

Les personnes handicapées âgées dans les structures pour adultes handicapés en Aquitaine

Etude réalisée par Bénédicte MARABET
Conseillère technique au CREAHI d'Aquitaine

Avril 2002

Sommaire

Introduction	3
1- Méthodologie	6
2 - Les structures répondantes	8
2.1 - Caractéristiques générales	8
2.2 - Population accueillie	11
2.3 - Projet d'établissement, information et participation des usagers, démarche qualité	13
3 - Les personnes âgées de 60 ans et plus	16
3.1 - La place des personnes handicapées âgées dans les établissements pour adultes handicapés	16
3.2 - Approche quantitative	18
3.3 - Les établissements n'accueillant pas des personnes handicapées âgées de 60 ans et plus	20
4 - La prise en charge des personnes handicapées âgées	23
4.1 - Hébergement, aménagement des locaux et aides techniques	23
4.2 - Les moyens humains	23
4.2.1 - <i>les plateaux techniques</i>	24
4.2.2 - <i>la formation des personnels</i>	26
4.3 - L'organisation de la prise en charge	27
5 - Les difficultés liées à l'accueil des personnes handicapées âgées et les besoins pour améliorer cet accueil	29
5.1 - Les difficultés	29
5.2 - Les besoins	30
5.2.1 - <i>les besoins en terme de ressources humaines</i>	30
5.2.2 - <i>les autres besoins</i>	32
6 - Personnes handicapées âgées : quels projets au niveau des établissements et de leurs organismes gestionnaires ?	34
6.1 - La dynamique de conception de projets	34
6.2 - Nature des projets développés à l'intention des personnes handicapées âgées	35
6.3 - Les tendances marquantes caractérisant ces projets	38
Conclusion	39
Annexes	42

Introduction

La question de l'avancée en âge des personnes handicapées se pose dans tous les départements de manière de plus en plus prégnante :

- parce que l'état de santé de ces personnes évoluant, elles ont de nouveaux besoins qui ne sont pas nécessairement pris en compte au travers des interventions dont elles bénéficient actuellement
- parce que le nombre de ces personnes étant en constante augmentation, leur situation en est rendue plus visible.

Quelques chiffres donnent aisément la mesure du phénomène :

➤ **en terme de structures concernées** : en 2001, 19% des établissements pour adultes handicapés reçoivent des personnes ayant dépassé 60 ans. En 2011, si les personnes actuellement présentes restent, ce pourcentage passera à 66%.

➤ **en terme de personnes concernées** : en 2001, 130 personnes de 60 ans et plus sont accueillies dans ces établissements. Dans 10 ans, si les personnes actuellement présentes restent, le nombre des 60 ans et plus s'élèvera à 530.

Les administrations de contrôle, les organismes gestionnaires, les lieux d'accueil et de soins sont donc confrontés, à différents titres, à cette situation : **la prise en compte des personnes handicapées âgées est, d'ailleurs, considérée comme une réelle préoccupation par plus de la moitié des établissements pour adultes handicapés, qu'ils soient ou non actuellement concernés par l'accueil de ces publics.**

Face à la montée en puissance de cette population, il apparaît clairement que la place et l'attention à lui donner constituent un problème de premier plan dans les politiques actuelles de solidarité et de santé publique. **Il semble donc utile d'apporter des éléments de connaissance autour des besoins des personnes handicapées âgées et des réponses qui leur sont proposées avec pour objectif de renforcer et d'améliorer cette offre de service.**

Dans ce contexte, le CREAHI, à la demande de la DRASS d'Aquitaine, a entrepris la réalisation de travaux autour des personnes handicapées âgées dans la continuité de ceux conduits en 1999 ¹.

¹ ▶ **un colloque** : Faire face aux besoins de la personne handicapée âgée : quelles perspectives de rapprochement pour les secteurs des personnes handicapées et des personnes âgées ? Actes publiés dans Le Nouveau Mascaret, n° 56-57, 2^{ème} - 3^{ème} trimestre 1999 consultables sur notre site Internet.

▶ **une étude** : Les personnes handicapées âgées en Aquitaine, publiée dans Le Saviez-Vous? n°32, avril 1999 (supplément Chiffres et repères n°10) : *recensement des personnes handicapées de 60 ans et plus avec des projections démographiques à l'horizon 2019 et enquête auprès des directeurs d'établissements pour adultes handicapés autour des problèmes liés à la présence ou à l'orientation des personnes handicapées âgées*

Le CREAHI a, dans cette optique, préparé un protocole de travail (présenté à la Conférence régionale de Santé de janvier 2001) ayant pour finalité **de recenser tous les lieux accueillant des personnes handicapées âgées, de décrire les conditions de cet accueil, les moyens spécifiques mis en œuvre et les besoins repérés pour mieux réaliser cette prise en charge.**

La question de la quantification des publics ayant déjà fait l'objet de l'étude de 1999, n'était pas centrale dans ces investigations. Or la DRASS a demandé au CREAHI d'intégrer un volet quantitatif dans ces travaux d'étude afin d'actualiser les chiffres de 1999, de vérifier les tendances mises en évidence à cette date et d'étendre le recensement à des champs qui n'avaient pas été pris en compte.

Ce travail a donc été réalisé en parallèle à cette présente étude. Il a donné lieu à

- une estimation numérique de la population handicapée âgée (quelle que soit la déficience) vivant en Aquitaine en 2001 selon le département et le cadre de vie actuel*
- des projections démographiques à l'horizon 2011 permettant de préciser l'évolution quantitative de cette population*

Les résultats ont été remis à la DRASS en février 2002³.

Quelle définition de la personne handicapée âgée avons-nous donné dans ces travaux? C'est une personne ayant 60 ans ou plus dont le statut de personne handicapée a été reconnu par la COTOREP avant l'âge de 60 ans.

Cette définition est, certes, un peu simpliste et réductrice mais elle a le mérite d'être claire, objective et, en général, facilement vérifiable. Elle limite de plus les risques d'amalgame entre les situations de dépendance dues à l'avancée en âge et les situations de handicap apparues à l'âge adulte, voire dès l'enfance ou même dès la naissance.

Nous avons constaté, toutefois, que pour les personnes très âgées l'utilisation de cette définition perd un peu de son efficacité soit parce que les intervenants auprès de ces personnes ne connaissent pas (ou mal) leur histoire, soit parce que la COTOREP n'existait pas encore au moment des 60 ans de ces personnes.

Le protocole d'étude a été conçu avant la promulgation de la Loi rénovant l'action sociale et médico-sociale dans laquelle la barrière des 60 ans n'apparaît plus : « **les établissements et services [...] qui accueillent des personnes adultes handicapées quel que soit leur degré de handicap et leur âge** »⁴.

Toutefois, cette récente ouverture n'empêche pas que les agréments des établissements puissent continuer de fixer leurs propres limites et que les conseils généraux choisissent ou non de continuer à verser l'aide sociale aux adultes handicapés au-delà de 60 ans. Elle ne fait pas disparaître non plus la question de l'adéquation des prises en charge avec les

³ Bénédicte MARABET

« *les personnes handicapées âgées en Aquitaine ? approche quantitative 2001-2011* », CREAHI d'Aquitaine en collaboration avec la DRASS d'Aquitaine, février 2002, 49 pages.

⁴ Loi n°2002-2, art. 15, alinéa 7.

nouveaux besoins liés à l'âge. En outre, l'âge de 60 ans reste toujours en vigueur pour l'ouverture des droits à la retraite ou encore pour l'obtention de l'APA.

Par ailleurs, bien que cette problématique soit dominée par la population handicapée mentale ⁵, nous ne nous sommes pas cantonnés à une catégorie de population : toutes les personnes handicapées âgées, quelle que soit leur déficience principale, ont été prises en compte.

Les investigations ont été étendues à l'ensemble des structures susceptibles de recevoir des personnes handicapées âgées en Aquitaine : les établissements pour adultes handicapés, les établissements pour personnes âgées, les services de soins de longue durée, les services de psychiatrie et les services intervenant à domicile (services de soins infirmiers et services d'aide à domicile).

La collecte de données avec des variantes selon la catégorie, s'est intéressée à :

- l'implication dans l'accueil des personnes handicapées âgées,
- la place donnée à cette population dans le projet d'établissement,
- les ressources humaines et matérielles dévolues à la prise en charge de ces personnes,
- les services effectivement rendus et leurs modalités d'organisation.

L'analyse des résultats va être réalisée par catégorie d'établissements. Ce rapport est donc consacré aux établissements pour adultes handicapés. Dans les mois qui viennent suivront ceux concernant, les services à domicile, les établissements pour personnes âgées et enfin le secteur sanitaire.

⁵ Handicap et citoyenneté au seuil de l'an 2000, ODAS, 1999

1 - Méthodologie

Afin d'avoir une vue globale de la question de la prise en charge des personnes handicapées âgées dans les établissements pour adultes handicapés, nous avons choisi de solliciter l'ensemble des structures appartenant à ce champ.

Ce choix d'enquête exhaustive est, de plus, motivé par deux éléments :

- le souhait, que nous avons, de rendre publique la démarche en cours et de donner la possibilité à tous ceux qui le veulent, concernés ou non, d'y participer
- le constat que nous avons pu faire au cours de l'étude de 1999 que la présence des personnes handicapées âgées est très variable d'un établissement à l'autre sans que le département ou la catégorie d'établissement soient des critères entrant en ligne de compte de manière constante et systématique. *Autrement dit, il était difficile en échantillonnant d'avoir une approche qui soit représentative de la situation des personnes handicapées âgées dans notre région.*

Un questionnaire a été élaboré par le CREAHI et validé par la DRASS (par la direction et le service des politiques sociales et médico-sociales). Il comprend 3 grandes parties ⁶ :

- la première, *l'agrément et le projet d'établissement*, devant être remplie par tous
- les deux autres, *la prise en charge des personnes handicapées âgées (organisation matérielle, moyens humains et prestations), les difficultés et les besoins*, concernant seulement les structures ayant au moins une personne handicapée âgée de 60 ans ou plus.

En outre, ce questionnaire se terminait par quelques questions sur l'existence éventuelle et la nature de projets pouvant être développés dans un proche avenir par la structure ou son organisme gestionnaire à l'intention des personnes handicapées âgées.

Le questionnaire a été adressé à tous les établissements pour adultes handicapés d'Aquitaine une première fois en février 2001, puis une relance a eu lieu en avril 2001.

Le champ de l'enquête comprend 187 établissements répartis en différentes catégories :

↳ **les foyers d'hébergement** : ces foyers accueillent, en fin de journée et en week-end, les adultes travaillant en structure protégée ou parfois en milieu ordinaire (*art. 168 du Code de la famille et de l'aide sociale*).

↳ **les SAVS (services d'accompagnement à la vie sociale)** : ces services ont pour finalité d'apporter un soutien à la personne handicapée en milieu ordinaire, ils peuvent offrir un simple accompagnement éducatif et social ou proposer en plus des solutions d'hébergement dans des résidences (*c'est pour cette raison que les services de cette catégorie ont été incorporés dans cette étude sur les prises en charge institutionnelles*).

↳ **les foyers occupationnels** : ces foyers s'adressent aux personnes ne pouvant pas travailler, même en milieu protégé, mais disposant d'une autonomie ne justifiant pas une prise en charge médicalisée telle qu'elle est proposée en MAS (*art. 168 du Code de la famille et de l'aide sociale*).

⁶ Voir questionnaire en annexe 1

↳ **les FDT (foyers à double tarification)** maintenant dénommés **foyers d'accueil médicalisés pour adultes handicapés** : comme leur nom l'indique, ces foyers bénéficient d'un double financement (conseil général et sécurité sociale), ils accueillent des personnes nécessitant une prise en charge fortement médicalisée (*circulaire n°86-6 du 14 février 1986, arrêté du 30 juin 1999 et note DAS/TS2 du 25 août 1999*)

↳ **les MAS (maisons d'accueil spécialisé)** : ces établissements prennent en charge des adultes lourdement handicapés dont l'état de santé implique une surveillance médicale et des soins constants (*décret n°78-1211 du 26/12/78 et circulaire n°62 AS du 28/12/78*)

↳ **les établissements expérimentaux** : sont classés dans cette catégorie, normalement à titre provisoire, des structures innovantes par rapport aux catégories existantes.

Outre les textes réglementaires parfois indiqués, ces établissements relèvent tous de la Loi rénovant l'action sociale et médico-sociale (L. n°2002-02 du 2 janvier 2002).

Tableau 1 - Le champ de l'enquête : effectifs des établissements pour adultes handicapés selon la catégorie et le département

	Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et-Garonne	Pyrénées-Atlantiques	Aquitaine
Foyers d'hébergement	8	13	8	7	14	50
SAVS	5	23	4	10	3	45
Foyers occupationnels	8	18	8	6	18	58
FDT	1	4	3	-	-	8
MAS	4	4	1	2	5	16
Etablissements expérimentaux	1	3	1	1	4	10
TOTAL	27	65	25	26	44	187

Voir en annexes 2 à 5 des cartographies régionales permettant de visualiser l'implantation de ces différentes catégories d'établissements.

2 – Les structures répondantes

2.1 – Caractéristiques générales

Sur les 187 structures sollicitées en Aquitaine, 128 nous ont retourné leur questionnaire : le taux de réponse s'élève donc globalement à 68,4%. Ce taux de réponse important montre l'intérêt manifesté autour du devenir des personnes handicapées âgées et permet d'avoir une bonne garantie quant à la représentativité des résultats.

Tableau 2 - Niveau de la participation à l'enquête dans les établissements pour adultes handicapés

	Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et-Garonne	Pyrénées-Atlantiques	Aquitaine
Foyers d'hébergement						
Nb de réponses / nb d'envois	8/8	11/13	3/8	3/7	10/14	35/50
Taux de réponses	100%	84,6%	37,5%	42,9%	71,4%	70%
SAVS						
Nb de réponses / nb d'envois	5/5	11/23	3/4	5/10	1/3	25/45
Taux de réponses	100%	47,8%	75%	50%	33,3%	55,6%
Foyers occupationnels						
Nb de réponses / nb d'envois	8/8	15/18	6/8	3/6	11/18	43/58
Taux de réponses	100%	83,3%	75%	50%	61,1%	74,1%
FDT						
Nb de réponses / nb d'envois	0/1	3/4	3/3	-	-	6/8
Taux de réponses	0%	75%	100%	-	-	75%
MAS						
Nb de réponses / nb d'envois	4/4	3/4	1/1	2/2	4/5	14/16
Taux de réponses	100%	75%	100%	100%	80%	87,5%
Etablissements expérimentaux						
Nb de réponses / nb d'envois	0/1	1/3	0/1	0/1	4/4	5/10
Taux de réponses	0%	33,3%	0%	0%	100%	50%
TOTAL						
Nb de réponses / nb d'envois	25/27	44/65	16/25	13/26	30/44	128/187
Taux de réponses	92,6%	67,7%	64%	50%	68,2%	68,4%

La Dordogne se distingue par un taux de participation à l'enquête particulièrement élevé, probablement signe de l'investissement de ce département autour de cette question et de la dynamique créée par les travaux préparatoires à l'élaboration du schéma gérontologique conduits en 2001-2002.

N.B. Le nombre de questionnaires à traiter s'élève à 115 car :

- quelques structures organisées en plusieurs unités différentes sur un même site n'ont rempli qu'un seul exemplaire pour l'ensemble des unités (exemple : foyer d'hébergement + SAVS, foyer d'hébergement + unité expérimentale ou encore foyer occupationnel + FDT)
- certaines structures organisées en plusieurs unités de même agrément mais géographiquement éclatées n'ont rempli qu'un seul questionnaire

Au bout du compte, la répartition des 115 questionnaires par catégorie (principale) est la suivante : 35 foyers d'hébergement, 19 SAVS, 43 foyers occupationnels, 4 FDT, 11 MAS, 3 établissements expérimentaux.

Ces établissements sont très majoritairement gérés par des associations, c'est le cas de 88% d'entre eux. Les collectivités territoriales en gèrent 4%. D'autres catégories de gestionnaires sont repérées (fondation, organisme de sécurité sociale ou structure hospitalière...) mais n'interviennent chacune que pour la gestion d'un ou deux établissements.

Près de la moitié des établissements (46,1%) sont implantés sur un site qui accueille également au moins un autre établissement. C'est le cas de :

- 69% des foyers d'hébergement : le plus souvent ces foyers sont situés à côté d'un CAT ou, plus rarement, co-existent avec un foyer occupationnel, un SAVS ou encore une unité d'hébergement pour « personnes handicapées vieillissantes »

- 67% des unités expérimentales : 3 structures seulement sont dans cette catégorie, 2 d'entre elles se situent à proximité de CAT et sont destinées à des travailleurs « vieillissants »

- 46% des MAS : il y a une très grande diversité des établissements cohabitant sur le même site qu'une MAS : foyer occupationnel, centre de rééducation fonctionnelle, maison de santé pour maladie mentale et établissements médico-sociaux pour enfants (institut médico-éducatif et institut d'éducation motrice)

- 42% des SAVS : ces services sont implantés sur le même site que des CAT ou des foyers d'hébergement

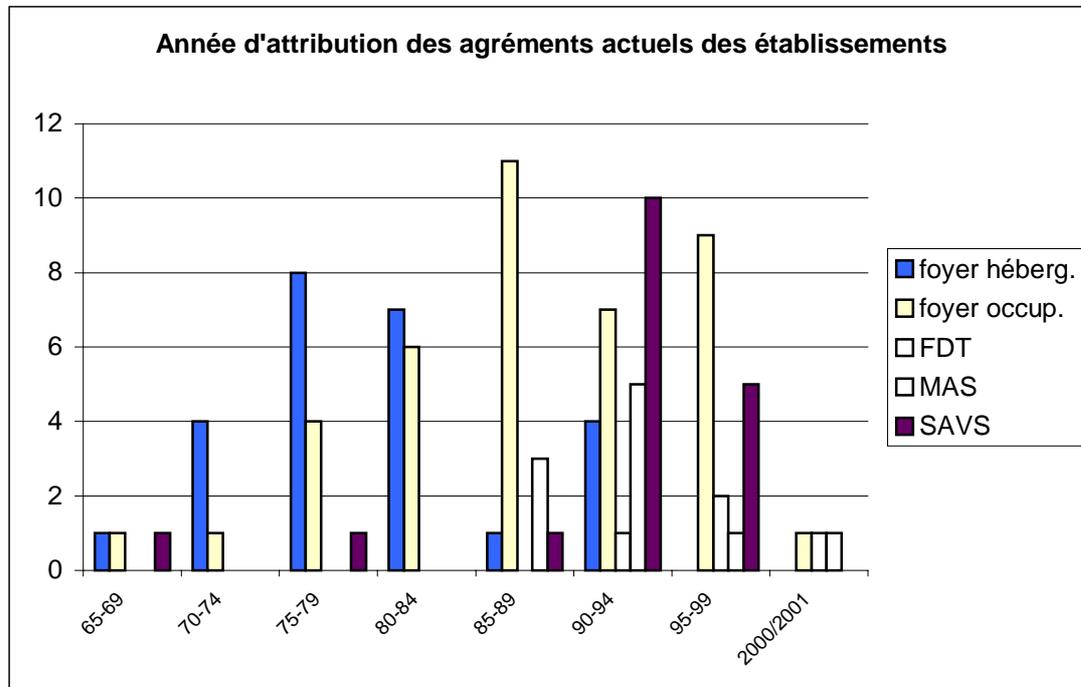
- 30% des foyers occupationnels : le plus souvent ces foyers occupationnels font partie d'un « complexe » CAT - foyer hébergement – foyer occupationnel. Certains sont aussi à côté de maisons de retraite, ce qui peut constituer un « débouché » pour les résidents âgés ; plus rarement, ils se trouvent sur le même site qu'un établissement pour enfants (IME)

- 25% des FDT : les FDT sont moins concernés par cette co-existence sur un même site. Le seul des 4 FDT répondants dans ce cas est à proximité d'un CAT mais il semble que cela soit plus un concours de circonstances (terrain disponible) qu'un choix technique ou politique de faire co-habiter ces 2 structures. *Toutefois, on voit se développer, notamment dans les Landes des sections FDT au sein des foyers occupationnels.*

L'existence sur un même site de plusieurs structures proposant des modalités d'accueil différentes permet à la personne handicapée de passer en souplesse d'une unité à l'autre en fonction de l'évolution de ses besoins en réduisant chez elle le sentiment de rupture.

Les agréments de ces établissements ne semblent pas être revus très fréquemment. Ainsi, une proportion importante d'entre eux a un agrément assez ancien : pour 35%, il est antérieur à 1985 et même pour 7% antérieur à 1975.

Au cours des années 90, on voit se développer de manière assez nette certaines catégories d'établissements : MAS, SAVS et FDT.



Dans la suite de l'analyse, des regroupements de catégories d'établissements seront réalisés pour éviter d'avoir à faire des analyses sur des effectifs trop faibles :

- les 3 questionnaires concernant des unités expérimentales seront traités avec la catégorie d'établissements dont ils se rapprochent le plus : les foyers occupationnels
- les 4 questionnaires des FDT seront traités avec ceux des MAS, toutefois si des différences importantes existent entre ces 2 catégories d'établissements, elles seront mentionnées.

2.2 Population accueillie

La déficience intellectuelle et la maladie mentale sont les deux « pathologies » les plus représentées dans les établissements pour adultes handicapés, souvent peu différenciées dans l'agrément. Cette forte représentation explique que la question du vieillissement des personnes handicapées soit largement dominée par la problématique du « handicap mental ».

Dans bon nombre de cas, et plus particulièrement dans les foyers occupationnels et les MAS, des déficiences physiques, sensorielles et motrices, viennent se surajouter.

On remarque que, d'une manière générale, chaque catégorie d'établissements prend en charge des publics relativement diversifiés et présentant de manière concomitante plusieurs types de déficiences.

Tableau 3 - Déficience ou maladie représentées parmi la population prise en charge (en %)

	Foyer hébergement	Foyer occupationnel	FDT	MAS	SAVS	ENSEMBLE
Déficience intellectuelle	91,4	86,0	75,0	72,7	100,0	86,1
Déficience motrice	8,6	41,9	25,0	72,7	15,8	28,7
Déficience sensorielle	11,4	28,3	50,0	45,5	21,1	24,3
Maladie mentale	68,6	65,1	75,0	75	57,9	59,1
Plurihandicap	-	8,7	-	18,2	5,3	6,1
Polyhandicap	5,7	8,7	75,0	90,9	-	16,5

La somme de chaque colonne est supérieure à 100% - plusieurs réponses étant possibles par établissement

Plurihandicap : association de façon circonstancielle de plusieurs handicaps physiques sans, en général, atteinte mentale

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

Modalités de lecture du tableau

Les pourcentages indiqués dans le tableau ci-dessus concernent des établissements et non des personnes handicapées : ainsi, on peut lire que 91,4% des foyers d'hébergement accueillent des personnes déficientes intellectuelles.

Certains établissements (10%) ont apporté des éléments complémentaires pour définir les troubles des publics pris en charge parfois *pour spécifier la pathologie* : autisme, psychose... ou *l'origine de l'état de la personne* : état végétatif suite à un traumatisme crânien... ou encore *pour évoquer des « troubles » associés ou surajoutés* : comitialité, « déficience sociale »...

En ce qui concerne les contre-indications, beaucoup d'établissements se réfèrent sans autre précision à la définition de la population qui apparaît dans leur agrément. Certains citent, toutefois, explicitement des déficiences, maladies ou comportement incompatibles avec la prise en charge qu'ils assurent.

Tableau 4 - Nature des contre-indications selon les établissements (en %)

	Foyer d'hébergement	Foyer occupationnel	MAS - FDT	SAVS	ENSEMBLE
Déficience motrice « lourde » ⁷	31,4	50,0	13,3	26,3	35,7
Déficience sensorielle		15,2		15,8	8,7
Déficience intellectuelle sévère	2,9	8,7		5,3	5,2
Maladie mentale non stabilisée, troubles importants du comportement	5,7	41,3	33,3	5,3	23,5
Polyhandicap	-	4,3		15,8	4,3
Comitialité	2,9	2,2			1,7
Addictivité	2,9	4,3			2,6
Besoin prise en charge médicalisée		13,0			5,2

L'une des contre-indications principales est la présence d'une déficience motrice. Beaucoup d'établissements signalent, en effet, que la configuration de leurs locaux (étages, largeur des portes ou des couloirs) et les compétences du personnel ou les taux d'encadrement ne permettent pas l'accueil de personnes en fauteuil ou avec une mobilité très réduite.

Les établissements recevant des personnes lourdement handicapées (foyers occupationnels, FDT et MAS) citent également comme contre-indications une maladie mentale non stabilisée et de « gros troubles » du comportement qui relèvent plutôt de la psychiatrie. Sont ici évoqués les publics dans un « *entre-deux* » qui pour le médico-social sont de la compétence de la psychiatrie et pour la psychiatrie relèvent au contraire du médico-social...

En faisant abstraction de la limite des 60 ans, le constat peut être fait qu'une bonne partie de ces établissements s'adresse à une population vieillissant « bien ». La survenue de restrictions motrices ou de dégradations mentales liées à l'âge peuvent remettre en question la poursuite de la prise en charge dans l'établissement d'origine pour certaines de ces personnes « vieillissantes ».

⁷ Personnes circulant en fauteuil ou se déplaçant avec difficulté

2.3 – Projet d'établissement, information et participation des usagers, démarche qualité

La moitié seulement des structures pour adultes handicapés a un projet d'établissement, une très grande variabilité est observée selon la catégorie de la structure (de 35% pour les SAVS à 100% pour les FDT).

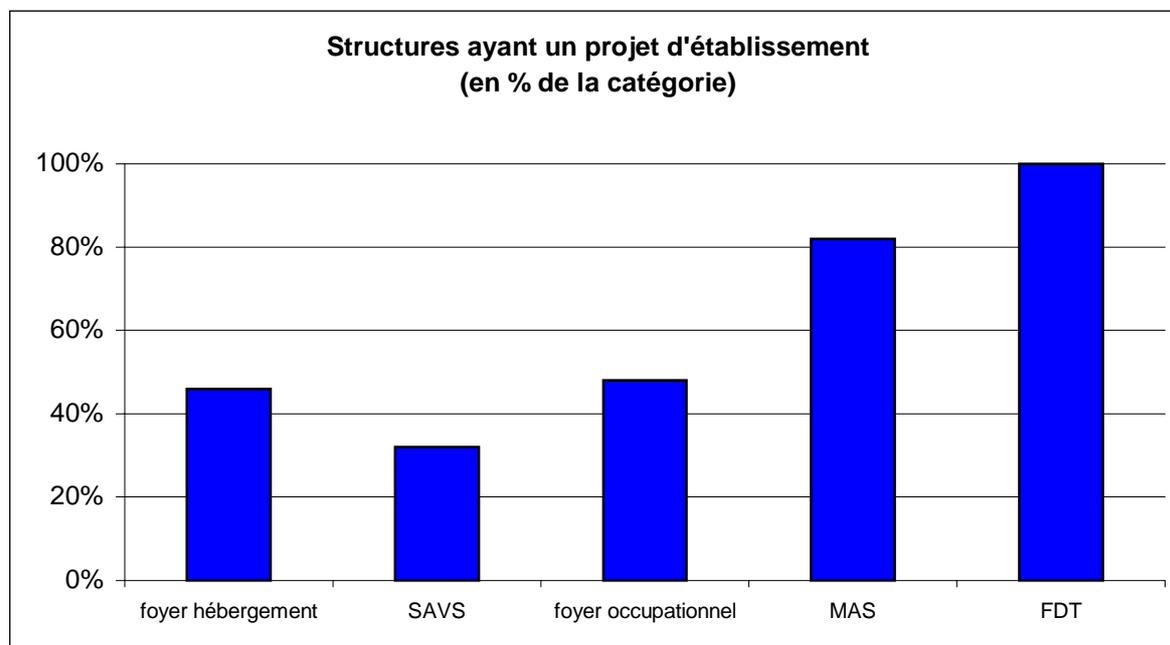


Tableau 5 - Composantes du projet d'établissement (en %) ⁸

	Foyer d'hébergement	Foyer occupationnel	MAS - FDT	SAVS	ENSEMBLE
Caractéristiques du projet de vie	87,5	95,5	100,0	33,3	43,7
Modalités d'animation et d'activité	87,5	90,9	92,3	50,0	42,6
Caractéristiques du projet de soins	25,0	45,5	100,0	-	23,5
Protocole organisation des soins	31,2	22,7	61,5	-	15,6

Le projet de vie et ses modalités de mise en oeuvre sont centraux dans les projets d'établissement bien que dans certaines structures (foyer d'hébergement et surtout SAVS), ce document n'y fasse pas toujours référence.

En toute logique, le projet de soins est plus largement développé dans les structures médicalisées mais a également sa place dans certains foyers occupationnels ou d'hébergement.

N.B. La place éventuelle des personnes handicapées âgées dans ces projets est évoquée dans le point 3.1.

⁸ pourcentages calculés sur les structures ayant un projet d'établissement

**Tableau 6 - Structures disposant d'outils d'information et de participation
(% de réponses positives)**

	Foyer d'hébergement	Foyer occupationnel	MAS - FDT	SAVS	ENSEMBLE
Livret d'accueil	20,0	28,3	53,3	15,8	27,0
Informations sur le fonctionnement de l'établissement	74,3	80,4	86,7	52,6	74,8
Informations sur les conditions de prise en charge	77,1	84,8	93,3	57,9	79,1
Informations sur l'évolution de l'état de santé de la personne	77,1	78,3	86,7	57,9	75,6
Conseil de l'établissement <i>avec représentants des familles</i> ⁹	71,4	73,9	86,7	47,4	70,4
<i>avec représentants personnes handicapées</i>	100,0	85,3	92,3	100,0	92,6
	100,0	86,1	100,0	100,0	88,8
Procédure pour recueillir les attentes des familles sur la prise en charge	57,1	54,3	60,0	57,9	56,5
Procédure pour recueillir l'avis des familles sur le fonctionnement de l'établissement	62,9	58,7	66,7	53,6	60,0

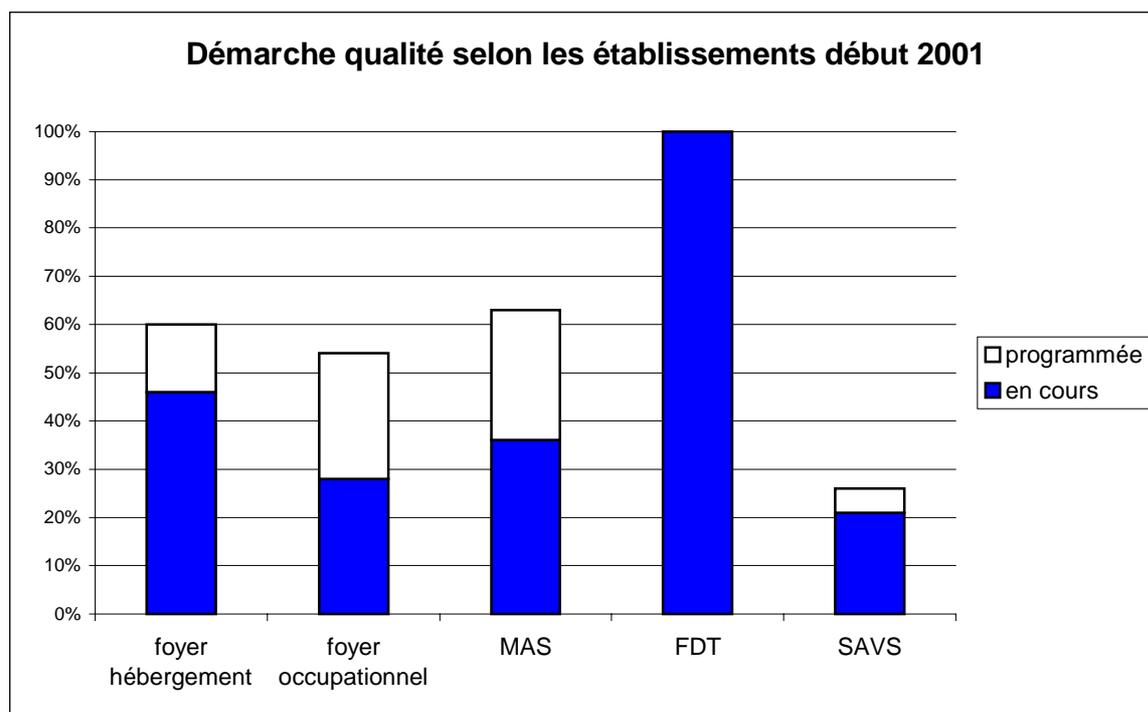
Des différences importantes existent entre les catégories d'établissements dans leur propension à informer ou à faire participer leurs usagers : les MAS et FDT sont les établissements dans lesquels les modalités d'information et de communication sont les plus développées à l'inverse des SAVS, services pourtant également parmi les plus récents. On observe une corrélation forte entre le fait d'avoir un projet d'établissement et l'existence de supports d'information et de participation.

Les nouvelles dispositions posées par la Loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale (du 2 janvier 2002) devraient certainement avoir des effets sur ces questions dans les mois qui viennent puisque la plupart de ces « prestations » ont désormais un caractère obligatoire.

⁹ pour 100 structures ayant un conseil d'établissement

Plus du tiers (37,4%) des établissements étaient début 2001 engagés dans une démarche qualité. Près de 20% l'envisageaient à cette époque dans un délai inférieur à 2 ans.

Parmi les établissements dans lesquels cette démarche n'était, à cette époque, ni en cours ni programmée, plusieurs ont indiqué être en attente de la promulgation de la Loi de rénovation de l'action sociale et des modalités de mise en œuvre d'évaluation qu'elle allait poser. Par ailleurs, quelques répondants remarquent que l'obligation faite de se lancer dans la démarche va permettre d'obtenir une demande de financement.

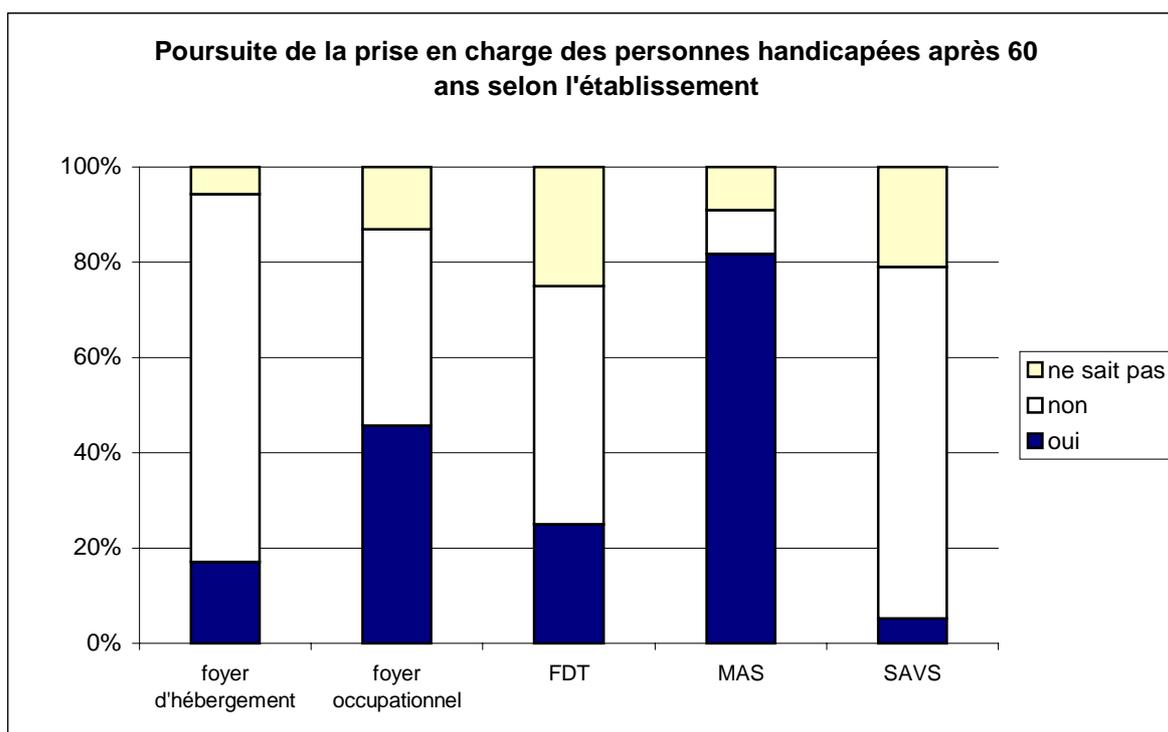


L'existence préalable d'un projet d'établissement crée un contexte favorable à l'engagement dans une démarche qualité : 68% des structures ayant un projet d'établissement ont une démarche qualité en cours ou l'envisagent dans les deux prochaines années contre 43% de ceux qui n'en ont pas.

3 – Les personnes âgées de 60 ans et plus

3.1 – La place des personnes handicapées âgées dans les établissements pour adultes handicapés

La poursuite de la prise en charge des adultes handicapés au-delà de 60 ans est en théorie possible (selon les répondants au regard de leur agrément et de la « position » de la COTOREP) dans un établissement sur trois (33%). Toutefois, actuellement, nous le verrons plus tard, seuls 20% pratiquent concrètement cet accueil.



Il y a une grande différence dans les possibilités de maintien après 60 ans dans la structure d'origine :

- dans les foyers d'hébergement et les SAVS où la prise en charge est liée à une activité professionnelle, le plus souvent en CAT, la prise en charge s'arrête dans la grande majorité des cas au moment de la retraite et donc à 60 ans (ou autour de 60 ans).
- dans les autres structures : le maintien des résidents au-delà de 60 ans est assez largement assuré dans les MAS mais très incertain dans les foyers occupationnels et surtout dans les FDT.

La moitié des établissements dans lesquels le maintien des personnes est possible au-delà de 60 ans a un projet d'établissement (c'est-à-dire la même proportion que celle observée pour l'ensemble des établissements).

Parmi eux, 2 projets seulement (l'un pour un foyer occupationnel, l'autre pour une MAS), comportent un chapitre (ou un paragraphe) présentant les services spécifiquement destinés aux personnes handicapées âgées.

Les grandes lignes de ces projets ne nous ont été transmises que pour la MAS. L'objectif fixé est de « *mieux répondre aux dépendances croissantes et aux pathologies sévères des personnes âgées reçues, de mieux accueillir et traiter les personnes âgées atteintes de formes sévères de la maladie d'Alzheimer ainsi que les malades et handicapés mentaux vieilliss* ».

Sauf exception donc, l'accueil des personnes handicapées âgées n'est pas mis en avant comme une mission de base des établissements pour adultes handicapés dans leur projet ou, du moins, la manière de réaliser cet accueil ne se distingue pas de l'ensemble de l'offre de service des établissements.

Néanmoins, il semble qu'il y ait un écart entre les contenus des projets d'établissement (quand ils existent) et le niveau de réflexion déjà atteint dans de nombreux établissements autour de cette question.

3.2 – Approche quantitative

L'objectif de cette présente étude n'est pas de quantifier les personnes handicapées âgées dans les établissements pour adultes handicapés mais d'apprécier l'accueil qui leur est réservé, les moyens mis en œuvre et les difficultés et les besoins liés à cet accueil.

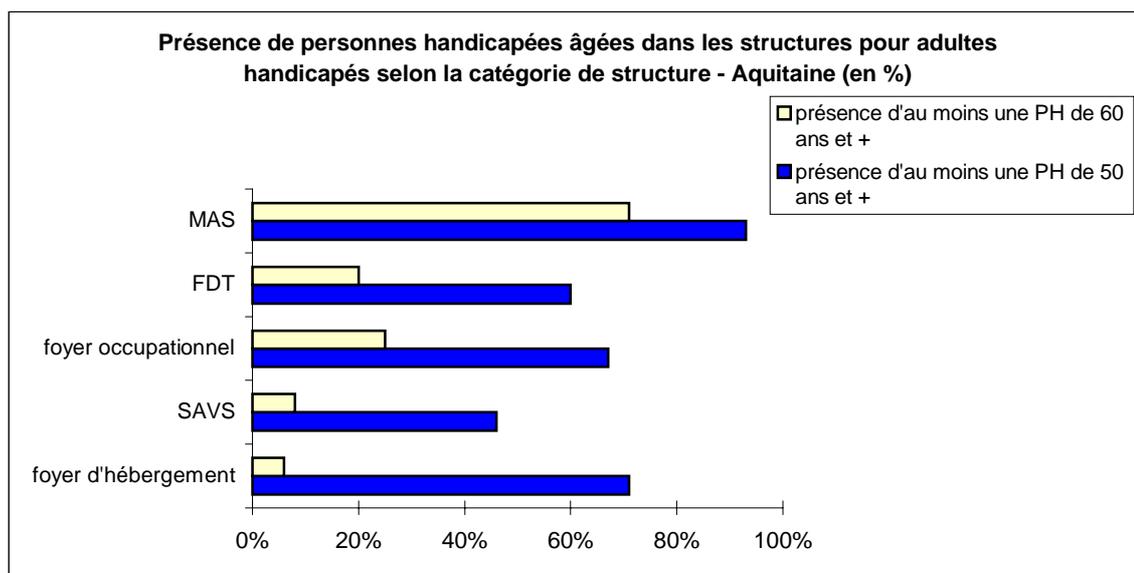
Toutefois, pour donner un cadre et préciser sur quelle population portent ces résultats, un rappel des données issues de l'étude quantitative paraît utile.

Extrait de « Les personnes handicapées âgées en Aquitaine : approche quantitative 2001-2011 ? »¹⁰

... Dans les établissements pour adultes handicapés

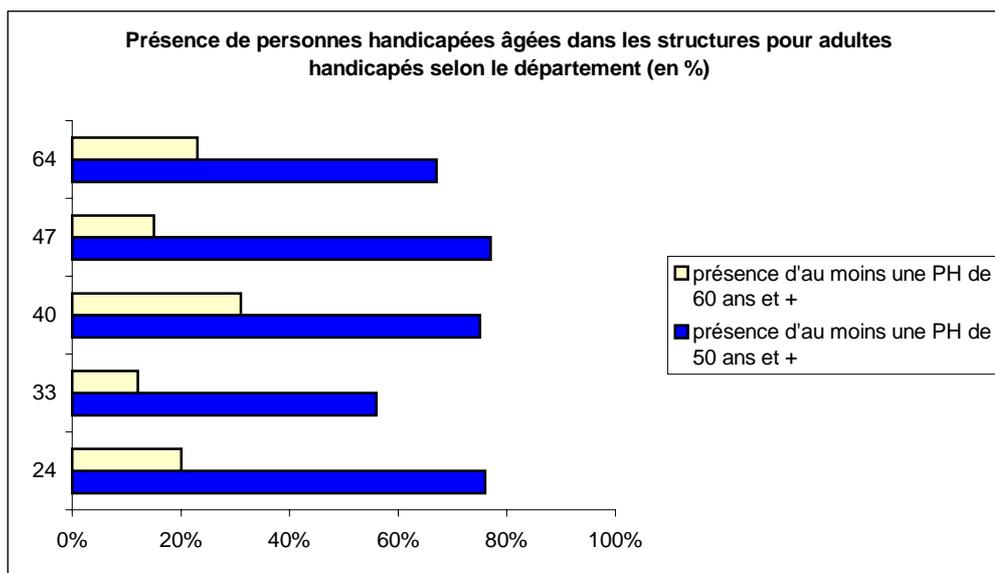
Situation en 2001

De nombreux établissements pour adultes handicapés sont concernés par l'accueil des personnes handicapées âgées : 66% prennent en charge au moins une personne âgée de 50 ans ou plus et, parmi eux, 19% accueillent au moins une personne âgée de 60 ans ou plus. Ce sont les MAS qui sont les plus nombreuses à être confrontées à la prise en charge de ces publics.



¹⁰ Etude réalisée par Bénédicte MARABET, CREAHI d'Aquitaine en collaboration avec la DRASS d'Aquitaine, février 2002, 49 pages.

Seule la situation en 2001 est reprise ici. Pour les projections à l'horizon 2011, se reporter à l'étude référencée ci-dessus.



Actuellement, 13% des personnes accueillies dans les établissements pour adultes handicapés sont âgées d'au moins 50 ans, soit au total près de 800 personnes au niveau régional.

En extrapolant à l'ensemble de la région, les structures par âge obtenues dans les établissements pour adultes handicapés ayant répondu, on constate que, en 2001, 653 personnes sont âgées de 50 à 59 ans et 127 personnes sont âgées de 60 ans et plus

⇒ La Dordogne se distingue des autres départements avec une proportion de personnes de 50 ans et plus supérieure à 23%

⇒ En terme de catégorie d'établissement, on observe que les foyers occupationnels concentrent la moitié des personnes âgées de 50 ans et plus accueillies dans les établissements pour adultes handicapés.

Estimation du nombre de personnes handicapées âgées dans l'ensemble des établissements pour adultes handicapés selon le département en 2001

	Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et-Garonne	Pyrénées-Atlantiques	Aquitaine
Capacité totale	1 072	1 790	929	827	1 456	6 074
Nb de personnes de 50-59 ans <i>et %</i>	222 - 20,7%	144 - 8,0%	53 - 5,7%	57 - 6,9%	177 - 12,2%	653 - 10,8%
Nb de personnes 60 ans et + <i>et %</i>	27 - 2,5%	16 - 0,9%	31 - 3,3%	4 - 0,5%	49 - 3,4%	127 - 2,1%

Estimation du nombre de personnes handicapées âgées dans l'ensemble des établissements pour adultes handicapés selon la catégorie en 2001

	Foyers d'hébergement	SAVS	Foyers occupationnels	FDT	MAS	Ensemble
Capacité totale	1 904	1 096	2 099	313	662	6 074
Nb de personnes de 50-59 ans <i>et %</i>	226 - 11,9%	54 - 4,9%	286 - 13,6%	17 - 5,4%	70 - 10,6%	653 - 10,8%
Nb de personnes 60 ans et + <i>et %</i>	11 - 0,6%	6 - 0,5%	95 - 4,5%	1 - 0,3%	14 - 2,1%	127 - 2,1%

Les données présentées dans les tableaux ci-dessus portent sur l'ensemble des établissements aquitains et pas seulement sur l'échantillon de répondants

3.3 Les établissements n'accueillant pas de personnes de 60 ans et plus

Actuellement, plus des trois-quarts des établissements n'accueillent pas des personnes âgées de 60 ans et plus. Plus de la moitié (55%) ne pourront pas garder les usagers au-delà de cet âge et 12% ne savent pas encore s'ils pourront ou non continuer à accueillir ces personnes.

Tableau 7 - Raisons pour lesquelles les établissements ne reçoivent pas de personnes de 60 ans et plus (en % calculés sur ceux qui n'en accueillent pas)

	Foyer d'hébergement	Foyer occupationnel	MAS - FDT	SAVS	ENSEMBLE
La situation ne s'est pas présentée	59,1	46,7	100,0	61,1	52,9
Refus de la COTOREP	22,7	26,7	28,6	5,6	18,4
L'établissement ne peut assurer la prise en charge	68,2	36,7	14,2	38,9	39,1

Des commentaires faits par les répondants viennent apporter un éclairage sur l'impossibilité à garder les personnes handicapées :

⇒ **dans les foyers d'hébergement et les SAVS** : la prise en charge est liée à l'activité professionnelle du bénéficiaire et prend fin quand celui-ci se met à la retraite. Outre les questions réglementaires et la fin du financement de cette prise en charge par les conseils généraux quand la personne handicapée atteint 60 ans, trois principaux obstacles peuvent être repérés :

- *l'absence de personnels éducatifs pendant les heures de travail*, aucun accompagnement ne peut être offert dans cette configuration aux retraités. Certains répondants dans les SAVS disent avoir demandé un agrément (ou y réfléchir) permettant d'élargir les interventions aux personnes n'ayant plus d'activité professionnelle
- *l'inadaptation de la prise en charge*, au sens large du terme, aux personnes handicapées vieillissantes : personnels pas suffisamment nombreux ou pas suffisamment formés, besoin de médicalisation croissant qui ne peut être suivi des moyens nécessaires, configuration des locaux
- *les listes d'attente des jeunes « amendements Creton »* pour lesquels l'admission est conditionnée par le départ des travailleurs atteignant l'âge de la retraite

⇒ **dans les foyers occupationnels** : la majorité des établissements évoquent leur agrément selon lequel le 60ème anniversaire marque la fin de la prise en charge, certains étant même positionnés sur une tranche d'âge plus restreinte avec une vocation spécifique d'intégration socio-professionnelle.

D'autres raisons plus particulièrement liées au vieillissement des usagers et aux besoins en découlant sont aussi avancées : la formation du personnel, les taux d'encadrement, l'inadaptation des locaux et la non-médicalisation de la structure.

⇒ **dans les FDT-MAS** : l'agrément s'arrêtant à 60 ans est le motif cité par les FDT. Pour les MAS, deux soucis prédominant : faire entrer les « Cretons » et répondre à l'évolution des besoins des résidents les plus âgés auxquels la structure ne peut plus faire face.

Dans la plupart des cas, quand ce maintien est impossible après 60 ans les structures utilisent les ressources locales et/ou ont engagé une réflexion en leur sein pour développer leurs propres réponses.

Tableau 8 - Solutions des établissements pour les personnes handicapées ne pouvant pas rester après 60 ans

	Foyer d'hébergement	Foyer occupationnel	MAS - FDT	SAVS
	<i>Nb d'étab ne pouvant garder les personnes après 60 ans : 27 Nb d'étab ayant des solutions ou des projets pour ces personnes : 15</i>	<i>Nb d'étab ne pouvant garder les personnes après 60 ans : 18 Nb d'étab ayant des solutions ou des projets pour ces personnes : 16</i>	<i>Nb d'étab ne pouvant garder les personnes après 60 ans : 3 Nb d'étab ayant des solutions ou des projets pour ces personnes : 3</i>	<i>Nb d'étab ne pouvant garder les personnes après 60 ans : 14 Nb d'étab ayant des solutions ou des projets pour ces personnes : 7</i>
1	Maison de retraite (5 étab)	Maison de retraite (5 étab)	Maison de retraite (3 étab)	Maison de retraite (4 étab)
2	Maison de retraite spécialisée pour personnes dépendantes ou handicapées (4 étab)	Maison de retraite spécialisée pour pers. dépendantes ou handicapées (4 étab)		
3	Préparation au départ vers maison de retraite, placement familial, « appartement communautaire » avec l'appui d'un SAVS (3 étab)	Solutions au « cas par cas » (2 étab)		Maintien à domicile avec des services pour personnes âgées (2 étab)
4	Mise à contribution de la famille (2 étab)	MAS (1 étab)		Mise à contribution de la famille (2 étab)
5	Réflexion en cours (4 étab) dont 1 projet création structure spécifique	Réflexion en cours (5 étab) dont 1 projet de FDT et 1 projet de petit collectif pour personnes handicapées vieillissantes		Réflexion autour de projets (5 étab) : unités pour personnes handicapées vieillissantes (3), lieu de vie transitoire avant l'entrée en maison de retraite (1) et extension agrément SAVS pour suivre personnes handicapées âgées (1)

Pour leurs résidents âgés, la première solution à laquelle ont recours les établissements pour adultes handicapés est l'orientation vers les maisons de retraite.

Les opinions quant à la pertinence de ce type de réorientation sont assez mitigées. Des directeurs d'établissements qui en ont fait l'expérience signalent de très bonnes adaptations à cette nouvelle prise en charge, d'autres sont plus réservés et citent deux obstacles majeurs :

- le décalage entre les générations, souvent de plus 20 ans entre les personnes handicapées et les personnes âgées. *Mais il est parfois difficile de dire en quoi il est plus gênant que le décalage qui existe dans les établissements pour adultes dont l'agrément couvre souvent une période de 40 ans (de 20 à 60 ans).*
- l'absence d'approche éducative dans les maisons de retraite ce qui crée une rupture avec le type d'accompagnement dont la personne handicapée avait bénéficié jusqu'alors.

Le second point important à souligner est la mobilisation des professionnels et/ou des gestionnaires autour de cette question. Beaucoup d'établissements se sont lancés dans une réflexion sur l'avenir de leurs résidents (ou bénéficiaires) avec, pour axe principal, la création d'un nouveau service, la plupart du temps une déclinaison de la formule « petite unité pour personnes handicapées vieillissantes ».

Le recours à la famille apparaît dans les structures accueillant les personnes les plus autonomes, foyers d'hébergement et SAVS, solution qui semble hautement précaire compte tenu de l'âge des parents d'un adulte arrivant à l'âge de la retraite.

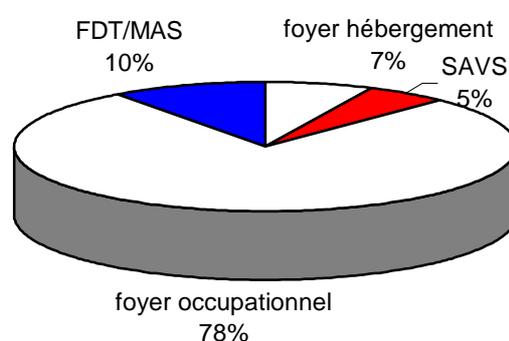
Le souci de préparer le passage d'un mode de vie à un autre ou de développer des solutions transitoires avant une entrée en maison de retraite, par exemple, est également présent.

Nous reviendrons plus en détail sur les projets développés ou en gestation dans ces établissements à l'intention des personnes handicapées âgées dans la dernière partie de ce rapport (chapitre 6). Notons toutefois que les réflexions en cours n'ont pas encore toutes débouché sur des projets même à l'état embryonnaire.

4 – La prise en charge des personnes handicapées âgées

Sur les 115 questionnaires exploités dans cette étude, 25 concernent des établissements ayant au moins 1 usager de 60 ans et plus. Ce chapitre et le chapitre 5 portent donc uniquement sur ce sous-ensemble.

Répartition des personnes de 60 ans et + dans les établissements pour adultes handicapés - Aquitaine 2001



Actuellement, en Aquitaine, ce sont les foyers occupationnels qui assurent la plus grande part dans la prise en charge des personnes handicapées de 60 ans et plus. Les autres établissements sont beaucoup plus rarement concernés : les foyers d'hébergement et SAVS parce qu'ils réorientent les personnes retraitées, les MAS et FDT parce que ce sont des établissements relativement récents et dont les usagers sont donc en moyenne plus jeunes.

4.1 - Hébergement, aménagement des locaux et aides techniques

Dans la très grande majorité des cas, les personnes handicapées âgées de 60 ans et plus sont hébergées sans distinction avec les autres usagers, le plus souvent en chambre individuelle. Les structures les accueillant dans une section séparée (12%) sont toutes des foyers occupationnels.

Le nombre moyen de personnes handicapées âgées par établissement concerné, relativement faible (moins de 4), en est probablement la principale raison.

De plus, comme nous l'avons vu, cette population n'a pas de place à part dans les projets d'établissements. Un hébergement distinct n'a donc pas été envisagé pour elle.

Des aménagements de locaux ont rarement été réalisés ; 3 établissements sont concernés sur 28 – 2 foyers occupationnels et une MAS. De même, des aides techniques ont été très peu mobilisées, 2 établissements y ont eu recours.

Les adaptations mises en œuvre consistent en :

- construction permettant d'accueillir de manière distincte les personnes handicapées âgées (construction d'un pavillon d'une part, aménagement de chambres particulières d'autre part)
- aménagements divers : plan incliné, salle de bains adaptée, rambardes, parcours de santé...
- aides techniques pour personnes atteintes de cécité

Aucun de ces aménagements n'a bénéficié d'un financement spécifique au titre de la prise en charge des personnes handicapées âgées.

4.2 – Les moyens humains

Mis à part deux établissements ayant pour vocation de recevoir des personnes handicapées « vieillissantes », aucune structure ne déclare avoir de personnel spécifiquement attaché à la prise en charge de cette population.

Les personnels présents dans les établissements interviennent indifféremment auprès des résidents quel que soit leur âge (ce qui ne veut évidemment pas dire que l'âge du bénéficiaire n'entre pas en ligne de compte dans leur approche).

4.2.1 – Les plateaux techniques

Les composantes des plateaux techniques dans les établissements où il y a des personnes handicapées âgées n'apparaissent pas, de fait, différentes des établissements qui n'en reçoivent pas.

Les établissements contribuant à l'accueil des publics handicapés âgés ont, néanmoins, identifié des compétences qu'il faudrait introduire ou renforcer pour réaliser cet accueil dans de meilleures conditions. **Ces besoins seront analysés dans le chapitre 5.**

Les plateaux techniques des établissements ayant au moins un usager âgé de 60 ans et plus ont été approchés **en terme d'équivalent temps plein pour 100 personnes prises en charge**². *Il est difficile de comparer ces chiffres à ceux de l'ensemble des établissements de la même catégorie car les consignes de remplissage ne semblent pas avoir été respectées dans un certain nombre de questionnaires. Les grilles recensant le nombre de postes n'ont pas toujours été remplies dans leur exhaustivité. Il est donc vraisemblable que les données obtenues sous-estiment l'emploi réel dans ces établissements.*

² Les personnels qui ne sont pas directement attachés à la prise en charge des personnes accueillies (administratifs, services généraux...) n'apparaissent pas dans ce décompte.

Tableau 9 - Les personnels médico-psychologiques
taux moyen d'encadrement pour 100 places en ETP

	Foyer d'hébergement	Foyer occupationnel	MAS - FDT
Généraliste	-	0,02	0,8
Gériatre	-	-	-
Psychiatre	0,8	0,1	0,5
Rééducation fonctionnelle	-	-	-
Psychologue ³	0,5	0,2	0,7
Surveillante	-	-	1,02
TOTAL	1,3	0,32	3,02

Tableau 10 - Les personnels paramédicaux
taux moyen d'encadrement pour 100 places en ETP

	Foyer d'hébergement	Foyer occupationnel	MAS - FDT
Infirmier	1,3	2,9	8,9
Aide-soignant	1,9	2,4	39,7
Kinésithérapeute	-	0,1	1,6
Psychomotricien	-	0,3	1,3
Orthophoniste	-	-	0,3
Ergothérapeute	-	0,3	0,4
Autres	-	-	0,5
TOTAL	3,2	6,0	52,7

Tableau 11 - Les personnels socio-éducatifs et d'animation
taux moyen d'encadrement pour 100 places en ETP

	Foyer d'hébergement	Foyer occupationnel	MAS - FDT
Educateur spécialisé	17,3	3,9	1,3
Moniteur-éducateur	13,5	12	9,1
Aide médico-psychologique	2,9	12,6	12,1
Animateur	-	1,7	1,9
Conseiller ESF	-	0,4	-
Educateur technique	-	1,3	-
Garde-malades	-	9,6	1,8
Autres	-	2	-
TOTAL	33,7	43,5	226,2

³ Les emplois de psychologues recensés sont en théorie ceux qui interviennent auprès des personnes handicapées et non pas auprès des équipes

Un premier constat peut être fait : aucun gériatre, médecin spécialiste de la personne âgée, n'intervient à l'heure actuelle dans ces établissements.

D'après les chiffres (dont la fiabilité n'est peut-être pas assurée en totalité), les foyers occupationnels qui comptent le plus de personnes handicapées âgées sont très peu médicalisés, ce qui peut paraître paradoxal.

Les plateaux techniques paramédicaux sont plus diversifiés. Il est prévisible que les besoins d'interventions de certains professionnels, par exemple kinésithérapie pour l'entretien des fonctions motrices ou encore aide-soignant pour le nursing, vont aller croissant avec l'avancée en âge.

En ce qui concerne le personnel éducatif, vu les chiffres apparaissant pour les foyers d'hébergement, il est possible qu'il y ait eu une confusion avec le personnel intervenant en CAT. Les foyers occupationnels se distinguent par leur fort investissement pour mettre en œuvre leur mission éducative qui n'apparaît, par contre, qu'au second plan en MAS et FDT (d'autant plus que certaines MAS ont fait un choix du recrutement orienté vers les aides-soignants au détriment des aides médico-psychologiques).

Quelques établissements (autour de 18%) ont établi des partenariats pour réaliser la prise en charge de leurs publics.

Ainsi, certains ont indiqué avoir recours à des praticiens et paramédicaux libéraux : généralistes, kinésithérapeutes, infirmières... La mobilisation d'un service d'aides-ménagères est aussi signalée.

Un établissement travaille également en lien avec un organisme de loisirs (organisation de séjours, transferts, sport adapté et accueil en famille...).

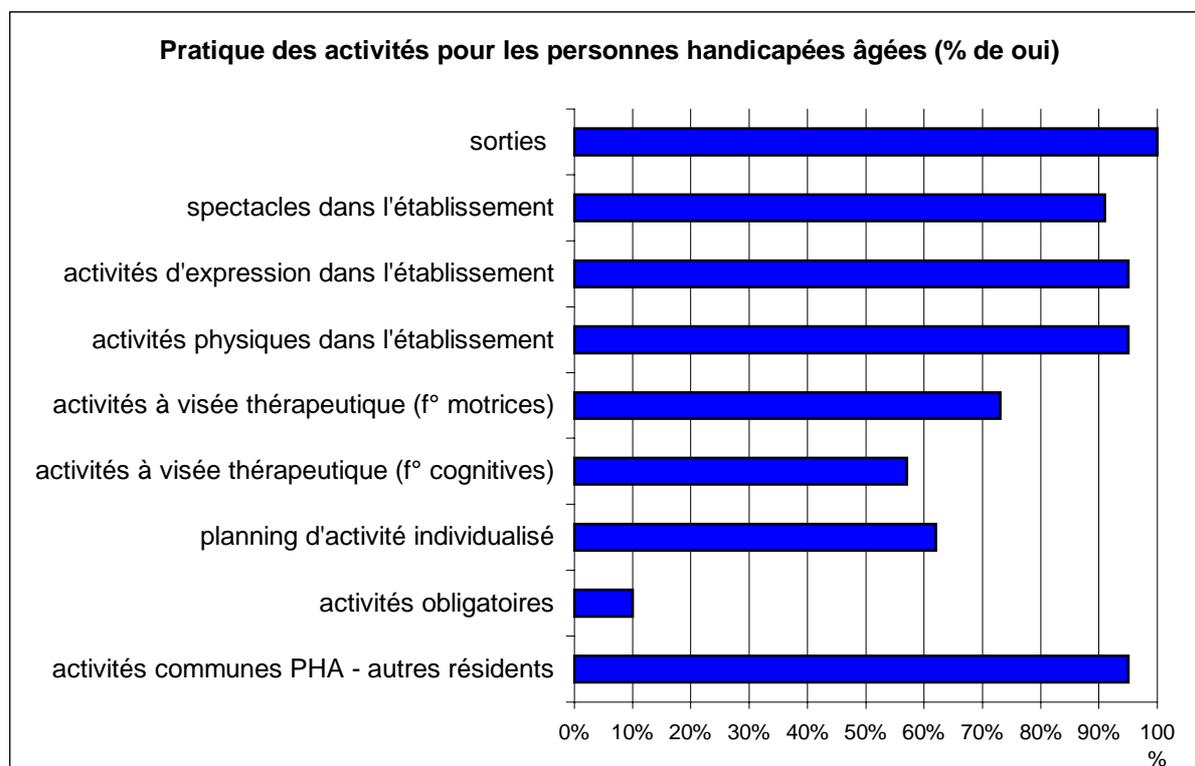
4.2.2 – La formation des personnels

La formation des personnels est un souci très présent puisque 84% des établissements accueillant des personnes handicapées âgées disent avoir un plan pluriannuel de formation. Toutefois, parmi eux, seuls 30% ont abordé à travers cette formation des thématiques relatives aux personnes handicapées âgées parmi lesquelles (en ordre décroissant des réponses citées) :

- la communication avec les personnes handicapées âgées
- les aspects psychopathologiques du vieillissement
- la manutention des personnes
- le vieillissement physiologique
- l'accompagnement des mourants
- la mort, le deuil

Comme pour les aménagements de locaux, les actions de formation concernant cette population n'ont pas entraîné de financement spécifique. Ici encore, il faut interpréter ces chiffres au regard du faible nombre de personnes handicapées âgées accueillies dans chaque établissement.

4.3 – L'organisation de la prise en charge



D'une manière générale, peu de différences existent d'une catégorie d'établissement à l'autre dans la manière d'appréhender l'organisation des activités.

Quelques principes sont la règle à peu près partout :

- les personnes handicapées âgées et les autres pratiquent **ensemble** les activités proposées par l'établissement
- chaque établissement dispose d'une palette interne d'activités de loisirs, diversifiée autour de trois grandes catégories : activités physiques, activités d'expression, spectacles/animation
- des sorties sont organisées par tous les établissements
- les activités n'ont que très rarement un caractère obligatoire ; certains établissements signalent, que sans être obligatoires des activités peuvent être inscrites au projet individuel de la personne. Pour autant, les personnes handicapées n'ont pas toutes un planning d'activité réellement individualisé. *Il est vrai que des contraintes existent pour réellement mettre en œuvre ce type de projet : limitations du nombre de places pour certaines activités, taux d'encadrement par du personnel éducatif à respecter...*

Par contre, différentes approches existent sur la mise en place des activités à visée thérapeutique ; différences qui peuvent être reliées à la finalité de l'établissement et aux besoins de leurs publics :

- les activités visant la préservation des fonctions cognitives sont mises en œuvre dans tous les FDT et les MAS et seulement dans le tiers des autres établissements

- les activités visant la préservation des fonctions motrices sont également mises en œuvre dans l'ensemble des MAS et des FDT et dans 60% des autres établissements

Dans les MAS et FDT, la préservation des capacités compte parmi les objectifs prioritaires et mobilise la plus grande partie de l'équipe.

En foyers occupationnels ou d'hébergement, cette mission, si elle existe, prend une place moins importante, les personnes accueillies présentant des atteintes moins lourdes et subissant des dégradations de leur état de santé moins rapides.

5 – Les difficultés liées à l'accueil des personnes handicapées âgées et les besoins pour l'amélioration de cet accueil

5.1 – Les difficultés

Les 3 principales difficultés liées à l'accueil des personnes handicapées âgées sont :

en premier lieu

- **les besoins croissants de médicalisation** (63% des réponses exprimées), cette difficulté prend un caractère particulièrement aigu dans les établissements non-médicalisés comme les foyers occupationnels (surtout au regard des ETP médicaux qui sont très peu représentés dans ces établissements)

puis en second lieu

- **l'adaptation des activités au rythme de ces publics** (47%) et
- **l'insuffisance numérique du personnel** (47% également), difficulté qui vient évidemment renforcer les 2 premières. En effet, l'augmentation des besoins en terme de soins et l'instauration de nouveaux rythmes chez ces personnes handicapées âgées (rythmes plus lents générant un besoin d'aide plus fréquent ou d'accompagnement plus intense) ont pour conséquence de solliciter davantage les personnels dont le nombre n'a pas été prévu pour ce type de public.

Un écart se crée donc entre les besoins des personnes handicapées âgées et les réponses que les établissements sont en mesure de produire.

Les autres difficultés repérées sont :

- ✓ **la configuration des locaux** (37%), surtout citée par les foyers occupationnels et les FDT, que l'on peut mettre en relation avec **la réduction de la mobilité** de la personne (32%)
- ✓ **l'insuffisante formation des personnels** aux problématiques des personnes handicapées âgées (32%)
- ✓ **la cohabitation entre les résidents** âgés et moins âgés (32%), la différence d'âge est rendue problématique et difficile à gérer en raison des différences de rythme évoquées ci-dessus.

Certains établissements évoquent, par ailleurs, la difficulté des équipes à accepter ce vieillissement car sa prise en charge entraîne des approches qui vont à l'encontre des projets développés jusqu'à lors. La prise en charge des personnes handicapées âgées nécessite des adaptations constantes du projet individuel et une réorientation significative des projets d'établissement.

Outre le fait que le personnel doit être suffisamment nombreux pour pouvoir assurer cette transition, il doit pouvoir faire face à de nouvelles sollicitations : évolution des

comportements et des relations interpersonnelles, troubles psychiques associés au vieillissement, prise en charge de la dépendance et gestion de la fin de vie.

Par ailleurs, un autre souci apparaît en trame de fond dans plusieurs établissements : le vieillissement des parents parallèle à celui de leur enfant. Une gestion prévisionnelle de ce vieillissement est préconisée en préparant la personne handicapée à la séparation (séjours en famille rendus progressivement impossibles en raison de l'état de santé des parents), puis à la mort et au deuil. Cette approche constitue souvent un nouvel aspect de la prise en charge auquel il faut former les équipes.

5.2 – Les besoins

Un tiers environ des établissements recevant actuellement au moins une personne handicapée âgée aurait besoin de renforcer leur plateau technique. Certains établissements n'ont pas exprimé de besoins car ils ne sont pas favorables au maintien des personnes handicapées âgées dans leur structure. Ils continuent d'en assurer l'accueil dans l'attente d'une solution satisfaisante mais sans souhaiter s'investir de manière pérenne dans l'organisation de cet accueil.

5.2.1 – Les besoins en terme de ressources humaines

En terme de temps de travail, les besoins exprimés ne paraissent pas importants mais les attentes « *offrir un accompagnement quotidien plus personnalisé* », alliées au souci de la qualité de la prise en charge mise en œuvre, sont fortes.

Il faut souligner, en outre, que ces besoins ont été quantifiés en fonction de la situation présente et la montée en charge de la population âgée handicapée ne pourra que les amplifier.

Ce qui nous semble donc important ici, plus que les chiffres, ce sont les perspectives ouvertes par les enrichissements de ces plateaux techniques et les possibilités de travailler autrement offertes aux établissements.

Tableau 12 - Emplois médico-psychologiques supplémentaires souhaités pour la prise en charge des personnes handicapées âgées (en équivalent temps plein)

	Foyer occupationnel	MAS	FDT
Généraliste	0,31	0,2	-
Gériatre	0,05	-	0,04
Psychiatre	0,01	0,2	-
Rééducation fonctionnelle	-	-	0,5
Psychologue	0,2	0,2	0,5
TOTAL	0,57	0,6	1,04

Quelles sont les prestations qui pourraient découler de l'arrivée de ces nouvelles compétences ?

- **une coordination des soins au quotidien**, suivi des dossiers, préparation des médicaments, accompagnement lors des visites médicales à l'extérieur
- **une surveillance accrue des paramètres de santé** et un développement des soins préventifs des effets du vieillissement
- **un encadrement gériatrique de l'ensemble de l'équipe** pour lui permettre d'évoluer dans la prise en charge du vieillissement, notamment lorsqu'il est lié à certaines pathologies (ex : autisme), **ainsi que de la pratique de certains professionnels** (kinésithérapeute, psychologue...).

Avec le renforcement de l'équipe paramédicale, ce qui est attendu en premier lieu c'est de pouvoir **améliorer le confort de vie des personnes handicapées âgées** et de **veiller à la préservation de leurs fonctions**.

Tableau 13 - Emplois paramédicaux supplémentaires souhaités pour la prise en charge des personnes handicapées âgées (en équivalent temps plein)

	Foyer occupationnel	MAS	FDT
Infirmier	1,6	-	-
Aide-soignant	2	-	-
Kinésithérapeute	1,1	0,5	-
Psychomotricien	0,2	0,8	-
Orthophoniste	-	0,2	-
Ergothérapeute	-	1	-
Autres			
TOTAL	4,9	2,5	-

Les répondants signalent deux aspects de la prise en charge qui vont entraîner plus d'interventions :

- **le « prendre soin » au quotidien** : le nursing, la toilette, les soins locaux, le suivi alimentaire...
- **l'entretien du corps et des capacités cognitives avec pour objectif le maintien des acquis** qui nécessitent des approches pluridisciplinaires : kinésithérapie, ergothérapie, orthophonie...

Par ailleurs, une mobilisation autour de l'accompagnement de fin de vie, quand elle est envisagée dans la structure d'accueil actuelle, est également une préoccupation. Pour les répondants, elle concerne tous les professionnels mais en priorité ceux du secteur paramédical.

Ces établissements pour adultes handicapés, même si certains sont médicalisés, ont tous une vocation éducative autour de laquelle ils souhaitent toujours pouvoir assurer leur prise en charge quel que soit l'âge des personnes accueillies.

Tableau 14 - Emplois éducatifs supplémentaires souhaités pour la prise en charge des personnes handicapées âgées (en équivalent temps plein)

	Foyer occupationnel	MAS	FDT
Educateur spécialisé	-	1	-
Moniteur-éducateur	-	-	-
Aide médico-psychologique	5	-	-
Animateur	-	-	-
Assistant social	-	0,5	-
TOTAL	5	1,5	-

Les répondants souhaitent que l'équipe éducative intervenant auprès des personnes handicapées âgées continue à **travailler dans la même logique que celle qui a prévalu jusqu'à lors sur le mode d'un accompagnement individualisé** avec 3 axes principaux :

- ✓ mise en œuvre d'activités d'animation adaptées aux résidents
- ✓ stimulation et maintien des acquis
- ✓ aide à la gestion du temps

5.2.2 – Les autres besoins

Quelques établissements sont en train de réfléchir au développement de nouvelles prestations qui pourraient faciliter la prise en compte des personnes handicapées âgées.

- Trois idées prédominent :
- diversifier les modes de prise en charge
 - travailler en réseau
 - développer des réponses qui permettent aux personnes handicapées âgées de s'adapter progressivement à un nouveau cadre de vie

A titre d'exemple, nous pouvons retenir :

- ✓ **un travail partenarial avec les maisons de retraite** (dont MARPA et MAPAD) et les logements-foyers pour tisser autour de l'établissement d'accueil actuel un réseau d'accueil diversifié
- ✓ **le développement de l'accueil modulé**, temporaire, séquentiel, de jour, d'urgence ou en famille, des services d'accompagnement à domicile pour prévenir les effets d'une séparation brutale ou d'un placement sans préparation.
- ✓ **des prestations plus spécifiques** dont notamment un dispositif d'accompagnement lors d'hospitalisation... *Cette question de l'hospitalisation*

des adultes handicapés, dont la fréquence risque logiquement d'augmenter avec l'âge, est reprise par plusieurs répondants. Les équipes soignantes des établissements hospitaliers méconnaissent souvent le handicap, ce qui a des conséquences préjudiciables pour la personne : difficultés pour son accompagnement ou dans la gestion de ses troubles (éventuels) du comportement, mauvaise estimation de ses capacités avec parfois un retour trop précoce dans l'établissement d'origine...

Ces nouvelles prestations pourraient être mises en œuvre depuis les établissements eux-mêmes. Elles constituent des axes de réflexion et de diversification des services autour desquels vont être développés par la suite un certain nombre de nouveaux projets de prise en charge des personnes handicapées âgées (dont la présentation va être faite dans le chapitre 6).

En ce qui concerne les aménagements des locaux, ils sont demandés par le tiers des établissements accueillant au moins une personne handicapée âgée.

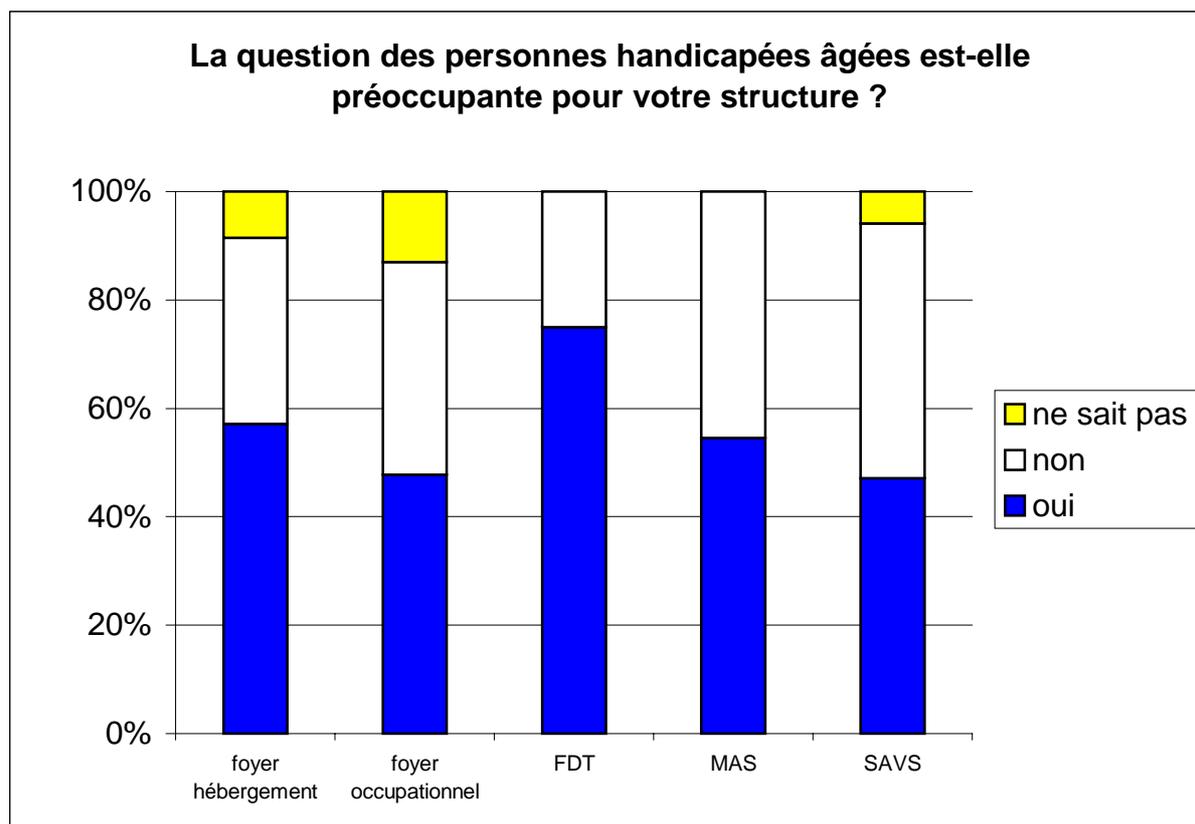
Il s'agit parfois de la restructuration totale d'un bâtiment, d'aménagement d'espaces d'accueil ou d'activité ou encore de salles de bains permettant notamment **une meilleure accessibilité ou une amélioration de la sécurité**

Dans d'autres cas, les projets sont plus techniques : domotique, médicalisation des chambres...

Comme pour les plateaux techniques, rappelons que les établissements ont évalué ces besoins au regard de la situation actuelle et que l'accroissement du nombre de personnes handicapées âgées en leur sein ne pourra que les renforcer, voire en faire surgir de nouveaux.

6 – Personnes handicapées âgées : quels projets de la part des établissements et de leur gestionnaire ?

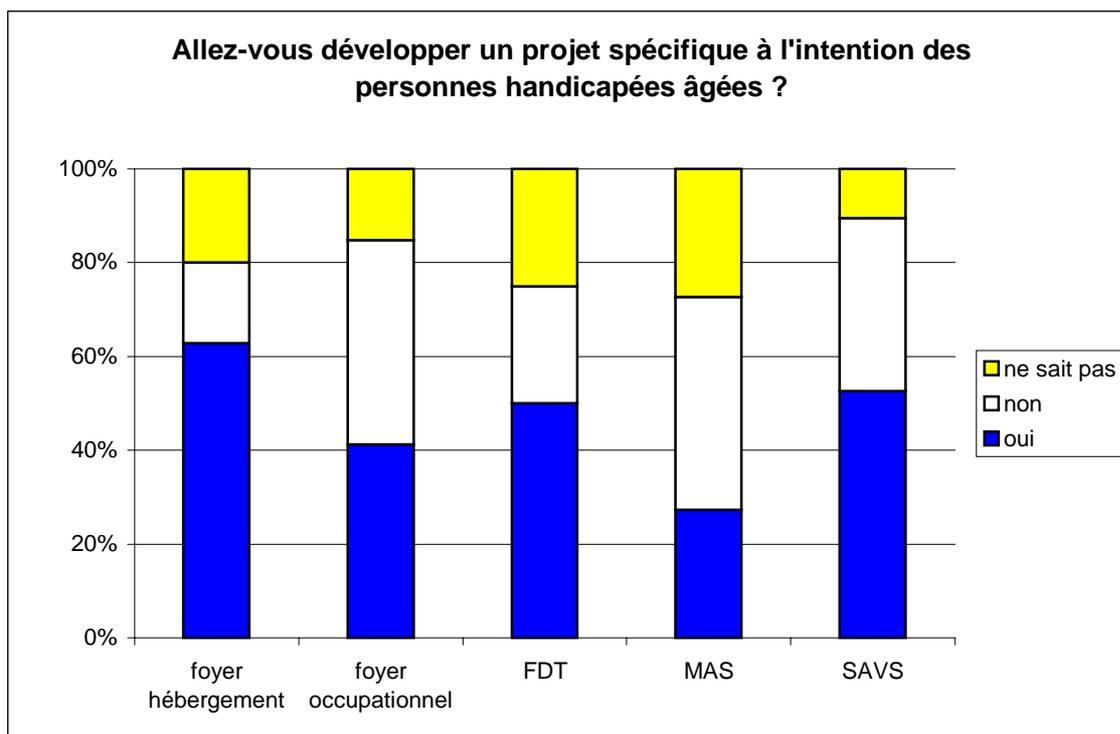
6.1 – La dynamique de conception de projets



En moyenne, la question des personnes handicapées âgées est considérée comme préoccupante par 52% des structures recevant des adultes handicapés.

Le fait que ces structures aient la possibilité « théorique » de garder les personnes prises en charge au-delà de 60 ans ne réduit pas ou n'augmente pas cette préoccupation. Si la solution n'existe pas à l'intérieur de la structure, cela implique que l'établissement assurant actuellement la prise en charge va devoir réorienter la personne, ce qui n'est pas toujours une opération aisée à mener à bien.

A l'opposé, dans les établissements déjà confrontés concrètement à la prise en charge de ces publics cette inquiétude prend de l'ampleur: 71% de « préoccupés » contre 49% dans les structures n'ayant actuellement aucune personne handicapée âgée. Parmi ces dernières structures, certaines ont une population très jeune (moins de 40 ans) soit parce qu'elles sont très récentes, soit parce qu'elles ont un agrément particulier (projet d'insertion, prise en charge limitée dans le temps...). Soit, elles ne seront jamais concernées par cette question ; soit, elles ne le seront que dans un avenir encore aujourd'hui très lointain.



Près de la moitié des établissements (48,7%) envisagent de développer un projet à l'intention des personnes handicapées âgées dans un délai de 3 ans.

Nous pouvons remarquer que le fait de s'être déclaré inquiet au sujet de la prise en charge de ces personnes stimule la production de projets leur étant destinés : 70% des « préoccupés » ont ainsi un projet en gestation. Toutefois, les « non-préoccupés » actuellement ne restent pas inactifs et préparent aussi l'avenir : 28% travaillent à un projet.

Par contre, l'existence ou non d'un **projet d'établissement** n'a pas de répercussion significative sur la préparation d'un projet de prise en charge pour les personnes handicapées âgées : 51% des structures ayant un projet d'établissement préparent un projet d'accueil pour les personnes handicapées âgées contre 47% de celles qui n'en ont pas.

6.2 – Nature des projets développés à l'intention des personnes handicapées âgées

L'ensemble de ces projets témoigne du dynamisme et de l'imagination des équipes ainsi que de leur volonté de s'impliquer dans la prise en charge des populations handicapées vieillissantes.

Ces projets, caractérisés par une grande richesse et une grande diversité, sont portés par le souci de développer des réponses spécifiques et individualisées.

Certains d'entre eux sont très avancés, devant aboutir à une ouverture prochaine au moment où a été réalisée l'enquête.

D'autres sont encore dans les premières phases de gestation et les répondants évoquent et déplorent les difficultés et les lourdeurs administratives auxquelles ils se heurtent.

Par ailleurs, plusieurs établissements sans avoir encore de projets proprement dits ont signalé qu'une « **commission vieillissement** » fonctionnait au sein de leur conseil d'administration.

⇒ Dans les SAVS, les projets sont élaborés dans 3 directions :

- **la poursuite du maintien à domicile** avec le soutien du SAVS (sous réserve qu'il obtienne une extension d'agrément pour pouvoir intervenir auprès de publics ne travaillant plus) avec la mobilisation d'aides extérieures (portage de repas, aide-ménagère...)
- **les prises en charge institutionnelles de jour ou « transitoires »** (petit lieu de vie adapté) pour préparer une admission en maison de retraite et permettre aux personnes de s'adapter progressivement à la vie en collectivité
- **la mise en place de structures d'accueil spécifiques** pour travailleurs ou retraités handicapés « vieillissants », soit autonomes, soit rattachées à un foyer occupationnel.

⇒ Dans les foyers d'hébergement, 3 types de solution sont également à l'étude :

- **création de quelques places au sein des foyers d'hébergement** (ou en annexe) **pour des résidents retraités**. Cette solution est parfois décrite comme un « maintien à domicile », le foyer d'hébergement étant le domicile habituel de la personne depuis de nombreuses années. L'objectif est de pouvoir organiser une unité de vie avec des rythmes adaptés qui permette une reconnaissance de ces personnes et qui favorise leur intégration dans l'environnement extérieur. Ce mode d'accueil peut être limité dans le temps en raison de l'accroissement des besoins médicaux ou en raison de l'agrément qui reste fixé à 60 ans (sont concernés, dans cette hypothèse, des travailleurs qui n'exercent plus leur activité à temps plein)
- **création de structures spécifiques dédiées aux personnes handicapées âgées**, dénommées soit maison de retraite, soit foyer occupationnel comportant une approche gériatrique
- **développement d'un travail en réseau** avec comme objectif annoncé la recherche de solution commune entre plusieurs structures pour adultes handicapés ou de partenariat avec une maison de retraite. Ce choix est à relier:
 - à l'environnement, il apparaît presque toujours en milieu rural
 - à la petite capacité d'accueil de la structure d'origine qui interdit les projets « en solitaire »
 - à une nécessité de complémentarité (prise en charge médicalisée en maison de retraite pour un établissement n'ayant pas de moyens sur ce plan-là)

Par ailleurs, plusieurs foyers d'hébergement disent être confrontés aux manifestations du « vieillissement » (fatigabilité, désintérêt pour le travail) chez des résidents travailleurs handicapés parfois dès 45 ans ⁴. Ce qui pose la nécessité de changer de mode de prise en charge bien avant 60 ans, notamment en développant le travail à temps partiel et l'accueil « occupationnel » de jour...

➔ **Dans les foyers occupationnels**, on retrouve également une logique à 3 volets :

- **développement de réponses au sein de la structure actuelle de prise en charge** :
 - soit, à caractère transitoire, en « humanisant » et adaptant les conditions d'hébergement tout en préparant l'admission en maison de retraite
 - soit, dans la perspective d'assurer l'accompagnement le plus longtemps possible, par la création des places réservées aux résidents handicapés âgés dont certaines pourront être médicalisées (section FDT)
- **création de structures spécifiques** soit maison de retraite, soit foyer occupationnel accueillant uniquement des personnes handicapées âgées (certains de ces projets sont envisagés en partenariat avec d'autres associations).
- **concertation et partenariat avec des acteurs hors du champ du handicap** pour proposer des prises en charge, évoluant avec les besoins mais sans créer de ruptures, avec les services des municipalités, notamment les centres d'accueil de jour pour personnes âgées, et les maisons de retraite

En outre, certains foyers occupationnels, à l'instar des foyers d'hébergement, soulignent qu'il ne faut pas confondre vieillesse et vieillissement. Ce dernier n'est pas toujours en lien avec l'âge et constitue un processus auquel il faut faire face, parfois très tôt.

➔ **Dans les MAS et FDT**, les projets recensés sont moins nombreux car l'approche médicalisée de ces établissements permet de continuer à assurer la prise en charge répondant à l'évolution des nouveaux besoins en matière de soin des résidents.

Les solutions recherchées s'inscrivent dans le long cours et s'articulent autour de la poursuite de la prise en charge dans le cadre de vie actuel, avec éventuellement la mise en place d'une section adaptée.

Une MAS nous a joint son projet déclinant 3 priorités dans l'organisation d'une telle section : complémentarité avec les autres sections de la structure, coordination des diverses activités autour de pôles (cognitif, culturel, corporel) ayant des fonctions de régulation et de théorisation et vigilance particulière autour des soins (observation, mise en place de protocole, recherche de qualité etc...).

Dans ces établissements, la question de l'âge pose problème mais c'est plus encore le vieillissement précoce lié à la lourdeur des pathologies et à leur évolution rapide qui est

⁴ voir à ce sujet Didier LESTRAT

« *Etude sur le vieillissement des travailleurs handicapés en CAT* », mémoire DESS gestion des activités sanitaires et sociales, Université Bordeaux II et Bordeaux IV, CREAHI d'Aquitaine, septembre 2001, 75 pages

préoccupant (problème décrit dans tous les établissements mais qui prend une intensité particulière dans les MAS/FDT). Il met l'établissement devant la nécessité impérative de renforcer les soins médicaux et paramédicaux et aussi de mettre en œuvre une politique efficace de prévention.

6.3 – Les tendances marquantes caractérisant ces projets

On peut distinguer 3 axes principaux :

- **la continuité de la prise en charge** au sein de la structure avec des adaptations, le plus souvent sous forme d'une unité distincte
- **la création d'une nouvelle structure spécifique** à l'initiative, le plus souvent, du gestionnaire de la structure d'origine
- **l'utilisation des autres ressources locales** en réalisant des prises en charge conjointes (ex : SAVS + service d'aide à domicile ou encore foyer + centre d'accueil de jour pour personnes âgées)

Parfois, ces différents axes s'imbriquent pour donner naissance à des projets mettant en jeu plusieurs acteurs, ou comportant plusieurs étapes : création d'une structure en partenariat avec d'autres établissements pour adultes handicapés, poursuite de la prise en charge en interne en mettant en œuvre des procédures de passage progressives vers une autre structure, particulièrement maison de retraite.

Il faut noter que les projets devant se développer dans le cadre de partenariats ne sont pas les plus nombreux mais existent et occupent une place non négligeable.

Enfin, un fil conducteur apparaît à travers l'ensemble de ces projets : le souci, parfois clairement exprimé, parfois implicite, **de pouvoir mettre à disposition des personnes handicapées âgées et de leur famille une gamme diversifiée de réponses spécifiques et individualisées.**

On le voit bien à travers l'analyse des projets élaborés en fonction des catégories d'établissements : il n'y a pas de modalité d'accueil unique qui soit promue au détriment de toutes les autres.

Conclusion

Cette étude, **sans apporter de réelles révélations sur la prise en charge des personnes handicapées âgées**, a permis la réalisation d'un état des lieux de ce qui se fait en Aquitaine, un inventaire des difficultés rencontrées et la mise en évidence qu'une mobilisation des professionnels et des gestionnaires est déjà bien engagée dans notre région.

Rappelons quelques chiffres qui témoignent de cette mobilisation : participation à l'enquête proche de 70%, problème jugé préoccupant pour 52% et projets en cours de préparation dans 49% des structures.

Vu les tendances démographiques qui s'annoncent, cette mobilisation ne pourra aller qu'en s'amplifiant dans les années à venir.

Plutôt que de décrire par le menu des expériences « innovantes », l'axe de travail a plutôt consisté à mettre en évidence :

- le positionnement des établissements pour adultes handicapés vis-à-vis de la question des personnes handicapées âgées,
- les ressources et forces vives en présence,
- les besoins pour continuer des actions déjà en cours ou pour faire « plus » ou « autrement ».

Le métier originel des établissements pour adultes handicapés, les moyens humains et matériels dont ils disposent ne sont pas vraiment conçus pour l'accueil des personnes handicapées âgées. Pour continuer à prendre en charge cette population, les équipes vont devoir accepter une remise en cause du projet d'établissement ou, au moins, sa réorientation car il ne va plus être adapté aux besoins et aux aspirations de personnes vieillissantes.

Aussi, pour les établissements qui souhaitent s'investir dans cet accueil, un élargissement de leurs missions initiales va s'imposer en utilisant leur savoir-faire mais aussi en s'enrichissant de nouvelles compétences.

Actuellement, quand des personnes handicapées âgées sont accueillies dans ces établissements, elles ne représentent, la plupart du temps, que de très petits effectifs dans chaque unité.

A quelques exceptions près, il n'y a pas, pour le moment, d'approche organisée ou distincte de ce public par rapport à l'ensemble des usagers mais la volonté de mieux réaliser la prise en charge qui lui est destinée, soit en interne soit en externe, se dessine nettement.

La position majoritairement exprimée est de ne pas transformer progressivement les établissements pour adultes handicapés en établissements pour personnes handicapées âgées, ce qui créerait un engorgement total du système de prise en charge : les jeunes adultes voyant leurs possibilités d'admission extrêmement réduites et, par conséquent,

l'accès des établissements médico-sociaux serait, en amont, rendu très difficile pour les enfants et adolescents handicapés.

Face à ce contexte, plusieurs voies apparaissent :

- la réorientation (principalement en maison de retraite)
 - ou la création de nouvelles réponses à partir du lieu actuel d'accueil
 - soit à travers des unités annexées à la structure d'origine,
 - soit à travers une structure spécifique
- en se gardant toujours la possibilité, dans ces deux derniers cas, d'une orientation ultérieure en maison de retraite.

Dans les deux-tiers des établissements, l'accueil des personnes handicapées n'est pas envisagée au-delà de 60 ans. Outre, la nécessité de pouvoir assurer un renouvellement des usagers (évoquée ci-dessus) deux obstacles majeurs apparaissent :

- *l'inadaptation de la prise en charge à un public présentant des manifestations du vieillissement* : taux d'encadrement insuffisant, absence d'approche gérontologique, plateau technique médicalisé très peu étoffé voire inexistant
- *l'organisation des structures d'hébergement et d'accompagnement s'adressant à des travailleurs handicapés* : les équipes ne sont pas disponibles pour intervenir auprès de personnes devenues retraitées

Dans une moindre mesure, *la configuration des locaux* est également signalée comme peu adéquate pour une population voyant parfois sa mobilité se réduire.

Dans les établissements accueillant les personnes handicapées âgées, les principales difficultés rencontrées rejoignent, logiquement, les obstacles cités par ceux qui n'en reçoivent pas : besoins croissants de soins médicaux, décalage entre les activités proposées et les rythmes et centres d'intérêt des personnes handicapées âgées, insuffisance numérique du personnel.

A partir de ces difficultés, sont identifiés des besoins pour faire face à la situation actuelle. Ces besoins concernent essentiellement le renforcement des plateaux techniques, particulièrement des intervenants paramédicaux, mais également médico-psychologiques et éducatifs. Les nouvelles prestations (ou nouvelles approches) qui pourraient découler de ces nouvelles compétences sont décrites avec une grande précision par les répondants, ce qui montre le niveau de réflexion déjà engagé.

Le point 5.2.1 de ce rapport y est consacré. Rappelons, pour mémoire, le souci de :

- **pouvoir mieux coordonner les soins**, au sens large du terme, avec une double approche, préventive (*préservation des fonctions et surveillance des paramètres de santé*) et gériatrique (*dans le « prendre soin » au quotidien et dans les réponses à apporter à l'apparition de troubles associés à certaines pathologies*)
- **proposer un accompagnement éducatif personnalisé**

Si l'orientation en maison de retraite est la solution la plus communément retenue dans les structures ne gardant pas leurs résidents âgés, des réserves sont fréquemment exprimées à propos de ce choix. En effet, les équipes de ces établissements pour personnes âgées ne

sont pas habituellement formées ou au moins sensibilisées à l'approche éducative dont ont bénéficié souvent depuis leur plus jeune âge les personnes handicapées devenues âgées. Bien que de nombreuses orientations en maison de retraite soient décrites comme tout à fait satisfaisantes, ce manque d'accompagnement éducatif constitue une incitation pour les établissements pour adultes à préparer leurs propres projets. Près de la moitié sont dans ce cas.

Ces projets, dont les différentes orientations sont décrites dans les points 6.2 et 6.3 de ce rapport, **se caractérisent tous par une grande diversité et ce quelle que soit la catégorie de la structure conceptrice.**

Ce souci de diversité, qui s'accompagne de la volonté de s'adapter au mieux aux besoins de la personne à travers une approche individualisée, s'inscrit donc tout à fait dans les orientations qui ont prévalu lors de l'élaboration du protocole de ce travail sur les personnes handicapées âgées :

« Les exigences à poser d'emblée concernant ces prises en charge semblent, d'après les différents contacts que nous avons eus et la littérature recueillie à ce sujet, faire actuellement l'objet d'un consensus :

- *possibilité de choisir sa prise en charge pour la personne concernée ou sa famille*
- *diversité des offres disponibles et bonne couverture territoriale*
- *souci de garantir la qualité des réponses »*⁵.

Dans les années qui viennent, les établissements pour adultes handicapés vont voir leurs résidents de plus de 60 ans devenir de plus en plus nombreux (nous l'avons dit en introduction ce nombre passera de 130 en 2001 à 530 en 2011). En outre, ils seront probablement confrontés à de nouvelles demandes d'accueil pour des personnes handicapées actuellement à leur domicile (soit travailleurs de CAT - 40% des 50 ans et plus ne sont ni hébergés en foyer ni suivis par un SAVS – soit sans activité) dont l'arrivée des parents à des âges très élevés va les contraindre à changer leur mode de vie.

Face à cette situation, nous avons pu constater que bon nombre d'établissements pour adultes handicapés prenaient les devants, qu'un ensemble de projets et d'initiatives, parfois portés en partenariat, témoignaient de leur dynamisme et de leur capacité à être réactifs.

Il semble donc que les tutelles et financeurs puissent s'appuyer sur ce potentiel de créativité bien présent dans ces établissements pour alimenter la réflexion, pour contribuer au développement de ces projets et soutenir leur mise en oeuvre.

⁵ extrait du protocole de travail proposé par le CREAHI à la DRASS d'Aquitaine et présenté lors de la Conférence Régionale de Santé de janvier 2001

Annexes

Annexe 1 – questionnaire	43
Annexe 2 – carte des foyers d’hébergement	49
Annexe 3 – carte des SAVS	49
Annexe 4 – carte des foyers occupationnels	50
Annexe 5 – carte des FDT et des MAS	50

QUESTIONNAIRE

Structures pour adultes handicapés

**A retourner au CREAHI d'Aquitaine
2, rue Jean Artus – BP 106
33030 BORDEAUX-CEDEX**

avant le vendredi 4 mai 2001

Pour toute précision supplémentaire, vous pouvez
contacter au CREAHI, Bénédicte MARABET
conseillère technique, chargée de cette étude
☎ 05 56 29 04 60.

Nom et adresse de l'établissement :

Note technique

Plusieurs questions dans ce questionnaire concernent les personnes handicapées âgées. Selon la définition que nous avons retenue, **une personne handicapée âgée** est une personne d'au moins 60 ans qui a été reconnue handicapée par la COTOREP avant cet âge.

Si aucune des personnes accueillies par votre structure n'entre dans ces critères, veuillez toutefois remplir les questions 1 à 32 puis 69 à 73.

Pour les établissements composés de plusieurs sections, exemple : un foyer d'hébergement avec une unité pour personnes handicapées « vieillissantes », nous vous demandons de bien vouloir remplir un questionnaire pour chacune de ces sections.

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

1 – Catégorie d'établissement

- 1 – foyer d'hébergement
- 2 – foyer occupationnel
- 3 – foyer à double tarification
- 4 – MAS
- 5 – SAVS
- 6 – établissement spécifique pour personnes handicapées âgées
- précisez.....
- 7 – autre
- précisez.....

2 – caractéristiques de la population accueillie selon l'agrément :

3 - capacité totale de l'établissement :

|_|_|_|_|

4 - en quelle année a été donné l'agrément actuel ?

|_|_|_|_|

5 - cet établissement est-il implanté sur le même site qu'un autre établissement ?

- 1 – oui
- 2- non

6 - si oui, quelle est la catégorie de cet établissement ?

.....

7 – statut de l'organisme gestionnaire

- 1 – association
- 2 – fondation
- 3 – organisme de sécurité sociale
- 4 – CCAS
- 5 – conseil général
- 6 – structure hospitalière
- 7 – GIE
- 8 – GIP
- 9 – autre
- précisez :

8 - déficience ou maladie représentée dans la population accueillie ? (plusieurs réponses possibles)

- 1 – déficience motrice
- 2 – déficience sensorielle
- 3 – déficience intellectuelle
- 4 – maladie mentale
- 5 – maladie d'Alzheimer et autre démence sénile
- 6 – plurihandicap
- 7 – polyhandicap
- 8 – autre
- précisez.....

9 - y a-t-il des contre-indications de prise en charge dans votre structure pour une catégorie de personnes handicapées :

10 – Population accueillie au 01/01/01

Veillez indiquer le nombre de personnes prises en charge selon l'âge et la modalité d'accueil.

	internat	Accueil de jour
Moins de 50 ans		
50-54 ans		
55-59 ans		
60-74 ans		
75 ans et plus		

11 - Les personnes ayant dépassé 60 ans pourront-elles rester dans l'établissement ?

- 1 – oui
- 2- non

12 - si non, avez-vous un projet de vie les concernant ?

- 1 – oui
- 2- non

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

14 - Quel nombre maximum de personnes handicapées âgées pourriez-vous prendre en charge ?

1 - |_|_|_|_|

2 –pas de limitation (si ce n'est la capacité totale de l'établissement)

Plurihandicap : association de façon circonstancielle de plusieurs handicaps physiques sans, en général, atteinte mentale
Polyhandicap : handicap grave à expression multiple qui associe une déficience mentale sévère à des troubles moteurs entraînant une restriction extrême de l'autonomie

Pour les structures ou sections spécifiquement destinées aux personnes handicapées âgées :

15 – une aide à l'ingénierie de projet a-t-elle été apportée

1 – oui 2- non

16 – si oui, pouvez-vous préciser par qui ?

17 - des partenaires ont-ils participé au montage du projet ?

1 – oui 2- non

18 - si oui pouvez-vous les citer?

19 – origine du financement de l'investissement de départ (construction, installation, aménagement)?

Plusieurs réponses possibles

- 1 – aide sociale département
- 2 – assurance maladie (CRAM – CPAM)
- 3 – commune
- 4 – association partenaire :.....
- 5 – fondation :.....
- 6 – fonds européen
- 7 – autre

précisez :

20 – financement du fonctionnement

Plusieurs réponses possibles

- 1 – sécurité sociale
- 2 – aide sociale département
- 3 – participation de la personne handicapée
- 4 – autre

précisez :

21 - si aucune personne handicapée de votre établissement n'est âgée de plus de 60 ans, veuillez préciser quelles en sont les raisons ?

- 1 – la situation ne s'est pas présentée
- 2 – la COTOREP refuse de renouveler

l'orientation au-delà de 60 ans

- 3 – votre établissement ne peut pas assurer la

prise en charge de ces personnes
précisez.....

22. Autres raisons éventuelles pour lesquelles vous n'accueillez pas de personnes handicapées de 60 ans ou plus ?

LE PROJET D'ETABLISSEMENT

23 - L'accueil des personnes handicapées âgées est-il explicitement prévu

23.1 - par l'organisme gestionnaire responsable ?

1 – oui 2- non

23.2 - dans votre agrément ?

1 – oui 2- non

24 - Avez-vous un projet d'établissement ou un document en tenant lieu ?

1 – oui 2- non

25 - si oui, le projet d'établissement définit-il

plusieurs réponses possibles

1 – les caractéristiques générales du projet de vie

2 – les modalités d'animation et d'activité

3 – les caractéristiques générales du projet de soins

4 – les protocoles d'organisation des soins

26 - Dans le projet, y a-t-il une présentation des services destinés aux personnes handicapées âgées ?

1 – oui 2- non

Si oui, pouvez-vous joindre une photocopie de cet extrait du projet d'établissement ?

27 - un livret d'accueil est-il remis à la personne handicapée ou à sa famille lors de l'admission ?

1 – oui 2- non

28 - une information claire et régulière est-elle donnée à la famille sur?

28.1 – le fonctionnement global de l'établissement

1 – oui 2- non

28.2- les conditions d'accueil et de prise en charge de la personne handicapée

1 – oui 2- non

28.3 – l'évolution de l'état de santé de la personne handicapée

1 – oui 2- non

29 - y a-t-il un conseil d'établissement ?

1 – oui 2- non

30 - des représentants des familles siègent-ils au conseil d'établissement ?

1 – oui 2- non

31 - des représentants des personnes handicapées siègent-ils au conseil d'établissement ?

1 – oui 2- non

32 - existe-t-il une procédure permettant de recueillir :

32.1 - les attentes des familles sur la prise en charge ?

1 - oui 2- non

32.2 - l'avis des familles sur le fonctionnement de la structure?

1 - oui 2- non

Si aucune personne, accueillie dans votre structure, n'a plus de 60 ans au 1^{er} janvier 2001. passez directement à la question 69

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES HANDICAPEES AGEES
l'organisation matérielle

33 - Les personnes handicapées âgées sont-elles accueillies

33.1 dans une section séparée ?

33.2 sans distinction avec les autres usagers ?

34 - Mode d'hébergement des personnes handicapées âgées :

1 - dans l'institution, en chambre collective

2 - dans l'institution, en chambre individuelle

3 - en dehors de la structure en appartement autogéré

35 - si la personne occupe un logement ordinaire est-elle locataire directe ?

1 - oui 2- non

36 - autre mode d'hébergement (précisez)

37 - Des aménagements de locaux ont-ils été réalisés spécialement à l'intention des personnes handicapées âgées ?

1 - oui 2- non

38 - Si oui, lesquels ?

39 - Des aides techniques sont-elles mises à disposition spécialement à l'intention des personnes handicapées âgées ?

1 - oui 2- non

40 - Si oui lesquelles ?

41 - Avez-vous bénéficié de financements spécifiques pour les personnes handicapées âgées ?

41. 1 - pour les aménagements de locaux

1 - oui 2- non

41.2 - pour les aides techniques

1 - oui 2- non

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES HANDICAPEES AGEES
les moyens humains

42 - Effectif total des salariés en « Equivalent temps plein » : |_|_|_|_|

43 - Du personnel est-il spécifiquement attaché à la prise en charge des personnes handicapées âgées ?

1 - oui 2- non

44 - si oui, combien en « Equivalent temps plein » : |_|_|_|_|

45 - Pour les personnels intervenant directement auprès de la personne handicapée, pouvez-vous indiquer :

Catégories d'emplois	Nombre en ETP (équivalent temps plein)	Evaluation, si possible, des ETP consacrés aux personnes handicapées âgées	quels emplois supplémentaires seraient nécessaires dans votre structure pour les personnes handicapées âgées ?
EMPLOIS MEDICO-PSYCHOLOGIQUES			
Généraliste			
Gériatre			
Psychiatre			
Rééduc. fonc.			
Psychologue			
Autre			
EMPLOIS PARA-MEDICAUX			
Infirmier			
Aide-soignant			
Kinésithérapeute			
Psychomot.			
Orthophoniste			
ergothérap			
Autre			
EMPLOIS SOCIO-EDUCATIFS ET D'ANIMATION			
Educ. spé			
Moniteur-éduc			
Aide-médico-psycholog.			
Animateur			
Conseiller ESF			
Autre			
AUTRES EMPLOIS			

46 - Existe-t-il dans l'établissement un plan de formation pluriannuel des personnels ?

1 – oui 2- non

47 - Des formations spécifiques autour de la personne handicapée âgée ont-elles été suivies dans les 3 dernières années par les personnels (1998-1999-2000)?

1 – oui 2- non

48 - Lesquelles ?

plusieurs réponses possibles

- 1 – aspects du vieillissement physiologique
- 2 - aspect psychopathologique du vieillissement
- 3 – manutention des personnes
- 4 – prévention des chutes, des accidents
- 5 – accompagnement des mourants
- 6 – la mort, le deuil
- 7 – communication verbale, non-verbale
- 8- autre

précisez

49 - Avez-vous bénéficié de financements spécifiques pour la formation des salariés sur la question des personnes handicapées âgées ?

1 – oui 2- non

50 - L'établissement

Est le seul prestataire de la prise en charge

Ou agit avec d'autres prestataires

51 - Si autres prestataires, lesquels ?

**PRISE EN CHARGE DES PERSONNES
HANDICAPEES AGEES**
les prestations

52 - Les activités proposées aux personnes handicapées âgées sont-elles, dans la mesure de leurs possibilités, pratiquées avec les autres résidents ?

1 – oui 2- non

53 - Les activités ont-elles un caractère obligatoire ?

1 – oui 2- non

54 – La personne handicapée âgée a-t-elle un planning d'activité individualisé ?

1 – oui 2- non

55 - des activités physiques ou sportives sont-elles proposées à l'intérieur de l'établissement ?

1 – oui 2- non

56 - des activités d'expression sont-elles organisés au sein de l'établissement ?

1 – oui 2- non

57 - des animations, spectacles sont-ils proposés dans l'établissement ?

1 – oui 2- non

58 - des sorties sont-elles organisées en dehors de l'établissement ?

1 – oui 2- non

59 - des activités à visée thérapeutique (préservation des fonctions cognitives) sont-elles réalisées au sein de l'établissement ?

1 – oui 2- non

60 - des activités à visée thérapeutique (préservation des fonctions motrices) sont-elles réalisées au sein de l'établissement ?

1 – oui 2- non

LES DIFFICULTES ET LES BESOINS

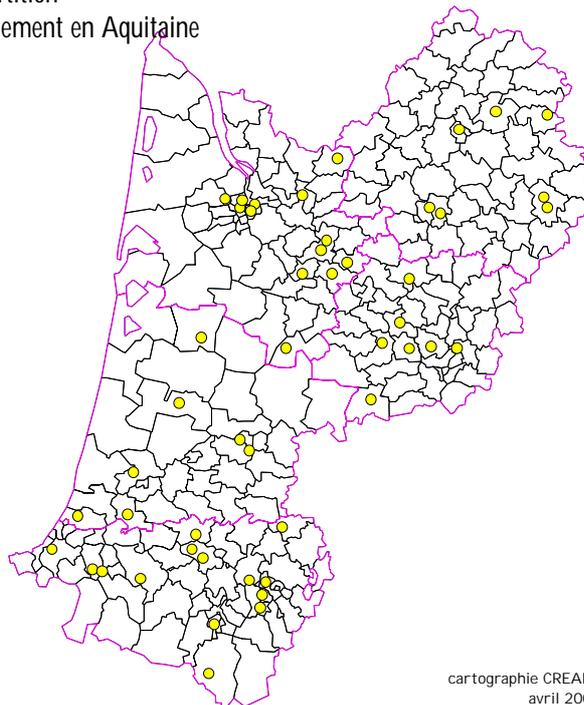
61 - Quelles difficultés liées à l'accueil des personnes handicapées âgées vous semblent-elles prépondérantes?

Cocher ou citer 3 réponses au maximum

- 1- Adaptation des activités à leur rythme
- 2 - Configuration des locaux
- 3 - Insuffisance numérique du personnel
- 4 - Besoins croissants de médicalisation
- 5 - Réduction de la mobilité de la personne
- 6 - Cohabitation avec les autres résidents
- 7 - Personnel peu ou pas formé aux problèmes des personnes handicapées âgées
- 8 - Evolution des besoins alimentaires
- 9 - Autres

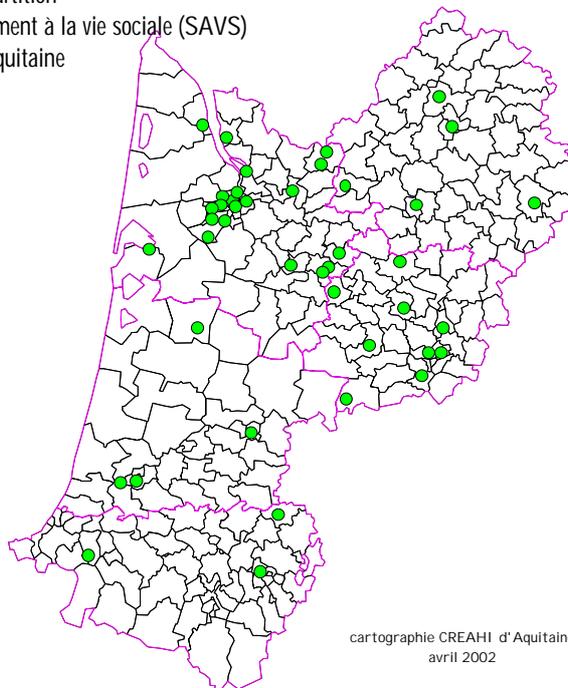
Précisez

Répartition
des foyers d'hébergement en Aquitaine



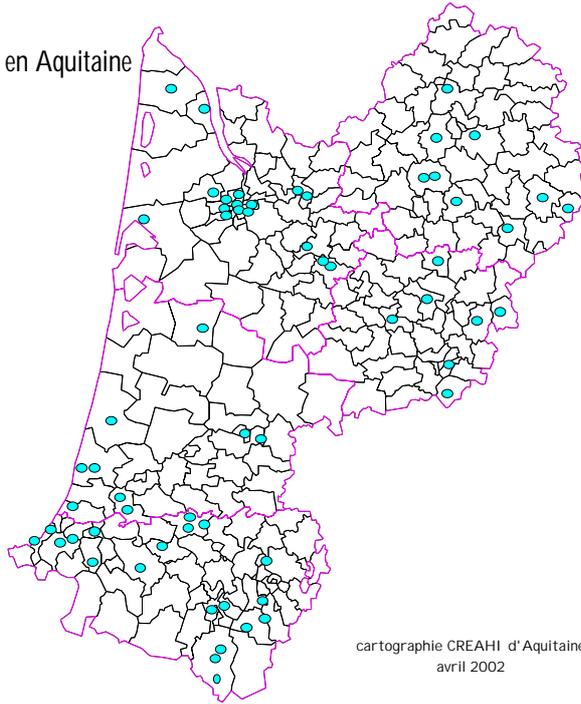
cartographie CREAHI d'Aquitaine
avril 2002

Répartition
des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)
en Aquitaine



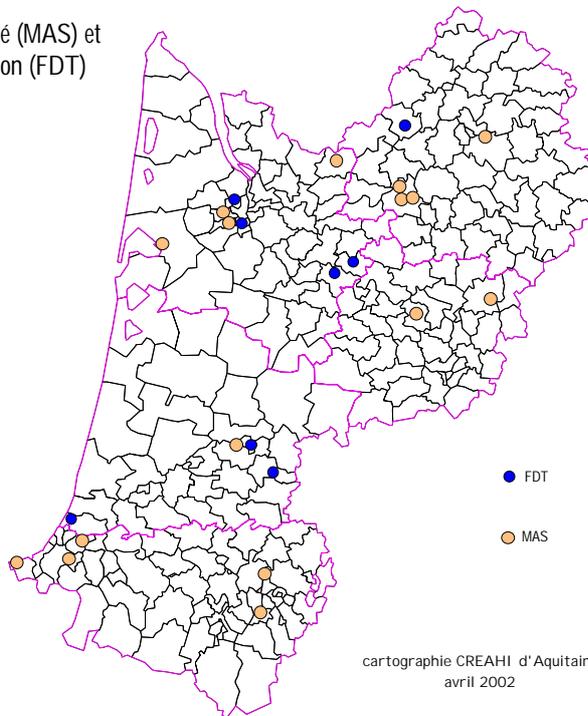
cartographie CREAHI d'Aquitaine
avril 2002

Répartition
des foyers occupationnels en Aquitaine



cartographie CREAHI d'Aquitaine
avril 2002

Répartition
des maisons d'accueil spécialisé (MAS)
et des foyers à double tarification (FDT)
en Aquitaine



cartographie CREAHI d'Aquitaine
avril 2002