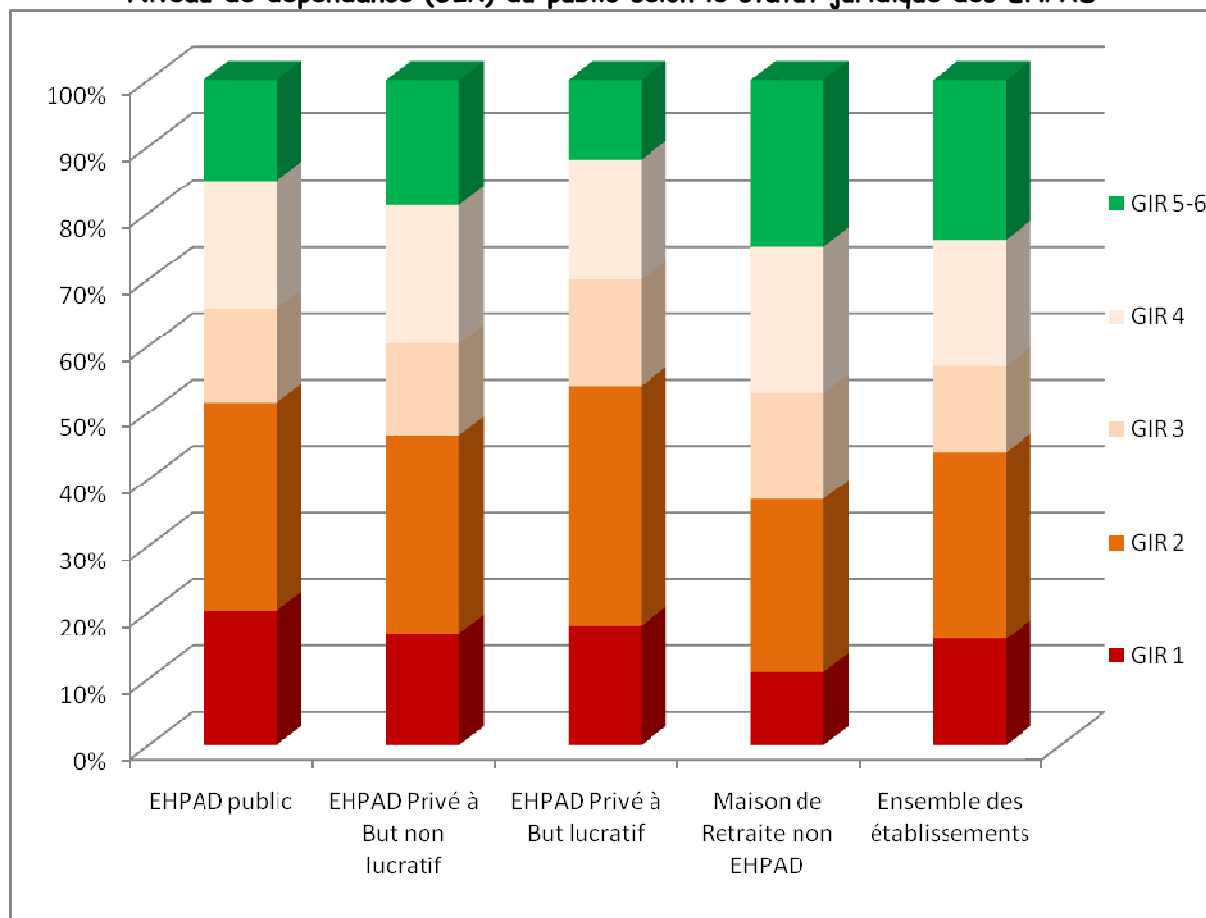
La population des EHPAD publics et, de façon plus marquée encore, des EHPAD privés à but lucratif est **plus dépendante**, avec :

- plus de la moitié des personnes classées en GIR 1-2 (EHPAD publics : 51% ; à but lucratif : 54%)
- 15% (EHPAD publics) et 12% (EHPAD à but lucratif) de personnes en GIR 5-6.

A l'inverse, dans les maisons de retraite non médicalisées, les GIR 1-2 regroupent 37% des situations, les GIR 5-6, 25%.

Et ce sont, fort logiquement, les logements-foyers qui se caractérisent par une population globalement peu dépendante, avec seulement un peu moins de 4% de personnes en GIR 1 ou 2 et plus de 75% en GIR 5 ou 6.

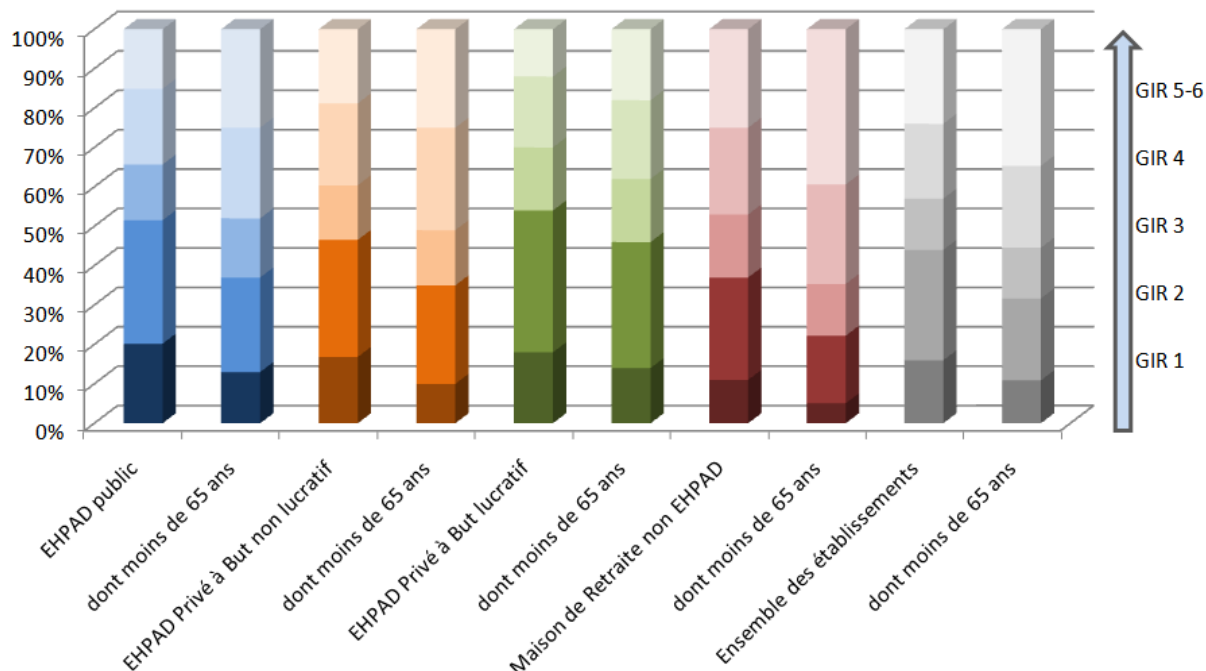
Niveau de dépendance (GIR) du public selon le statut juridique des EHPAD



Source : EHPA2007 (DRASS, DREES) - Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Quel que soit le type d'établissement considéré, le niveau de dépendance, tel qu'il est mesuré par la grille AGGIR, est inférieur chez les usagers de moins de 65 ans par rapport à l'ensemble du public accueilli.

Niveau de dépendance (GIR) comparé du public total et des moins de 65 ans selon le statut juridique des EHPAD



Source : EHPA2007 (DRASS, DREES) - Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

En outre, la part même que représentent les personnes de moins de 65 ans sur l'ensemble des usagers, 4,1% sur l'ensemble du secteur gériatrique, varie suivant le statut juridique de l'EHPAD :

- Les moins de 65 ans sont les plus représentés dans les EHPAD publics (4,8%) et les maisons de retraite non médicalisées (5,0%)
- Dans les EHPAD privés, ils représentent moins de 3% des résidents (but non lucratif : 2,9% ; but lucratif : 2,5%).