

Les personnes handicapées âgées dans
les établissements pour personnes
âgées
en Aquitaine

Etude réalisée par
Bénédicte Marabet,
conseillère technique au CREAHI d'Aquitaine

mars 2003

Sommaire

Introduction	3
1- Méthodologie	6
2 - Les structures répondantes	8
2.1 - Taux de couverture de l'enquête	8
2.2 - Caractéristiques générales des structures pour personnes âgées	9
2.3 - Population accueillie	11
2.3.1 - <i>Le cadre prévu par l'agrément</i>	11
2.3.2 - <i>Présence de déficiences ou de pathologies parmi la population prise en charge</i>	12
2.4 - Projet d'établissement, information et participation des usagers, démarche qualité	13
2.4.1 - <i>Le projet d'établissement</i>	13
2.4.2 - <i>Information et participation des usagers</i>	14
2.4.3 - <i>Démarche qualité</i>	15
3 - L'implication des établissements pour personnes âgées auprès des personnes handicapées âgées	17
3.1 - Approche quantitative	17
3.2 - La place des personnes handicapées dans les établissements pour personnes âgées	19
3.3 - Les établissements n'intervenant pas auprès de personnes handicapées	21
4 - La prise en charge des personnes handicapées âgées	23
4.1 - Hébergement, aménagement des locaux et aides techniques	24
4.2 - Les moyens humains	25
4.2.1 - <i>Les plateaux techniques</i>	25
4.2.2 - <i>La formation des personnels</i>	29
4.3 - L'organisation de la prise en charge	30
4.3.1 - <i>Les prestations internes</i>	30
4.3.2 - <i>Partenaires et réseaux</i>	30
4.3.3 - <i>Système d'évaluation</i>	31
5 - Les difficultés liées à l'accueil des personnes handicapées âgées et les besoins pour améliorer cet accueil	32
5.1 - Les difficultés	32
5.2 - Les besoins	33
5.2.1 - <i>Les besoins en terme de ressources humaines</i>	33
5.2.2 - <i>les autres besoins</i>	35
6 - Personnes handicapées âgées : quels projets au niveau des services et de leurs organismes gestionnaires ?	37
6.1 - La dynamique de conception de projets	37
6.2 - Nature des projets développés à l'intention des personnes handicapées âgées	38
6.2.1 - <i>Les projets dans les logements-foyers</i>	
6.2.2 - <i>les projets dans les maisons de retraite</i>	
Conclusion	42
Annexes	45

Introduction

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

- parce que le nombre de ces personnes étant en constante augmentation, leur situation en est rendue plus visible
- parce que leur état de santé au sens large du terme, leur rythme, leurs centres d'intérêt évoluant, elles ont de nouveaux besoins qui ne sont pas nécessairement pris en compte au travers des interventions dont elles bénéficient actuellement

Les administrations de contrôle, les organismes gestionnaires, les lieux d'accueil et de soins, les services à domicile sont donc confrontés, à différents titres, à cette situation.

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.

Comme l'a souhaité la DRASS, ces travaux répondent à deux impératifs :

- ils s'inscrivent dans les priorités définies par la Conférence Régionale de Santé visant « *une meilleure connaissance des besoins des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes* »
- ils sont conçus dans une logique opérationnelle afin que les résultats puissent éclairer des actions de planification.

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 : www.creahi-aquitaine.org

► **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 services 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 personnes handicapées âgées 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 à 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 alors 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 à cette date*
- des projections démographiques à l'horizon 2011 permettant de préciser l'évolution quantitative de cette population*

Les résultats de cette étude* ont été remis à la DRASS en février 2002.

** Bénédicte MARABET, « Les personnes handicapées âgées en Aquitaine : approche quantitative 2001-2011 », Les dossiers de la DRASS d'Aquitaine, n°8, juin 2002, 49 pages. Une synthèse est également disponible « Combien y a-t-il de personnes handicapées âgées en Aquitaine ? situation 2011 et perspectives 2011 », Info stat, DRASS Aquitaine, n°74, juillet 2002*

Quelle définition de la personne handicapée âgée avons-nous donnée dans ces travaux ?

Il s'agit d'une personne âgée de 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 dès la naissance, durant l'enfance ou à l'âge adulte.

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.

Notons que 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** »².

² Loi n°2002-2, art. 15, alinéa 7.

Toutefois, cette récente ouverture n'empêche pas les agréments des établissements pour adultes handicapés de continuer à fixer leurs propres limites et ni que les conseils généraux de choisir 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 nouveaux besoins liés à l'âge. Toutefois, 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. L'entrée en structures pour personnes âgées avant cet âge nécessite une dérogation, donnée si la personne est reconnue handicapée par la COTOREP ou un statut d'invalidité attribué par un organisme de sécurité sociale.

Par ailleurs, bien que cette problématique soit dominée par la population présentant une déficience intellectuelle ³, nous ne nous sommes pas cantonnés à une catégorie particulière : toutes les personnes handicapées âgées, quelles que soient leurs déficiences, ont été prises en compte.

Les investigations ont concerné 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).

L'analyse des résultats est réalisée par catégorie de services.

Deux premiers rapports ont déjà été réalisés :

- en avril 2002 « **Les personnes handicapées âgées dans les structures pour adultes handicapés** »,
- puis en juillet 2002 « **Les personnes handicapées âgées bénéficiaires de services à domicile en Aquitaine** »

Ce présent rapport est donc consacré aux établissements pour personnes âgées.

Dans les mois qui viennent, paraîtra le dernier rapport concernant les établissements du secteur sanitaire (psychiatrie et soins de longue durée).

³ 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 accueillies dans les établissements pour personnes âgées, 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
- l'hypothèse que le suivi de personnes handicapées âgées est très variable d'un établissement à l'autre sans les raisons de cette variabilité soit d'emblée repérables et que, par ailleurs, les effectifs concernés pour chaque établissement sont, en moyenne, assez faibles.

Aussi, il était difficile en échantillonnant de garantir une approche représentative de la situation des personnes handicapées âgées accueillies dans un établissement pour personnes âgées dans notre région.

Un questionnaire a été élaboré par le CREAHI et validé par une personne experte ⁴. Il comprend 3 grandes parties ⁵ :

- *l'agrément et le projet d'établissement*, devant être remplie par tous les répondants
- *la prise en charge des personnes handicapées âgées (organisation matérielle, moyens humains et prestations)*,
- *les difficultés et les besoins pour assurer cette prise en charge*

Les derniers points concernent seulement les structures ayant au moins une personne handicapée âgée de 60 ans ou plus.

En outre, ce questionnaire se termine par une interrogation sur l'existence éventuelle et les orientations 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 personnes âgées d'Aquitaine une première fois en avril 2001, puis une relance a eu lieu en mai 2001.

Le champ de l'enquête est composé, pour l'Aquitaine, de 702 établissements qui se répartissent en 4 catégories :

↳ **les maisons de retraite (médicalisées ou non)** : Ces établissements proposent un hébergement collectif à des personnes âgées sous forme de prestations comprenant le logement, les repas et divers services spécifiques. Une partie ou la totalité de la capacité de ces établissements peut être médicalisée permettant d'assurer les soins nécessaires à des personnes dépendantes en évitant leur transfert en unité de soins de longue durée.

⁴ Monsieur Déchelotte, médecin membre du CROSS

⁵ Voir questionnaire en annexe 1

↳ **les logements-foyers (médicalisés ou non)** : Ils se définissent comme des logements autonomes dotés ou non de services collectifs dont l'usage est facultatif. Le résident est locataire de son logement. Comme en maison de retraite, il peut y avoir en logement-foyer une section médicalisée.

↳ **les résidences d'hébergement temporaire** : Elles permettent l'accueil temporaire de personnes âgées. L'objectif est ainsi d'éviter une rupture traumatique avec le domicile ou une hospitalisation inadéquate, de permettre un répit aux familles ou aux aidants habituels de la personne âgée ou encore de lutter contre l'isolement, notamment, en milieu rural.

↳ **les centres de jour pour personnes âgées** sont des structures médico-sociales proposant un accueil et un accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne en un lieu accessible offrant la possibilité de prendre un repas sur place. Ces centres sont le plus souvent intégrés dans des structures d'hébergement comme les maisons de retraite et ne sont ni des hôpitaux de jour, ni des clubs pour le 3^{ème} âge.

Ces services relèvent tous de la Loi rénovant l'action sociale et médico-sociale (L. n°2002-02 du 2 janvier 2002, article 15, 6^{ème} alinéa « *Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale* »).

Le champ de l'enquête

Effectif des établissements pour personnes âgées selon la catégorie et le département

	Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et-Garonne	Pyrénées-Atlantiques	Aquitaine
Maison de retraite	72	222	38	49	110	491
Logement-foyer	25	101	22	11	19	178
Résidence d'hébergement temporaire	5	3	1	5	7	21
Centre de jour pour personnes âgées	3	6	1	-	2	12
TOTAL	105	332	62	65	138	702

Voir en annexes 2 et 3 des cartographies régionales permettant de visualiser l'implantation de ces établissements.

2 – Les structures répondantes

2.1 – Taux de couverture de l'enquête

Sur les 702 structures sollicitées en Aquitaine, 381 ont répondu. Le taux de participation s'élève donc à 54%.

Tableau 2 - Niveau de la participation dans les établissements pour personnes âgées

	Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et-Garonne	Pyrénées-Atlantiques	Aquitaine
Maisons de retraite						
Nb de réponses / nb d'envois	40/72	103/222	24/38	32/49	59/110	258/491
Taux de réponses	55,6%	46,4%	63,2%	65,3%	53,6%	52,5%
Logements-foyers						
Nb de réponses / nb d'envois	14/25	51/101	17/22	8/11	17/19	107/178
Taux de réponses	56%	50,5%	77,3%	72,7%	89,5%	56,7%
Résidence d'hébergement temporaire						
Nb de réponses / nb d'envois	3/5	3/3	1/1	2/5	4/7	13/21
Taux de réponses	60%	100%	100%	40%	57,1%	61,9%
Centre d'accueil de jour						
Nb de réponses / nb d'envois	2/3	1/6	0/1	-	0/2	3/12
Taux de réponses	66,7%	16,7	0%	-	0%	25%
TOTAL						
Nb de réponses / nb d'envois	59/105	158/332	42/62	42/65	80/138	381/702
Taux de réponses	56,2%	47,6%	67,7%	64,6%	58%	54,3%

Le nombre de questionnaires à traiter s'élève finalement **329** pour 381 répondants. En effet, d'assez nombreux services organisés en plusieurs antennes ont produit une réponse commune pour l'ensemble de leurs sites (particulièrement des organismes gestionnaires de logements-foyers). En outre, les résidences d'hébergement temporaire constituant, la plupart du temps, une section au sein d'une maison de retraite, les répondants n'ont pas en général rempli de questionnaire distinct ⁶ (ce qui implique que le taux de réponse pour cette catégorie a probablement été sous-estimé).

Au bout du compte, nous avons donc :

- **247 maisons de retraite dont 136 avec cure médicale**
- **74 logements-foyers dont 15 avec cure médicale**
- **3 centres d'accueil de jour**
- **5 résidences d'hébergement temporaire**

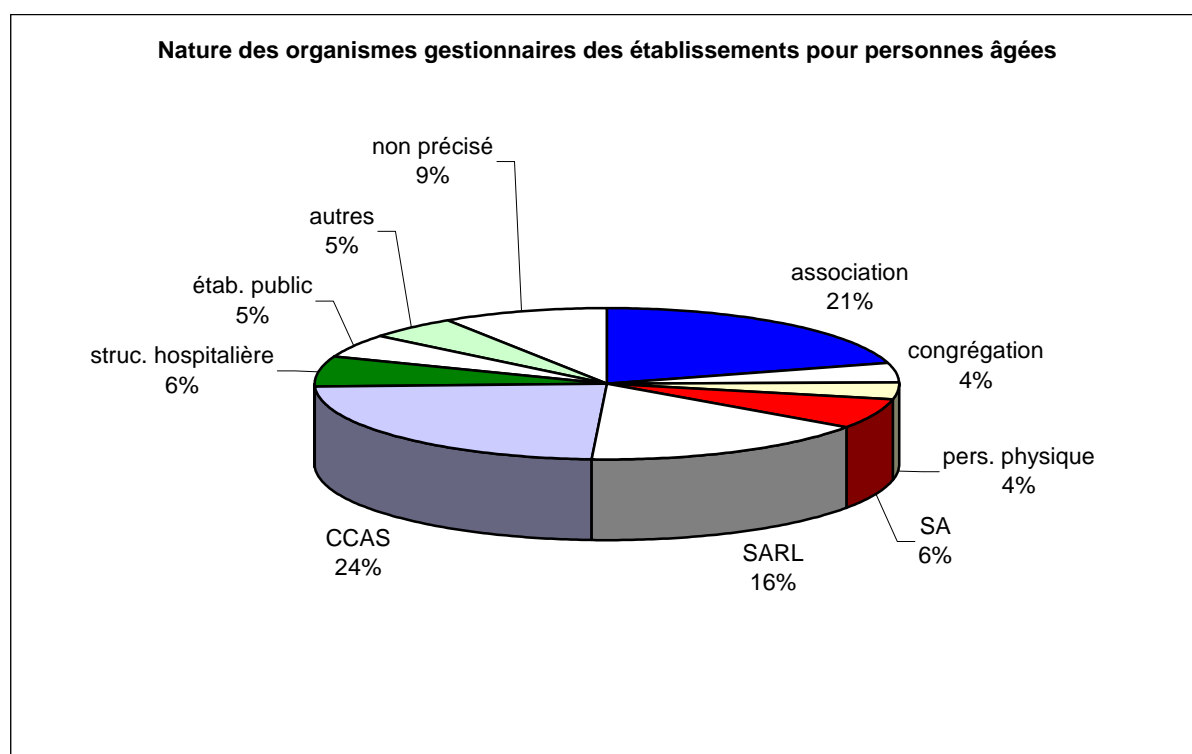
⁶ malgré ce que prévoyait le protocole d'enquête

Sur les 34082 personnes âgées accueillies dans ces établissements en Aquitaine, 18298 ont été prises en compte par cette enquête. En terme de public pris en charge touché par l'enquête, nous obtenons donc un taux très proche de la proportion de structures répondantes : 53,7%.

2.2 – Caractéristiques générales des structures pour personnes âgées

Trois catégories de gestionnaires détiennent les trois-quarts des équipements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées :

- le privé lucratif (SARL, SA et personnes physiques) gère 26% des établissements enquêtés mais est nettement plus présent au niveau des maisons de retraite non médicalisées : il en détient plus de 60%.
- le secteur associatif gère 21% des équipements pour personnes âgées, sa présence est plus marquée au niveau des maisons de retraite médicalisées (31%).
- les CCAS sont gestionnaires de 24% des établissements de ce secteur avec une préférence pour les logements-foyers (médicalisés ou non) : 70% de ces structures dépendant des CCAS



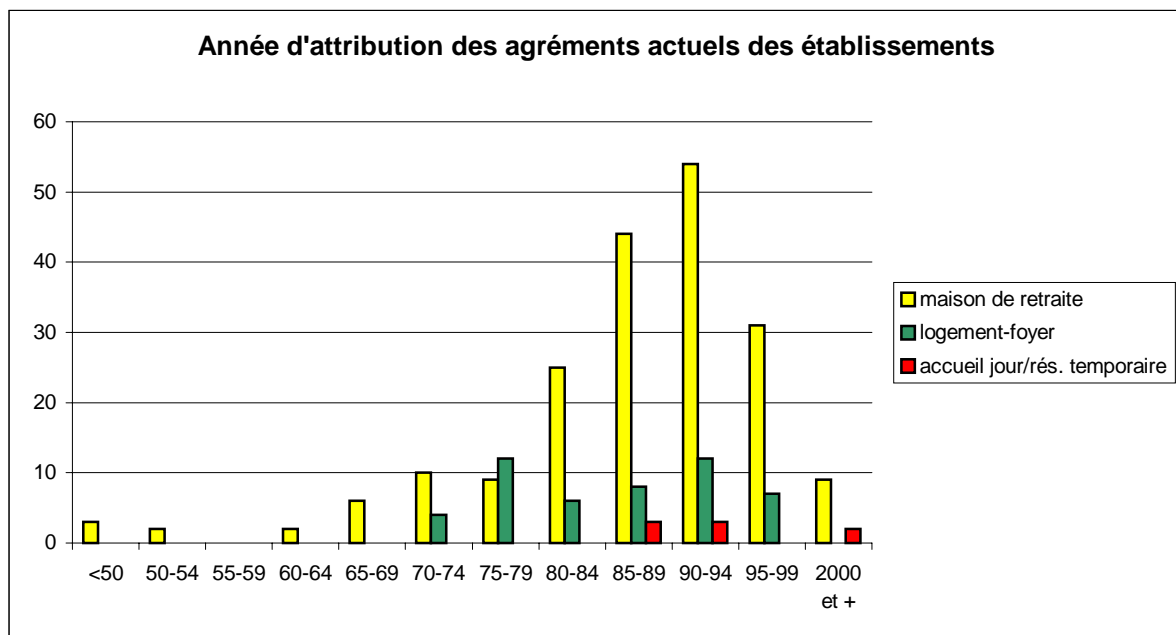
Un établissement sur 6 est implanté sur un site sur lequel existe également un autre établissement sanitaire ou social :

- les résidences d'hébergement temporaire fonctionnent souvent au sein de logement-foyer ou de maison de retraite

- des établissements non-médicalisés sont parfois accolés l'un à l'autre : une partie fonctionnant sous forme de logements-foyer, l'autre en tant que maison de retraite
- une partie des maisons de retraite médicalisées sont implantées sur le même site que des centres hospitaliers

Les établissements les plus anciens sont les maisons de retraite (près de 12% d'entre elles n'ont pas eu de révision de leur agrément depuis 1975).

Par contre, les services marquant une diversification de l'accueil et de la prise en charge des personnes âgées (centre d'accueil de jour et résidence temporaire d'hébergement) ne se sont développés que récemment (à partir de la seconde partie des années 80).



Par ailleurs, un pourcentage important d'établissement (23%) n'a pas été en mesure de préciser l'année de leur attribution de leur agrément actuel.

2.3 – Population accueillie

2.3.1 – Le cadre prévu par l'agrément

Il est fréquent que les agréments de ces établissements soient assez peu précis quant au public reçu et que, plus particulièrement, la différence de vocation entre structures médicalisées et non médicalisées n'apparaissent pas de manière très sensible.

Caractéristiques de la population accueillie selon l'agrément ⁷

	Maisons de retraite	Logements-foyers
Medicalisé(e)s	<ul style="list-style-type: none"> - Personnes valides ou semi-valides, parfois avec mention dérogation « COTOREP » (47) - Personnes âgées, parfois aide mention aide sociale (37) - Personnes âgées dépendantes, avec parcours psychiatriques et/ou Alzheimer (11) - Personnes âgées valides (2) - aucun agrément indiqué (39) 	<ul style="list-style-type: none"> - Personnes valides ou semi-valides, parfois avec mention dérogation « COTOREP » (9) - Personnes dépendantes (1) - Tous publics sauf « soins de longue durée » (1)
Non-médicalisé(e)s	<ul style="list-style-type: none"> - Personnes valides ou semi-valides (39) - Personnes âgées, parfois mention aide sociale (22) - Personnes âgées dépendantes (5) - Personnes âgées et personnes handicapées (5) - Personnes âgées valides (6) - aucun agrément indiqué (34) 	<ul style="list-style-type: none"> - Personnes âgées valides (28) - Personnes âgées valides et semi-valides, parfois avec mention de dérogation « COTOREP » (10) - Personnes âgées (7) - aucun agrément indiqué (14)

Si, comme on va le voir plus loin, les personnes présentant déficiences et pathologies sont plus représentées dans les établissements médicalisés et que les personnes handicapées y sont plus nombreuses, la simple lecture de ces agréments ne permet pas de repérer réellement la spécificité des établissements.

D'une manière générale (et en toute logique), les agréments des logements-foyers mettent en évidence que ces structures s'adressent à des personnes plus autonomes. Néanmoins, certaines « curiosités » apparaissent (deux maisons de retraites médicalisées s'adressent exclusivement aux personnes valides, à l'inverse, des maisons de retraite non-médicalisées ont un public agréé constitué uniquement de personnes dépendantes).

Certaines maisons de retraite médicalisées font référence aux groupes GIR ⁸, les unes accueillant des personnes des groupes 1 et 2 ⁹ (groupes pouvant représenter 43% des résidents), d'autres ne les accueillant qu'à partir du GIR 3.

⁷ Le chiffre entre parenthèses indique le nombre d'établissements concernés

⁸ AGGIR (Autonomie Gérontologique – Groupes Iso-Ressources) : modèle qui permet d'évaluer l'expression de l'autonomie grâce à l'observation des activités effectuées seules par les personnes âgées et de définir en fonction de la perte d'autonomie un groupe iso-ressources (GIR)

⁹ Il s'agit des groupes pour lesquels la dépendance et le besoin d'assistance sont les plus importants

Les résidences d'hébergement temporaires ont, elles aussi, des agréments relativement peu précis et constituent une réponse pour des personnes âgées dont le profil n'est pas vraiment défini.

Par contre, d'après leur agrément, les centres d'accueil de jour s'adressent assez spécifiquement à un public dépendant, avec des pathologies de type d'Alzheimer, vivant à domicile avec un risque d'isolement.

Comme les chiffres du précédent tableau le montrent, les questionnaires dans lesquels aucune indication n'a été donnée quant au public reçu par rapport à l'agrément sont nombreux, globalement 27%, pourcentage à rapprocher des 23% de structures n'ayant pas donné la date de leur dernier agrément.

Cette absence d'information révèle sans doute une méconnaissance des contenus des agréments voire une insuffisance de précision de ces agréments.

2.3.2 - Présence de déficiences ou de pathologies parmi la population prise en charge

Très peu d'établissements ne comptent, parmi leurs usagers, aucune personne atteinte par une déficience ou une maladie invalidante : 11,2% seulement en moyenne. Deux catégories de structures sont concernées : 47,5% des logements-foyers non médicalisés et 7,2% des maisons de retraite non médicalisées (ce qui vient pondérer les « anomalies » observées au niveau des agréments).

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

	Maison de retraite médicalisée	Maison de retraite non-médicalisée	Logement-foyer médicalisé	Logement-foyer non médicalisé	ENSEMBLE
Déf. motrice	84%	77%	73%	27%	71%
Déf. sensorielle	76%	44%	60%	22%	46%
Déf. intellectuelle	69%	65%	73%	20%	59%
Maladie mentale	53%	36%	40%	8%	29%
Alzheimer ¹⁰	84%	65%	6%	15%	64%
Plurihandicap	52%	38%	20%	7%	38%
Polyhandicap	44%	29%	13%	2%	29%

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 84% des maisons de retraite médicalisées accueillent des personnes déficientes motrices.

Les déficiences motrices, les démences séniles et les déficiences intellectuelles sont globalement les plus représentées.

¹⁰ ou autre démence sénile

La capacité des établissements médicalisés à prendre en charge des problèmes de santé nécessitant un suivi et des soins lourds et/ou réguliers apparaît plus nettement à travers ce tableau. Toutefois, la différence médicalisée/non-médicalisée est plus importante pour les logements-foyers que pour les maisons de retraite.

Plus de la moitié des structures pour personnes âgées (52%) ont déclaré avoir des contre-indications concernant une ou plusieurs catégories de publics.

Dans les établissements non médicalisés, c'est avant tout le niveau de dépendance qui est posé comme principale limite à la prise en charge ainsi que la lourdeur et la technicité des soins devant être apportés. Dans une moindre mesure, les structures médicalisées posent aussi ces restrictions.

Par ailleurs, les personnes présentant une maladie mentale, surtout avec des manifestations « perturbantes » (fugues, agressivité...) posent des problèmes à de très nombreux établissements qui, ne pouvant assurer leur sécurité et celle des autres résidents, ne les acceptent pas.

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

2.4.1 – Le projet d'établissement

Un peu plus du tiers (36%) des structures pour personnes âgées a actuellement un projet d'établissement : les maisons de retraite plus souvent que les logements-foyers (38% contre 31%) et les établissements non médicalisés plus souvent que ceux ayant des places médicalisées (43% contre 29%).

Composantes du projet d'établissement (en %) ¹¹

	Maison de retraite médicalisée	Maison de retraite non-médicalisée	Logement-foyer médicalisé	Logement-foyer non médicalisé	ENSEMBLE
Caractéristiques du projet de vie	95%	88,9%	75%	89,4%	90,7%
Modalités d'animation et d'activité	95%	68,5%	100%	89,4%	82,2%
Caractéristiques du projet de soins	80%	55,6%	75%	73,7%	67,8%
Protocole d'organisation des soins	55%	40,7%	50%	57,9%	49,2%
Présentation des services pour les personnes handicapées âgées	35%	29,6%	25%	21,1%	29,7%

Projet de vie et modalités d'animation sont les 2 axes qui se retrouvent de manière transversale dans une très grande majorité des projets d'établissements. L'identification des besoins de des structures de ce secteur (présentée dans le chapitre 5) va montrer que

¹¹ pourcentages calculés sur les structures ayant un projet d'établissement

beaucoup d'entre elles se retrouvent autour de la volonté de porter une attention plus grande à ces 2 axes, qui concourent à la qualité de l'accueil, en y consacrant plus de temps et plus de moyens humains.

D'une manière un peu inattendue, les projets de soins tiennent une place importante dans les établissements non médicalisés. Toutefois, vu le public reçu, il est évident que l'attention portée aux soins doit être grande. On peut faire l'hypothèse que l'établissement, ne pouvant assurer lui-même les prestations, présente dans ce projet la manière dont dispensés les soins par des partenaires extérieurs.

La présentation des services pour les personnes handicapées âgées tient une place qui n'est pas négligeable dans ces projets (rappelons néanmoins que près des 2/3 des établissements pour personnes âgées n'ont pas du tout de projet d'établissement). Il est toutefois possible que, dans certains cas, ce public de personnes handicapées âgées soit assimilé à des personnes âgées dépendantes, « clientèle » plus traditionnelle du secteur personnes âgées.

2.4.2 - Information et participation des usagers

**Etablissements disposant d'outils d'information et de participation
(en % de réponses positives)**

	Maison de retraite médicalisée	Maison de retraite non-médicalisée	Logement-foyer médicalisé	Logement-foyer non médicalisé	ENSEMBLE
Livret d'accueil	56,6%	67,7%	86,7%	61,0%	62,9%
Informations sur le fonctionnement de l'établissement	77,9%	82,0%	93,3%	82,1%	80,2%
Informations sur les conditions de prise en charge	83,8%	82,0%	86,7%	82,1%	83,0%
Informations sur l'évolution de l'état de santé de la personne	79,4%	76,6%	93,3%	76,3%	79,0%
Conseil d'établissement <i>avec représentants familles</i> ¹²	55,1%	64,9%	73,3%	50,8%	59,3%
<i>avec représentants personnes handicapées</i>	89%	94%	100%	90%	92%
<i>avec représentants personnes handicapées</i>	89%	92%	100%	93%	92%
Procédure pour recueillir les attentes des familles sur la prise en charge	46,3%	54,1%	53,3%	42,4%	48,3%
Procédure pour recueillir l'avis des familles sur le fonctionnement établissement	49,3%	58,6%	66,7%	45,8%	52,3%

D'une manière générale, ce sont les maisons de retraite non-médicalisées et les logements-foyers médicalisés pour lesquels le souci d'informer les résidents et leur famille paraît le plus présent.

¹² pour 100 structures ayant un conseil d'établissement

Il existe une corrélation assez marquée entre le fait de disposer d'un projet d'établissement et celui d'avoir développé ces différents supports d'information et de participation.

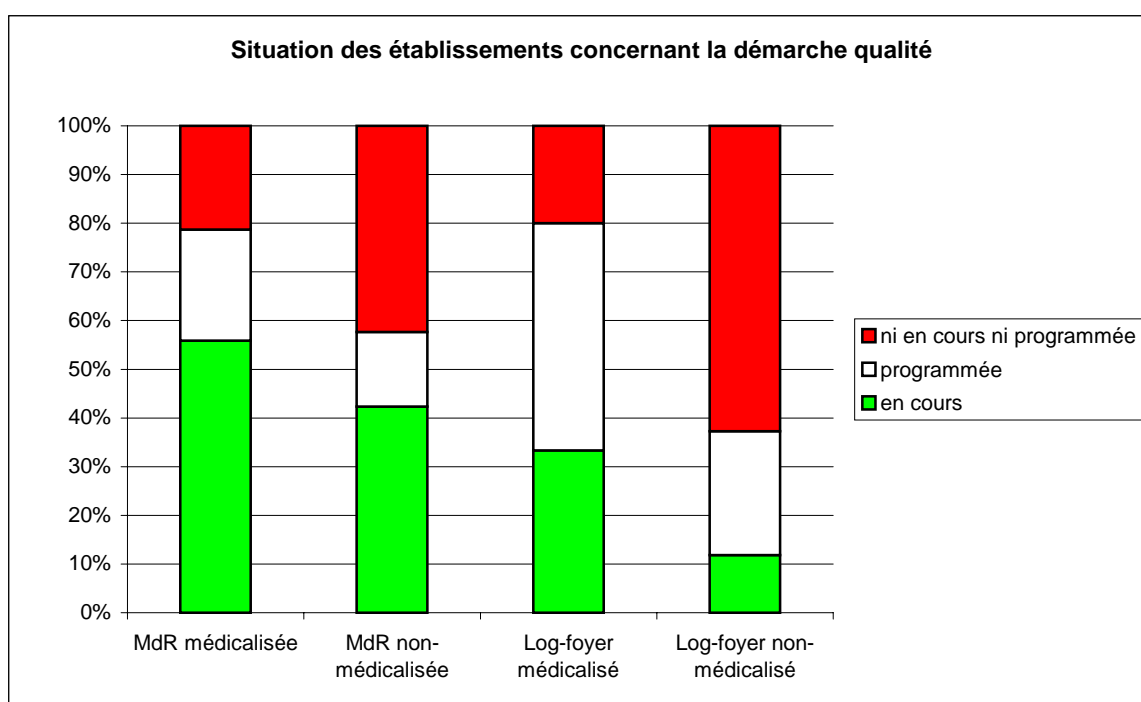
Par rapport à ce que l'on pouvait observer dans les établissements pour adultes handicapés, on remarque que l'existence d'un livret d'accueil est beaucoup plus fréquente dans le secteur des personnes âgées (outil de communication qui est plus présent dans la culture de ce secteur, particulièrement dans les établissements privés lucratifs).

Par contre, les conseils d'établissement ¹³ sont plus souvent mis en place dans le secteur du handicap, également sans doute pour des raisons liées à la culture de ce secteur largement géré par des associations.

Rappelons que ce recueil de données a été réalisé avant la parution de la Loi rénovant l'action sociale et médico-sociale et que depuis d'autres établissements ont pu se mettre en conformité avec ses nouvelles dispositions à ce sujet.

2.4.3 - La démarche qualité

En 2001, année de collecte des données, une démarche qualité était en cours dans 42% des établissements, était programmée dans 22% d'entre eux et n'était pas encore envisagée dans les établissements restants (soit 36%)



Les maisons de retraite médicalisées étaient les plus concernées par cette évaluation (56% étaient en train de la réaliser), étant soumises à la réglementation des EHPAD

¹³ Nouvelle dénomination dans la Loi n°2002-2 : conseil de la vie sociale

(Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) et disposant depuis 2000 d'un outil d'auto-évaluation, ANGELIQUE ¹⁴ leur étant spécifiquement destiné.

Si on compare ces données avec celle du secteur du handicap, on remarquait, à la date de l'enquête, un engagement plus fort du secteur des personnes âgées dans cette démarche qualité.

Ici, encore, il est évident que l'obligation de mener une auto-évaluation, posée par la Loi rénovant l'action sociale et médico-sociale, va faire évoluer ces chiffres.

¹⁴ « Application Nationale pour Guider l'Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements » publié par le Ministère des affaires sociales et de la solidarité

3 – L'implication des établissements pour personnes âgées auprès des personnes handicapées âgées

3.1 – Approche quantitative

L'évaluation quantitative des personnes handicapées âgées prises en charge par un établissement pour personnes handicapées a déjà fait l'objet d'une exploitation présentée dans le rapport « Les personnes handicapées âgées en Aquitaine : approche quantitative 2001-2011 ? »¹⁵

Rappelons que l'objectif de cette présente étude est **d'apprécier l'implication des établissements pour personnes âgées auprès de ce public, les moyens mis en œuvre ainsi que les difficultés et les besoins liés à cette prise en charge**

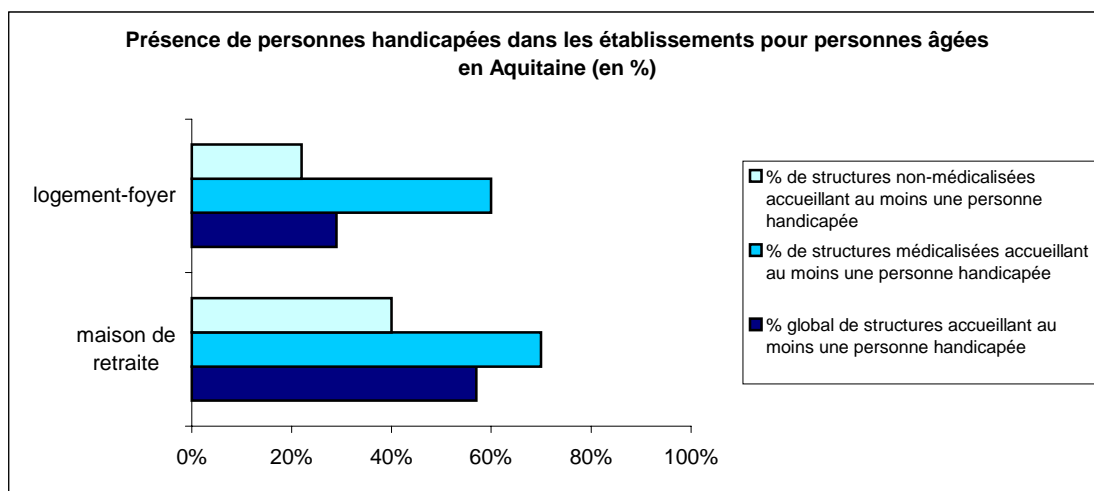
Néanmoins, pour resituer cette analyse dans un cadre permettant de préciser sur quelle population portent ces résultats, un rappel des données issues de l'étude quantitative paraît utile.

Extrait de « Les personnes handicapées âgées en Aquitaine : approche quantitative 2001-2011 ? »¹⁶

L'implication des établissements pour personnes âgées dans l'accueil du public handicapé est relativement importante puisque plus de la moitié d'entre eux (51%) compte au moins une personne handicapée (reconnue handicapée par la COTOREP avant l'âge de 60 ans) parmi ses résidents.

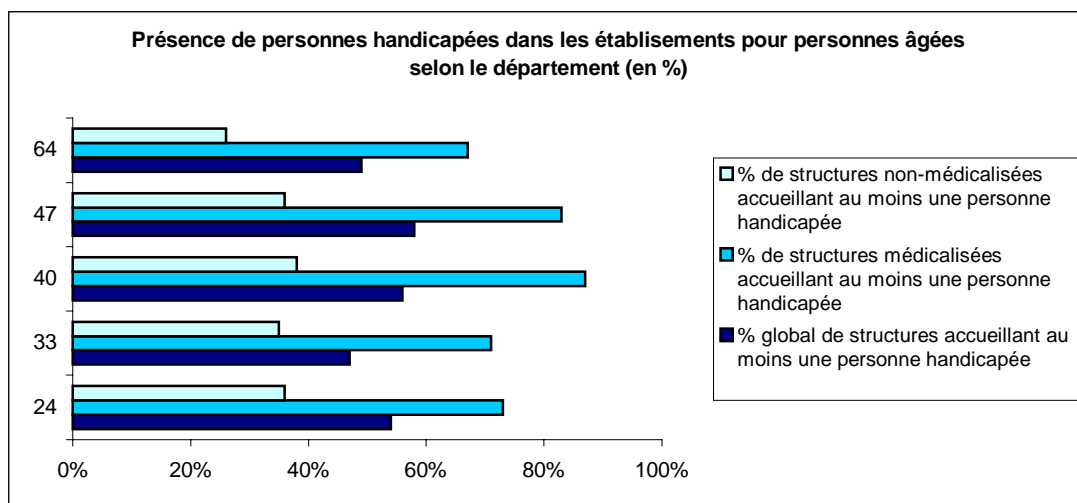
La présence, au sein de ces établissements, de places médicalisées a un impact favorable sur la prise en charge des personnes handicapées. Ainsi, 77% des structures médicalisées comptent au moins un résident handicapé contre 34% des structures non-médicalisées.

Par ailleurs, notons que les répondants n'ont pas toujours une bonne connaissance du cursus antérieur des personnes hébergées dans leur institution et près de 12% disent ne pas savoir si, parmi elles, certaines ont été reconnues handicapées avant l'âge de 60 ans.



¹⁵ Etude déjà citée dans l'introduction

¹⁶ Seule la situation en 2001 est reprise ici. Pour les projections à l'horizon 2011, se reporter à l'étude citée.



En 2001, 6% des résidents des maisons de retraite et logements-foyers étaient des personnes handicapées âgées d'au moins 50 ans.

En extrapolant cette proportion à l'ensemble de la population accueillie dans ce secteur en Aquitaine, on constate que plus de 2000 personnes sont concernées (chiffre qui constitue une estimation-plancher compte tenu des nombreuses incertitudes concernant le « passé » des résidents) :

- 269 personnes handicapées sont âgées de 50-59 ans
- 1755 personnes handicapées sont âgées de 60 ans et plus

Ce public est plus fortement représenté dans les maisons de retraite médicalisées, particulièrement dans le Lot-et-Garonne.

Estimation du nombre de personnes handicapées âgées ¹⁷ dans l'ensemble des établissements pour personnes âgées selon le département en 2001

	Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et-Garonne	Pyrénées-Atlantiques	Aquitaine
Capacité totale des établissements	5 663	14 463	3 635	3 689	6 401	33 851
Nb de personnes de 50-59 ans <i>et %</i>	65 - 1,1%	80 - 0,6%	20 - 0,6%	43 - 1,2%	61 - 1,0%	269 - 0,8%
Nb de personnes 60 ans et + <i>et %</i>	217 - 3,8%	853 - 5,9%	204 - 5,6%	276 - 7,5%	205 - 3,2%	1755 - 5,2%

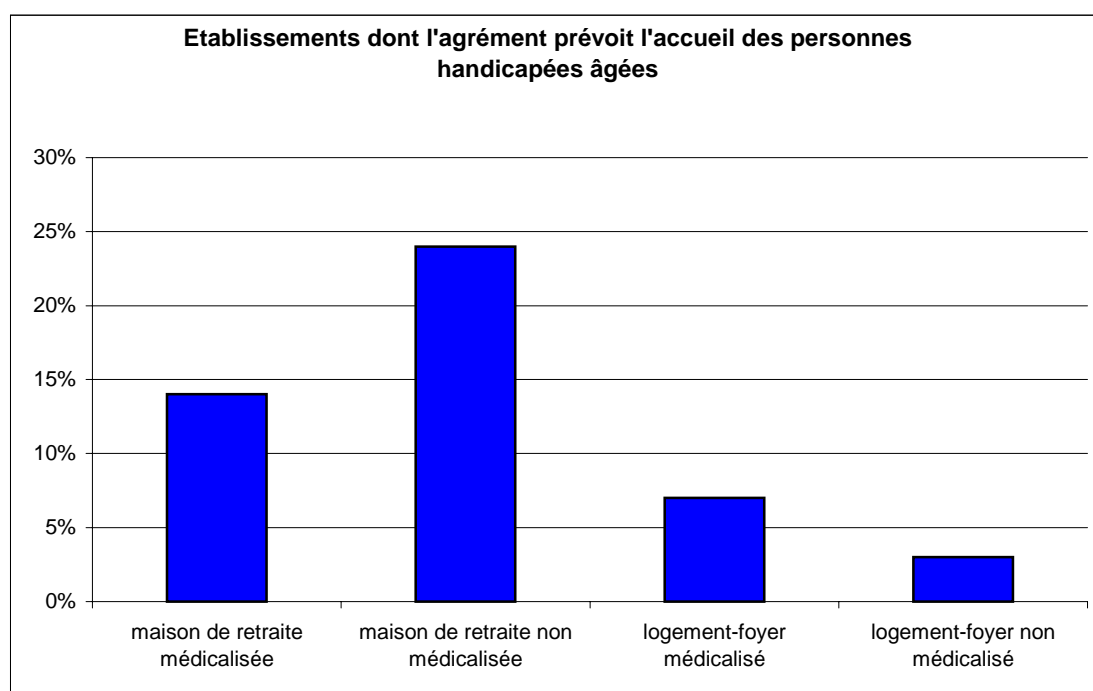
Estimation du nombre de personnes handicapées âgées dans l'ensemble des établissements pour personnes âgées selon la catégorie en 2011

	Maisons de retraite	Logements-foyers	Ensemble
Capacité totale des établissements	26 518	7 333	33 851
Nb de personnes de 50-59 ans <i>et %</i>	240 - 0,9%	29 - 0,3%	269 - 0,8%
Nb de personnes 60 ans et + <i>et %</i>	1673 - 6,0%	82 - 1,2%	1755 - 5,2%

¹⁷ les nombres de personnes indiqués selon l'âge concernent uniquement les personnes reconnues handicapées par la COTOREP.

3.2 – La place des personnes handicapées dans les établissements pour personnes âgées

En théorie, l'accueil des personnes âgées handicapées est prévu dans 28% des cas par l'organisme gestionnaire ¹⁸ dont dépendent les structures répondantes **et par seulement 15% des agréments des établissements eux-mêmes.**



De manière assez inattendue, les maisons de retraite non médicalisées sont les établissements pour personnes âgées pour lesquels l'agrément prévoit le plus souvent l'accueil des personnes handicapées âgées de manière explicite.

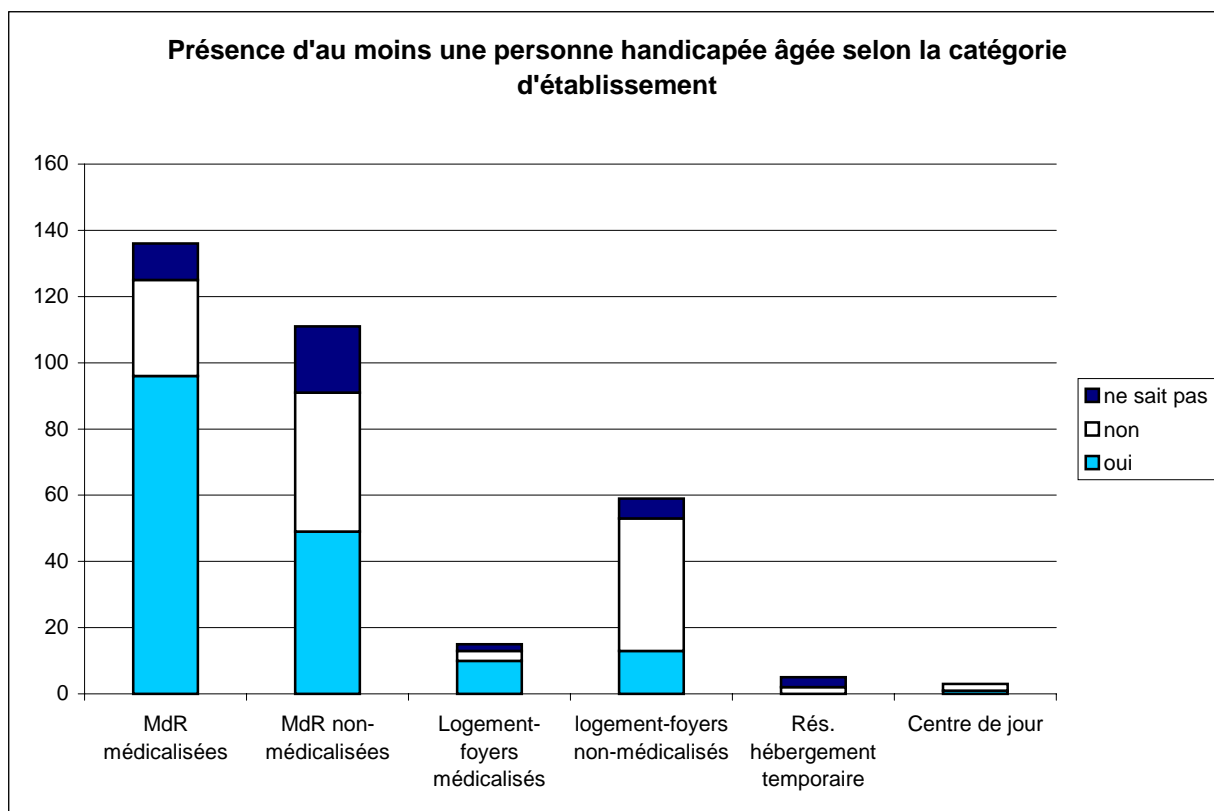
Les établissements ayant un tel agrément sont nettement plus nombreux à avoir réalisé un projet d'établissement : 61% pour une moyenne de 36%.

Néanmoins, tous ceux dont l'agrément prévoit l'accueil des personnes handicapées âgées et qui possèdent un projet d'établissement n'y présentent pas toujours une offre de service qui leur serait destinée.

A l'inverse, quelques projets d'établissements (7 à 8%) environ comportent un paragraphe consacré aux conditions d'accueil des personnes handicapées âgées alors que leur agrément ne prévoit pas cet accueil.

Dans les faits, les établissements nettement sont plus nombreux à accueillir des personnes handicapées âgées que ce que prévoient ces textes.

¹⁸ Proportion qui correspond à celle observée dans une étude du Réseau des consultants en gérontologie et de la Fondation de France « Pouvons-nous vieillir ensemble ? », mars 1995



Globalement un peu plus de la moitié des établissements (51,4%) reçoivent au moins une personne handicapée âgée. Les structures les plus concernées sont les maisons de retraite, la présence de places médicalisées ayant un impact favorable sur cet accueil.

Rappelons que plus de 12% des établissements ont déclaré ignorer si, parmi leurs résidents, certains avaient été reconnus handicapés avant l'âge de 60 ans (pourcentage allant jusqu'à 18% en ce qui concerne les maisons de retraite non-médicalisées). Il est donc probable que le nombre d'établissements concernés par l'accueil de ce public ait été en partie sous-estimé.

Les raisons de l'accueil de personnes handicapées âgées (en%) ¹⁹

	Maison de retraite médicalisée	Maison de retraite non-médicalisée	Logement-foyer médicalisé	Logement-foyer non médicalisé	ENSEMBLE
Réponse à un problème urgent	53,1%	34,7%	40,0%	38,5%	45,6%
Choix délibéré	37,5%	47,0%	50,0%	30,8%	40,8%
Accueil fortuit	31,3%	32,7%	10,0%	38,5%	30,8%

Le plus souvent (45,6%), cet accueil de personnes handicapées âgées dans ces établissements pour personnes âgées a constitué **une réponse à un problème urgent** (apparaissent, notamment ici, les situations d'adultes handicapés vivant avec leurs parents

¹⁹ plusieurs réponses possibles

et dont le mode de vie a subitement pris fin lors d'une hospitalisation voire du décès d'un parent).

Dans 40,8% des cas, cet accueil correspond à **un choix délibéré** sans que cela soit nécessairement la vocation de l'établissement (puisque seuls 15% des agréments prévoient cet accueil).

Enfin, plus de 30% des cas, **l'accueil s'est fait de manière fortuite** avec 2 cas de figure principaux illustrant cette situation :

- la personne handicapée a été admise suite à la libération d'une place sans que cette arrivée ait été particulièrement préparée
- le handicap est « découvert » après l'admission.

Entrent aussi dans ce cadre, quelques établissements qui étaient auparavant des hospices et qui ont conservé leurs anciens pensionnaires. En outre, quelques structures ont signalé avoir ainsi répondu à des sollicitations « pressantes » de CAT.

Par ailleurs, deux établissements ont explicitement motivé leur choix par la nécessité de « *remplir des places* ».

A titre de comparaison, l'étude de la Fondation de France ²⁰ sur l'accueil de personnes handicapées mentales en établissements pour personnes âgées a permis de recueillir les chiffres suivants concernant les raisons de cet accueil : pour 54%, il s'agit d'une réponse à une situation particulière ; pour 31%, la référence est faite à la politique de l'institution et pour 25%, c'est un choix conforme au projet d'établissement.

3.3 Les établissements n'intervenant pas auprès de personnes handicapées

Actuellement, 37% des établissements pour personnes âgées ne s'investissent pas auprès de la population handicapée ²¹.

Le quart de ces établissements n'a pas précisé les raisons pour lesquelles cet accueil n'était pas réalisé.

Pour les autres, deux raisons principalement évoquées pour expliquer ce non-accueil :

- **l'insuffisance des moyens humains pour 40%**
- **l'inadaptation et l'insuffisance des moyens matériels pour 40% également**

C'est donc, avant tout, les caractéristiques du plateau technique et les conditions matérielles qui sont posées comme obstacles à cet accueil.

²⁰ Fondation de France, *Les accompagner jusqu'au bout du chemin : l'accueil des personnes handicapées mentales vieillissantes*, Editions ENSP, Politiques et interventions sociales, 2000.

²¹ Rappel : 51% des établissements pour personnes âgées accueillent des personnes handicapées âgées, 36% n'en accueillent pas et 12% ne savent pas s'ils en accueillent ou pas.

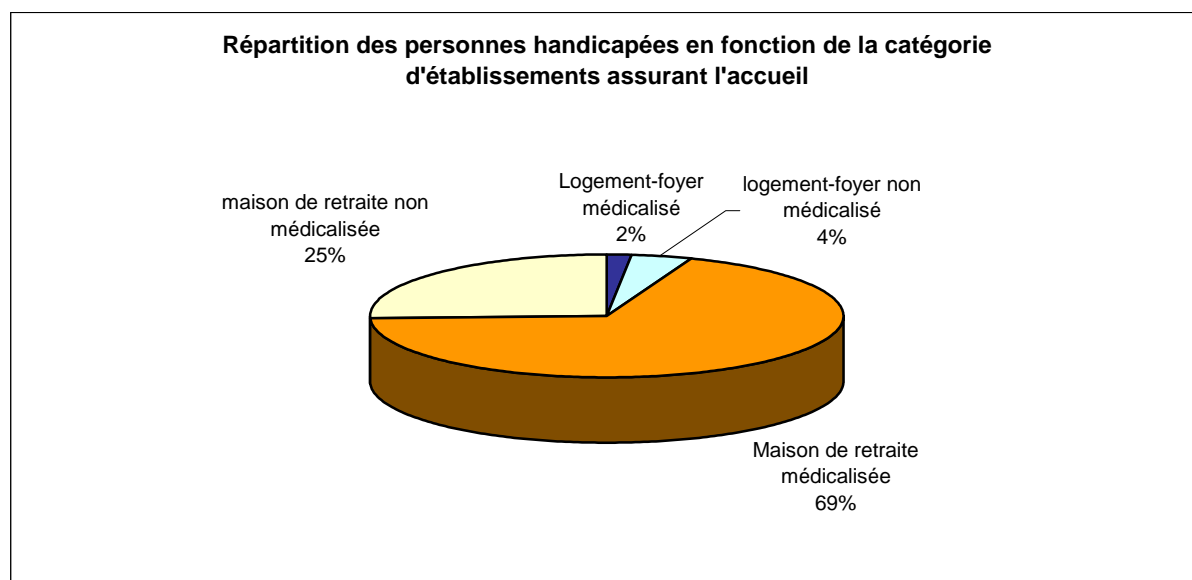
Deux raisons apparaissent ensuite :

- l'absence de sollicitation de la part de personnes handicapées pour 25% de ces établissements qui, dans leur majeure partie, ne seraient pas hostiles à l'accueil d'un tel public (puisque'ils ne mentionnent aucune autre raison susceptible de l'en empêcher)
- l'agrément qui ne prévoit pas cet accueil est évoqué, quant à lui, par 23% des établissements

Enfin assez exceptionnellement, l'opposition des autres résidents ou de leur famille (dans 4% des structures) ou des salariés (1 seule structure concernée) est signalée.

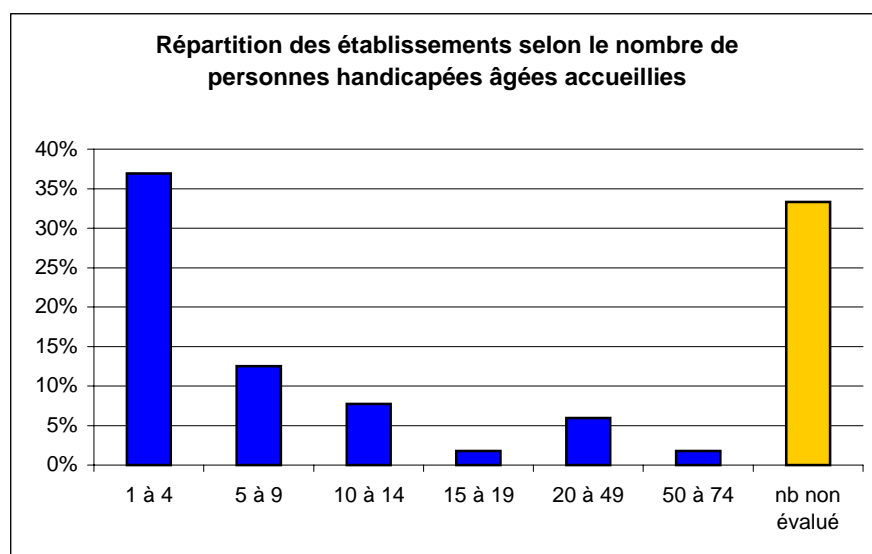
4 – La prise en charge des personnes handicapées âgées

Sur les 329 questionnaires exploités dans cette étude, 169 concernent des établissements ayant au moins 1 résident handicapé de 60 ans et plus. Ce chapitre et le chapitre 5 portent donc uniquement sur ce sous-ensemble.



Les personnes handicapées âgées qui bénéficient d'une prise en charge par un établissement du secteur personnes âgées sont accueillies pour la très grande majorité d'entre elles (plus des deux tiers) **par des maisons de retraite médicalisées qui disposent certainement des moyens les plus en rapport avec les besoins de cette population.**

Les logements-foyers, dont le fonctionnement exigent une grande autonomie de leurs résidents, n'occupent qu'une place réduite dans l'accueil des personnes handicapées âgées.



Globalement, les personnes handicapées âgées représentent un effectif assez faible au sein des établissements en pratiquant l'accueil : elles sont moins de 5 dans 37% des cas. Deux structures toutefois ont repéré plus de 70 personnes dans cette catégorie.

Il faut noter que le tiers des établissements qui accueille ce public n'a pas été en mesure d'en faire le recensement exact, ce qui montre une connaissance parfois partielle des trajectoires des personnes prises en charge, notamment de leur trajectoire antérieure. En fait, pour beaucoup d'établissements, l'origine des pathologies présentées par leurs résidents ne constitue pas une réelle préoccupation.

4.1 – Hébergement aménagement des locaux et aides techniques

L'accueil des personnes handicapées dans des sections séparées des autres résidents n'est que très rarement pratiqué (dans 5 à 6% des établissements concernés par l'accueil conjoint).

Comme on l'a vu cet accueil est le plus souvent une réponse à un problème urgent et peut être, également souvent, réalisé de manière fortuite : **dans ces conditions, il n'est pas surprenant que l'établissement n'ait pas une organisation prenant en compte de manière spécifique ce public.**

La majorité des établissements ont plusieurs formules d'hébergement :

- 75% d'entre eux proposent des chambres individuelles
- près de 20% ont des chambres collectives (2 à 3 personnes, en général, par chambre) ; les maisons de retraite non médicalisées sont plus nombreuses à conserver ce type d'accueil puisque plus de la moitié d'entre elles ont des chambres collectives
- enfin 11% de ces établissements disposent d'appartements autogérés

Les personnes handicapées âgées bénéficient de l'une ou l'autre de ces formules en fonction des possibilités des établissements lors de leur admission et probablement de leur niveau de dépendance.

Dans de très nombreux établissements (53%), des aménagements ont été réalisés « *spécialement à l'attention des personnes handicapées âgées* ». Il paraît néanmoins probable que ces aménagements ont été réalisés pour **l'ensemble des résidents présentant des restrictions d'autonomie** que ces restrictions soient dues à une déficience ayant donné lieu à l'attribution d'un statut de personne handicapée par la COTOREP ou qu'elles soient consécutives à des pathologies liées au vieillissement ²².

Les maisons de retraite non médicalisées sont les plus nombreuses à avoir bénéficié de tels aménagements. Le fait que ces établissements soient gérés le plus souvent par des organismes privés à but lucratif (SA, SARL) leur procure des moyens plus importants pour réaliser des adaptations nécessaires au bien-être de leurs résidents.

²² Le nombre de personnes concernées par ces restrictions dans les établissements pour personnes âgées fait des aménagements y ont été réalisées beaucoup plus fréquemment que dans les établissements pour adultes handicapés.

Ces aménagements visent à améliorer :

- les déplacements et l'accessibilité aux différentes parties de l'établissement : plan incliné, largeur couloirs/portes, rampes, ascenseur...
- l'autonomie dans l'utilisation des sanitaires : salles de bains et toilettes aux normes « personnes handicapées »
- le repérage dans l'espace : braille pour les personnes ayant une déficience visuelle, code-couleurs, repères et pictogrammes pour les personnes déficientes intellectuelles ou atteintes de maladie mentale

Plusieurs établissements, construits récemment, ont indiqué avoir été entièrement conçus en tenant compte de ces exigences. D'autres ont profité d'une rénovation générale de leurs locaux pour procéder à ces améliorations.

Par ailleurs, 36% des établissements ont mis à disposition de leurs résidents handicapés âgés des aides techniques. Il s'agit principalement d'appareillages visant à compenser une mobilité réduite : lève-malade, appareil de transfert, fauteuil-coquille, verticalisateur, déambulateur... et qui s'adressent également donc à des personnes devenues dépendantes.

4.2 – Les moyens humains

Environ 15% des établissements recevant des personnes handicapées âgées ont du personnel spécifiquement attaché à leur prise en charge. Dans beaucoup d'établissements, une affectation spécifique n'est pas possible car les personnes handicapées âgées ne sont pas assez nombreuses mais aussi parce que, comme on vient de le voir, ces personnes sont accueillies parmi les autres sans distinction particulière.

4.2.1 – Les plateaux techniques

Les composantes des plateaux techniques des établissements où il y a des personnes handicapées âgées n'apparaissent pas fondamentalement différentes des établissements qui n'en reçoivent pas.

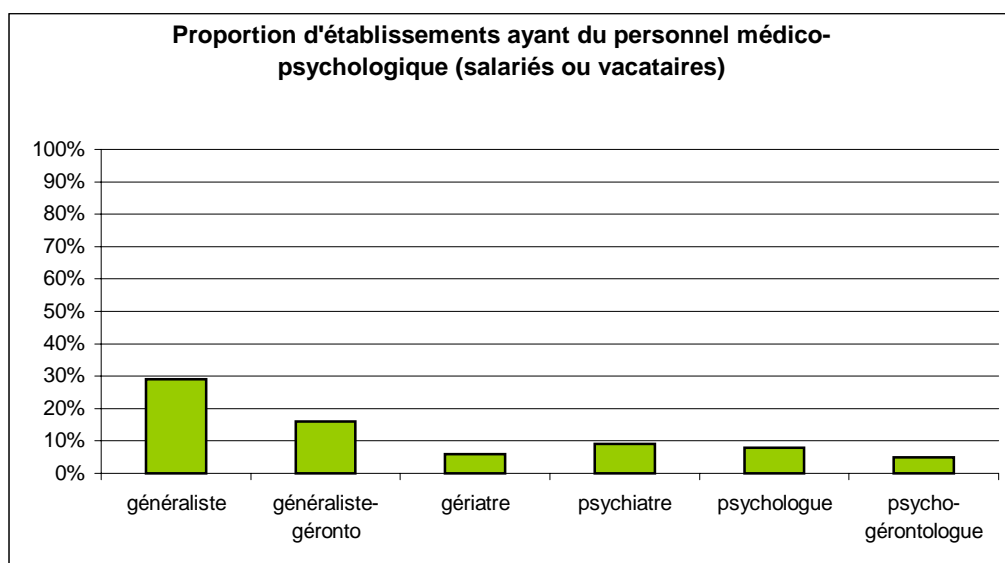
Les établissements contribuant à l'accueil des publics handicapés âgés ont, néanmoins, identifié des compétences qu'il faudrait introduire ou renforcer pour réaliser cet accueil dans de meilleures conditions. Ces besoins seront analysés dans le chapitre 5.

L'analyse des caractéristiques des plateaux techniques des établissements ayant au moins un résident handicapé âgé de 60 ans ou plus a été rendue difficile par le non-respect des consignes de remplissage assez fréquent d'où découlent de nombreux défauts d'information :

- les grilles recensant le nombre de postes n'ont pas toujours été remplies dans leur exhaustivité.
- l'approche en terme de ratio d'encadrement pour 100 personnes prises en charge s'est avérée impossible car certains répondants ont indiqué les qualifications représentées dans leur établissement sans préciser le nombre de postes correspondants en équivalent temps plein

La réalité des emplois dans ces établissements a donc été vraisemblablement sous-estimée.

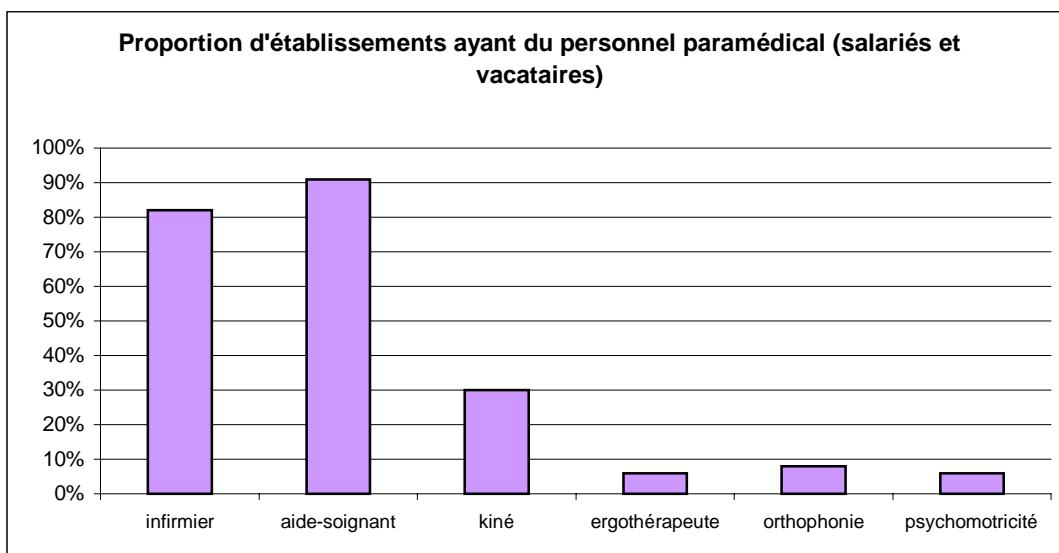
Les données qui suivent font état de la présence, au sein des établissements, des différentes catégories professionnelles quel que soit leur statut (salariés ou vacataires) ou leur nombre par rapport à la capacité d'accueil.



Plus de la moitié des établissements font intervenir en leur sein des médecins généralistes ou spécialistes. La qualité de gérontologue semble appréciée puisque plus d'un tiers des généralistes a cette qualification. On retrouve à peu près cette proportion de spécialistes des phénomènes liés au vieillissement chez les psychologues même s'ils sont globalement peu nombreux. La présence de gériatres dans ces établissements reste également assez marginale.

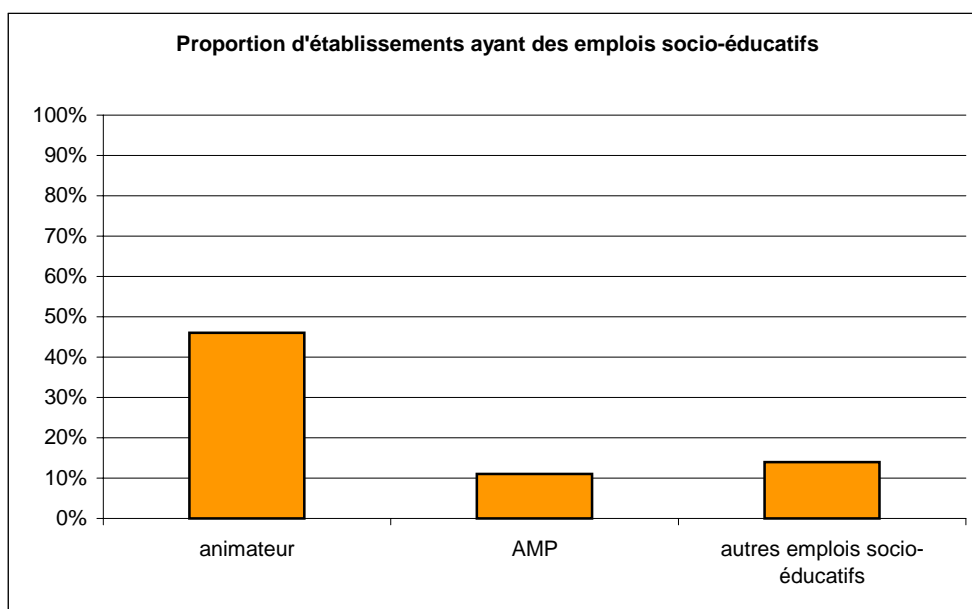
Par ailleurs, près de 45% des établissements médicalisés dispose d'un médecin chargé de la coordination de la prise en charge des résidents ²³.

²³ Selon l'arrêté du 26 avril 1999, le médecin coordinateur est responsable de la qualité des soins, il participe à la construction du projet institutionnel, élabore le projet de soins, le met en œuvre et est responsable de la permanence des soins. Il assure également la coordination avec des prestataires de soins externes.



Les professions paramédicales, principalement les infirmiers et aides-soignants, sont les plus représentées dans les établissements pour personnes âgées (à l'exception des logements-foyers non médicalisés).

Par contre, les kinésithérapeutes mis à part, le recours à d'autres spécialités reste encore peu fréquent : 6 à 8% des établissements seulement emploient des ergothérapeutes, orthophonistes ou psychomotriciens. Il semblerait que cela soit jugé insuffisant pour d'assez nombreux établissements (voir chapitre 5).

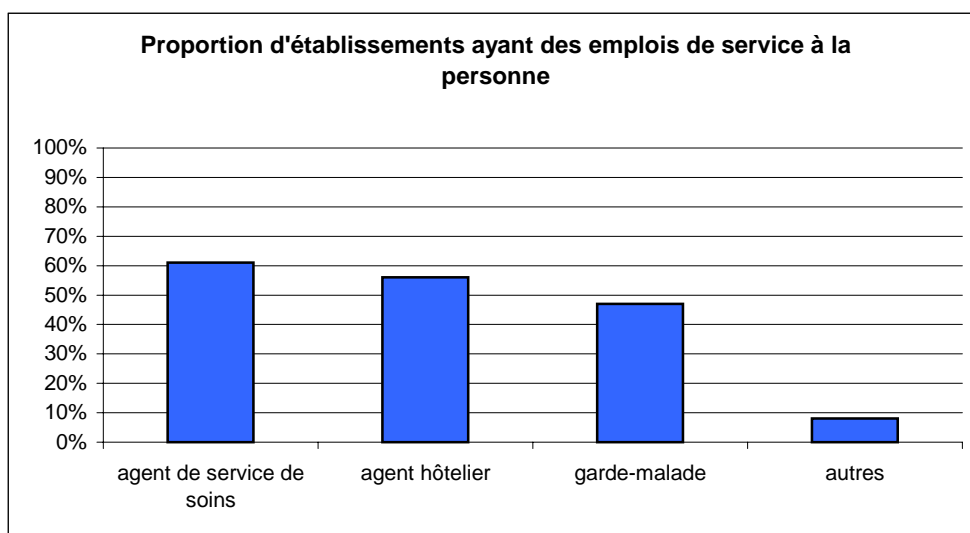


Les professions éducatives sont encore assez peu connues dans le secteur des personnes âgées : l'axe de prise en charge prioritaire dans ces établissements étant celui des soins beaucoup plus que celui de l'accompagnement social ou éducatif.

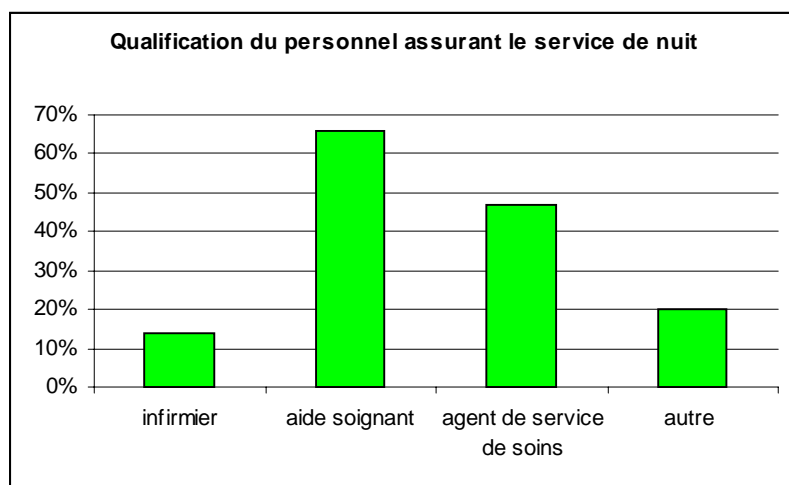
Même dans les établissements pratiquant l'accueil conjoint personnes âgées / personnes handicapées, l'aspect spécifique de l'accompagnement de ces

dernières n'apparaît donc pas de manière évidente. Ainsi, un peu plus de 10% seulement de ces établissements emploient des aides médico-psychologiques (aucun n'emploie de moniteur-éducateur et un seul un éducateur spécialisé).

Néanmoins, quel que soit le public reçu, le souci de proposer une animation et des activités encadrées en plus des prestations de soins et d'hébergement **semble présent dans d'assez nombreux établissements : près de la moitié d'entre eux en moyenne salarie au moins un animateur**, ceci étant cependant moins fréquent dans les maisons de retraite non-médicalisées.



Cette rubrique concernant les emplois de service à la personne semble avoir fait l'objet de sous-déclaration assez importante. Néanmoins, on peut noter, en toute logique, une présence plus marquée de ces professionnels dans les établissements médicalisés.



Le plus souvent, plusieurs catégories de personnel participent par roulement à la surveillance de nuit des résidents au sein d'un même établissement. L'intervention d'un infirmier pour cette tâche est relativement rare et n'est constatée qu'en maison de retraite médicalisée ou non.

Cette mission est parfois confiée, même en établissement médicalisé, à du personnel non qualifié (veilleur de nuit ou emploi-jeune).

4.2.2 - La formation des personnels

Plus de la moitié (54,4%) des établissements pour personnes âgées recevant des personnes handicapées âgées ont un plan de formation pluriannuel de leur personnel : les structures médicalisées sont nettement plus concernées (67%) que les non-médicalisées (33%).

Parmi les formations suivies au cours des 3 dernières années, certaines ont porté sur les publics handicapés âgés. C'est le cas dans 49% des établissements.

La plupart du temps, il s'agit de formations relatives à des problématiques touchant l'ensemble des résidents mais qui peuvent concerner aussi plus spécifiquement ceux qui sont handicapés :

- les techniques de manutention des personnes restent le sujet le plus souvent abordé (43% des établissements)
- l'accompagnement des mourants a été traité dans 34% des établissements
- 2 thèmes qui mêlent les questions de dépendance et de handicap ont fait chacun l'objet de réflexion et d'apports théoriques dans 28% des établissements : la maladie mentale et/ou la déficience mentale ainsi que les aspects psychopathologiques du vieillissement
- d'autres sujets ont fait l'objet de formation dans 15 à 20% des établissements : la communication dans ses différentes formes, la prévention des chutes et des accidents, la mort et le deuil

Il faut noter que la question de la cohabitation des publics handicapés et âgés n'a été abordée que dans 5 établissements sur les 169 concernés par cette situation (soit moins de 3%), ce qui est évidemment très peu. Deux raisons sans doute à cela :

- cette question ne fait pas partie des préoccupations prioritaires des établissements qui pratiquent l'accueil conjoint soit parce que d'autres problèmes sont considérés comme plus lourds et plus difficiles à traiter pour la structure accueillante, soit parce que les établissements considèrent que cette cohabitation ne crée pas de difficultés particulières
- l'insuffisance des offres de formation sur cette problématique

D'autres sujets en lien avec les personnes handicapées âgées ont également été abordés²⁴. Deux axes prédominent :

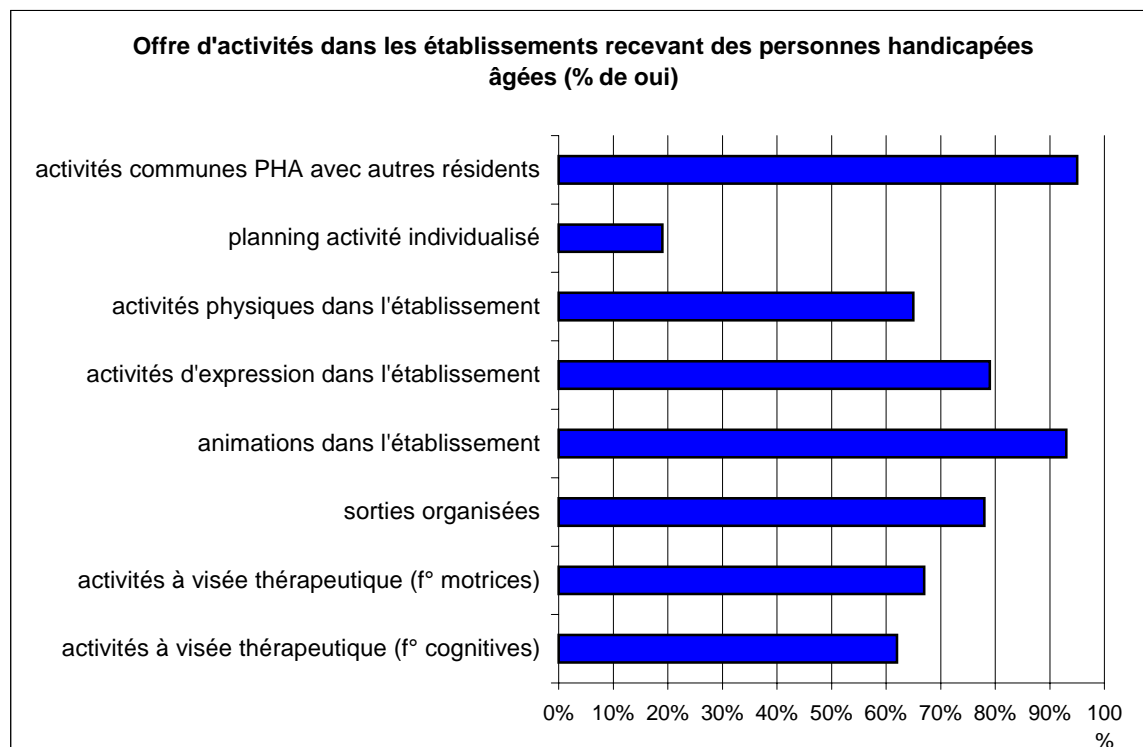
- la vie en institution : projet d'établissement, projet de vie, animation, violence en institution...
- l'intervention directe auprès de la personne sous trois angles : *thérapeutique* (prise en charge de la douleur, stimulation des fonctions cognitives, gestion du stress, musicothérapie, escarres, incontinence...), *relationnel* (être à l'écoute, mieux prendre en compte les désirs de la personne) et *vie quotidienne* (diététique/nutrition, esthétique, entretien du corps...).

²⁴ Il s'agit de thèmes qui ne faisaient pas partie de la liste pré-établie et qui ont été spontanément cités par les répondants

Plus rarement les outils d'évaluation (AGGIR, HACCP ²⁵) ont fait l'objet d'interventions.

4.3 – L'organisation de la prise en charge

4.3.1 – les prestations internes



Comme pour l'hébergement, la pratique d'activités ne conduit pas à séparer les résidents handicapés des autres.

D'assez nombreux établissements ont développé des projets d'animation.

On remarque, néanmoins, qu'à la différence avec les établissements pour adultes handicapés, la notion de projet individualisé ou d'offre de prestations personnalisée tient une place assez peu importante dans ce secteur : ainsi moins de 20% des établissements pour personnes âgées propose un planning d'activités individualisé alors que c'était le cas de plus de 60% des structures dans le champ du handicap ²⁶.

Les établissements répondants sont nombreux à avoir pointé ce manque et considèrent que c'est un axe à développer (voir chapitre 5).

4.3.2 – Partenariat et réseaux

Près du tiers des établissements font appel à des prestataires extérieurs pour mettre en œuvre la prise en charge. Les établissements non médicalisés, qui ne disposent pas des

²⁵ HACCP : Hazard Analysis and Control of Critical Points (analyse des risques et contrôles des points critiques), méthode consistant à repérer les risques d'un processus et à déterminer les moyens de les limiter.

²⁶ Voir étude précédente *Les personnes handicapées âgées dans les établissements pour personnes handicapées*, CREAHI d'Aquitaine, avril 2002

ressources internes pour répondre aux besoins de soins de leurs résidents, sont plus nombreux dans ce cas (38%) que ceux qui sont médicalisés (27%).

Par ailleurs, le tiers des établissements fait partie d'un réseau social et/ou sanitaire. Parmi les établissements concernés, la moitié appartient à un réseau social uniquement, 16% à un réseau sanitaire uniquement et le tiers restant participe à ces 2 types de réseau.

4.3.3 - Système d'évaluation

Près de 70% des établissements accueillant des personnes handicapées utilisent un système d'évaluation pour quantifier la dépendance et apprécier le besoin d'aide du public pris en charge.

Parmi les outils utilisés, AGGIR arrive très largement en tête, 80% des structures y ont recours (AGGIR - Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources - modèle qui permet d'évaluer l'expression de l'autonomie grâce à l'observation des activités effectuées seules par les personnes âgées et de définir en fonction de la perte d'autonomie un groupe iso-ressources). Cette prédominance est logique puisque AGGIR est la référence légale dans les établissements classés EHPAD ²⁷ pour l'évaluation des tarifs « dépendance et soins ».

Toutefois, plusieurs études ont mis en évidence l'inadaptation de l'outil AGGIR pour une population handicapée mentale ou psychique, la principale limite de cet outil étant l'absence de prise en compte de soins relationnels et le besoin d'interventions psycho-éducatives ²⁸.

Un autre outil tient une place importante : il s'agit de GALAAD (Gérontologie Approche Logistique pour une Aide à l'Analyse et à la Décision) utilisé dans 10% des établissements. D'autres outils sont parfois utilisés plus rarement parmi lesquels MMS (Mini Mental State) qui a pour objectif le dépistage des déficiences cognitives chez les personnes âgées.

²⁷ Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes soumis à la tarification ternaire : hébergement, dépendance et soins

²⁸ voir notamment *Evaluation de l'autonomie selon AGGIR : qu'en est-il auprès d'adultes handicapés ?* Bulletin d'information du CREA I Bourgogne, n° 179, janvier 1999

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

5.1 – Les difficultés

La difficulté majeure identifiée par les établissements pour accueillir dans de bonnes conditions les personnes handicapées âgées **est l'insuffisance numérique du personnel**. Elle concerne 58% des répondants et est citée en premier quel que soit le type d'établissement. Les besoins recensés en terme de ressources humaines (point 5.2.1) mettront en évidence les catégories professionnelles qui font particulièrement défaut.

Trois autres difficultés arrivent ensuite :

- **les besoins croissants de médicalisation** (pour 37% des structures) qui complexifient la prise en charge des personnes handicapées âgées et nécessitent une forte mobilisation de personnel de soins qui, même dans les établissements médicalisés, n'est pas toujours réalisable
- **la cohabitation des publics âgés et des publics handicapés** : alors que ce thème n'est abordé en formation que de manière très exceptionnelle, 34% des établissements qui pratiquent l'accueil conjoint pensent qu'il est source de difficulté (notamment quand il s'agit de personnes handicapées psychiques qui « *peuvent troubler la tranquillité des autres usagers* »). De ce fait, certains déclarent veiller à l'équilibre numérique des personnes âgées et des personnes handicapées. Les maisons d'accueil médicalisées sont plus nombreuses à être dans cette situation.
- **l'insuffisante formation du personnel aux problématiques des personnes handicapées** est également relativement souvent mise en cause (dans 32% des établissements) avec des effets sur l'expression des besoins (point 5.2.1) et les projets en cours de gestation (point 6.2).

Par fréquence de citation, les autres difficultés signalées concernent :

- **la configuration des locaux**, jugée inadaptée pour 25% des répondants : pour y faire face plusieurs établissements ont déjà procédé à des aménagements ou des restructurations (voir point 4.1) ou envisagent d'améliorer l'accessibilité (voir point 6.2). A cette difficulté, on peut associer celles liées à la réduction de la mobilité des personnes qui touche 20% des établissements
- **l'inadaptation des activités proposées au rythme** des personnes handicapées âgées (pour 24% des répondants) : le projet d'animation est souvent décrit comme « le parent pauvre » des institutions pour personnes âgées, très peu personnalisé en raison de l'insuffisante présence de professionnel qualifié et d'une méconnaissance des besoins des personnes handicapées.

Notons qu'environ 1 établissement sur 6 pratiquant l'accueil de personnes handicapées âgées n'a signalé aucune difficulté particulière liée à cet accueil (soit 17%). Plusieurs établissements ont souligné, par ailleurs, qu'il n'y avait pas en la matière de règle générale, que « *cela dépendait du handicap* ».

5.2 – Les besoins

5.2.1 – Les besoins en terme de ressources humains

L'insuffisance numérique du personnel, comme nous venons de le voir, est la difficulté majeure liée à l'accueil des personnes handicapées âgées. Les établissements ont identifié de manière assez précise les qualifications qui leur font défaut pour assurer dans de meilleures conditions cette prise en charge.

D'une manière générale, la préoccupation de ces établissements est **mettre en œuvre une prise en charge plus fine et plus personnalisée et de pouvoir consacrer davantage de temps à chaque personne handicapée.**

Près de 20% des établissements recevant des personnes handicapées âgées ont déclaré que des emplois médico-psychologiques supplémentaires seraient nécessaires pour une meilleure prise en charge de cette population.

Les besoins en emplois médico-psychologiques

	Généraliste	Généraliste gériatologue	Gériatre	Psychiatre	Psychologue	Psychologue gériatologue
Nb étab ayant des besoins	1	11	6	3	15	14
Nb postes souhaités en ETP	1	5,7	4,5	0,6	6,2	9

Les apports attendus d'une équipe médico-psychologique enrichie et renforcée se situent principalement à 3 niveaux :

- **meilleur suivi individuel des handicaps** et de leur évolution, maintien des capacités d'autonomie : ce suivi, pour une plus grande efficacité, doit être confié à des praticiens ayant une bonne connaissance du handicap
- **développement des soins psychologiques et/ou psychiatriques** avec, souvent mis en avant, l'intérêt d'apporter à ces soins une approche gériatologique
- **mise en place de nouvelles prestations** : atelier thérapeutique, atelier de stimulation cognitive, groupe-mémoire, groupe-parole ou encore soins palliatifs

Les besoins en emplois paramédicaux

	Infirmier	Aide-soignant	Kinésithérapeute	Ergothérapeute	Orthophoniste	Psychomotricien
Nb étab ayant des besoins	31	34	15	20	1	18
Nb postes souhaités en ETP	42	121,1	10,8	16,1	1	15,7

Plus du tiers des établissements (34,3%) ont identifié des besoins en personnel supplémentaire dans cette catégorie d'emploi.

C'est pour cette catégorie professionnelle que le fait « de pouvoir prendre plus de temps auprès des personnes handicapées » est le plus souvent posé comme une nécessité.

Les attentes liées à l'introduction de nouvelles qualifications ou à l'augmentation de celles déjà représentées devraient permettre de mieux répondre aux besoins des personnes handicapées et de dispenser des soins plus adaptés aux particularités de ces résidents notamment :

- **en consacrant plus de place à l'écoute**, au dialogue, aux soins relationnels
- **en développant des prestations permettent le maintien de l'autonomie** par la préservation des fonctions cognitives et motrices
- **en permettant une assistance humaine de plus grande qualité et plus « dense »** pour les actes de la vie quotidienne (toilette, repas, continence, déplacement...)
- **en apportant des compétences techniques** sur l'aménagement de l'espace et le recours aux aides techniques

D'autres nouvelles prestations pourraient aussi, ici ou là, être mises en place comme par exemple, l'apprentissage de la langue des signes par les infirmiers ou les AMP ou encore une prise en compte plus importante des familles.

Les besoins en emplois socio-éducatifs et de service à la personne

	Animateur	Aide médico-psychologique	Educateur spécialisé	Agent de service de soins	Agent hôtelier	Garde-malade
Nb étab ayant des besoins	30	20	1	12	6	8
Nb postes souhaités en ETP	23,9	48,8	1	37	11,5	10,3

Le quart des établissements répondants a déclaré avoir des besoins de postes supplémentaires dans le champ socio-éducatif et 10% dans les emplois de services aux personnes.

Deux thèmes reviennent de façon récurrente dans les attentes exprimées : la présence auprès des personnes handicapées âgées, l'animation et l'occupationnel.

La nécessité de pouvoir consacrer du temps aux personnes handicapées âgées, des les assister autant que nécessaire dans leur quotidien, d'être disponible est mise en avant ainsi que l'importance de pouvoir leur proposer une animation plus individualisée et plus adaptée aux différentes formes de handicap.

Or, beaucoup d'établissements déplorent l'insuffisance du projet d'animation et souhaiteraient pouvoir augmenter quantitativement et qualitativement leur offre en la matière. Un leitmotiv se retrouve chez de nombreux répondants : confier l'animation à **des professionnels de l'animation et des personnes handicapées**.

Par ailleurs, une attention particulière est portée dans certains établissements à la profession d'aide médico-psychologique (AMP) qui pourrait par sa présence contribuer à la **« mise en place d'un plan de vie pour les personnes handicapées »**. L'AMP est ainsi reconnue comme particulièrement pertinente, grâce à sa formation à la prise en charge des personnes handicapées, *« pour gérer le côté relationnel et veiller au maintien de la vie sociale des personnes handicapées âgées »*.

En définitive, ce qui se dégage de ces données, c'est que les besoins en termes quantitatifs, dont les établissements ont pu faire l'évaluation, ne peuvent pas être assimilés à un simple réflexe revendicatif (« nous sommes surchargés »... « il manque du personnel »...) mais correspondent à de réels projets de nouvelles offres de service.

5.2.2 – Les autres besoins

Plus du quart des établissements ont déclaré souhaiter développer certains aspects de la prise en charge de la personne handicapée âgée sans avoir précisé les catégories de personnels qui pourraient être concernées. Ce qui est mis en avant c'est **la volonté de mettre en place une prise en charge plus individualisée** (qui apparaît de manière transversale dans l'expression des besoins en personnel supplémentaire – cf. point 5.2.1) ainsi que le souci d'une plus grande participation de la personne. Pour réaliser ces objectifs, deux conditions sont jugées indispensables :

- une meilleure connaissance du handicap (parfois spécifié : déficience mentale, déficits sensoriels, polyhandicap) qui n'est accessible que par la formation
- davantage de temps pouvant être consacré à ce public, ce qui implique un personnel plus nombreux

Parmi les prestations qui pourraient être proposées si ces conditions étaient réunies, apparaissent le plus souvent : des animations et sorties plus nombreuses, des activités cognitives ou thérapeutiques (ateliers mémoire, lecture, cuisine, parole...), renforcement de la prise en charge de nuit, diversification de l'accueil (accueil temporaire, accueil de jour, accueil de transition pour personnes issues de CAT)...

Certains établissements ont, en outre, indiqué qu'une meilleure prise en compte des familles leur apparaissait souhaitable.

Par ailleurs, une proportion importante d'établissements (42%) souhaiteraient réaliser des aménagements à destination des personnes handicapées âgées. Le souci d'améliorer le cadre de vie et le confort des résidents, « d'humaniser les conditions d'accueil », apparaît très présent.

Deux types de demandes reviennent le plus fréquemment :

- l'amélioration de l'accessibilité (rampe, largeur couloirs et portes, accès et utilisation sanitaires, signalétique pour personnes sourdes) voire le réaménagement total de l'établissement aux « *normes personnes handicapées* »
- la mise à disposition plus fréquente d'aides techniques (y compris de domotique)

D'autres attentes sont également exprimées :

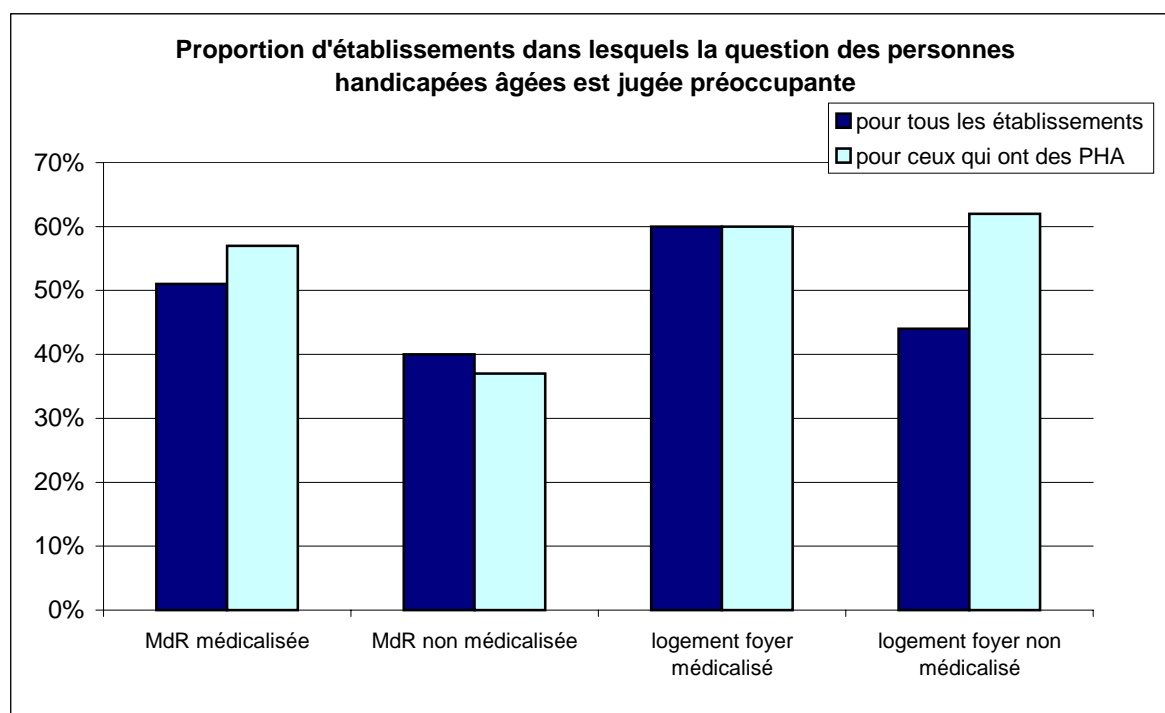
- la nécessité de créer des lieux de vie spécifiques « *pour chaque catégorie de handicap* » pour respecter les différents rythmes et que « *chacun puisse effectuer ses activités sans gêner les autres* », ce qui montre le souci d'éviter les tensions liées à l'accueil conjoint et la reconnaissance des spécificités des publics en fonction de leur handicap
- la mise à disposition d'équipement n'existant pas encore à l'heure actuelle : locaux spécialement aménagés pour les activités occupationnelles et de loisirs, salles et matériels de kinésithérapie ou d'ergothérapie (plus rarement balnéothérapie), véhicule adapté pour les sorties
- l'humanisation des conditions d'accueil grâce à la suppression des chambres collectives et la personnalisation des chambres individuelles
- l'installation de système de sécurisation et d'isolation phonique permettant de limiter les « perturbations » générées par les comportements de certains résidents (fugues, agitation, comportements bruyants) et la gêne occasionnée aux autres résidents.

Certains répondants soulignent, toutefois, que la priorité pour eux serait avant tout d'augmenter les effectifs du personnel intervenant auprès des personnes handicapées âgées, l'inadaptation des locaux étant au regard de leurs besoins moins préoccupante.

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

6.1 – La dynamique de la conception des projets

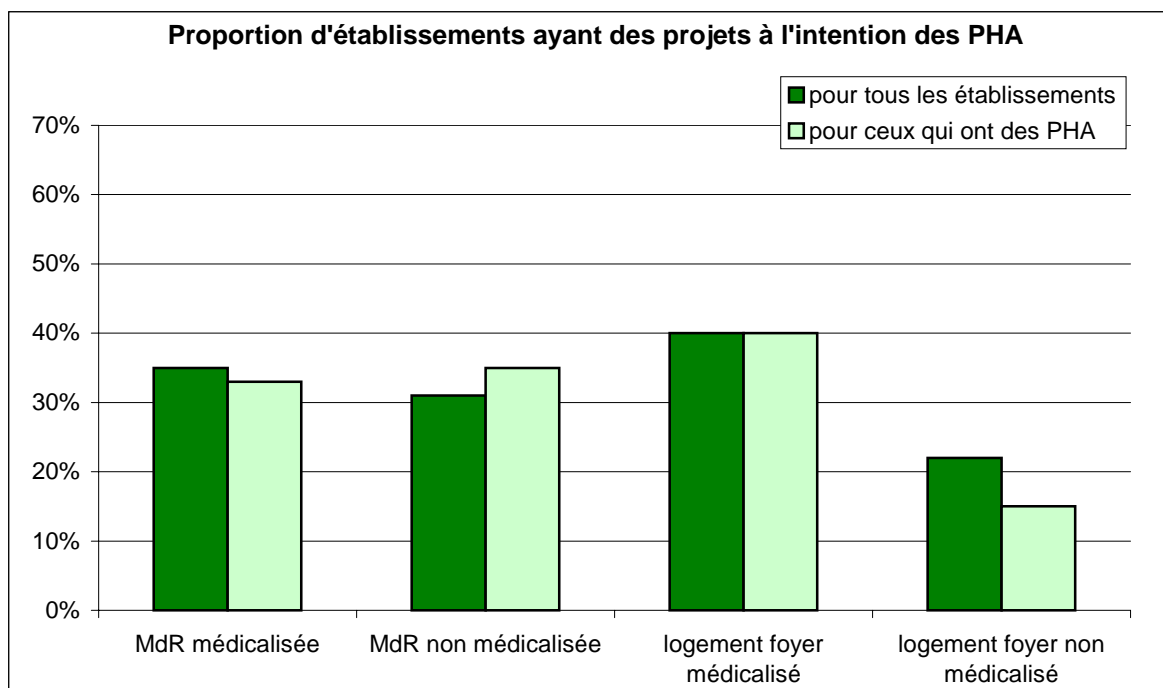
Globalement 46% des établissements considèrent que la question des personnes handicapées âgées est préoccupante pour leur secteur d'activité. Les établissements, déjà confrontés à la prise en charge de ce public, sont un peu plus nombreux à manifester leur « inquiétude » à ce sujet (52%).



Pour les logements-foyers, ce public fait plus souvent l'objet de préoccupations que dans les maisons de retraite, sans doute parce qu'en raison de leur organisation, ils ne peuvent apporter toute l'attention et les services dont ces résidents auraient besoin.

Le fait que les structures soient médicalisées ne réduit pour autant les inquiétudes par rapport aux personnes handicapées âgées. Etant souvent sollicitées en raison de leur plateau technique, elles constatent néanmoins leurs limites par rapport à ces personnes :

- d'une part parce que la réponse en terme de soins stricto sensu ne couvre pas l'ensemble des besoins de ce public particulièrement celui d'accompagnement social
- d'autre part parce que la grande majorité des intervenants ne sont pas formés aux spécificités des handicaps dans ses différentes formes.



Près de 32% des établissements pour personnes âgées envisagent de développer un projet à l'intention des personnes handicapées âgées.

Le fait d'être déjà impliqué dans la prise en charge de cette population n'a pas d'impact sur la propension à avoir des projets à son intention. Par contre, la présence de places médicalisées favorise la production de projets (35% des établissements médicalisés ont des projets contre 27% des non-médicalisés).

Considérer la question des personnes handicapées âgées comme préoccupante crée un effet dynamisant sur le développement de projet : 70% des établissements « préoccupés » préparent des projets pour ce public contre seulement 22% de ceux qui ne sont pas préoccupés.

Par ailleurs, l'existence préalable d'un projet d'établissement a des répercussions très significatives sur la préparation de projets spécifiquement destinés aux personnes handicapées âgées : 50% des structures ayant un projet d'établissement envisagent de faire de nouvelles offres pour ce public contre seulement 17% de celles qui n'en ont pas.

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

Les projets qui ont pu être recensés n'ont pas tous le même état d'avancement, certains sont pour le moment encore embryonnaires et font l'objet de réflexion, d'autres au contraire sont entièrement finalisés et sur le point d'être mis en œuvre. Quoi qu'il en soit, les répondants ont souvent tenu à mettre en avant le fait qu'ils étaient favorables à l'accueil des personnes handicapées âgées et soucieux de pouvoir leur offrir des conditions de prise en charge de qualité.

Ces projets concernent le plus souvent :

- l'amélioration et l'humanisation du cadre de vie, l'accessibilité
- la création d'unités destinées spécifiquement aux personnes handicapées âgées, parfois dans le cadre d'un partenariat
- le développement d'une offre de service globale à destination de personnes handicapées âgées qui sera présentée dans le projet d'établissement
- la mise en place d'une section médicalisée dans la structure qui va offrir des moyens supplémentaires pour la prise en charge des personnes handicapées âgées

6.2.1 - Les projets dans les logements-foyers ²⁹

En premier lieu, la moitié des établissements ayant un projet prévoient une restructuration de leurs locaux pour améliorer l'habitat et l'accessibilité de tous leurs résidents parmi lesquels les personnes handicapées âgées

En outre, plusieurs établissements préparent une extension de leur projet d'établissement pour y formaliser l'accueil des personnes handicapées âgées autour de 2 axes : projet de vie et projet de soins et, dans cette optique, vont veiller à la formation des équipes

Quelques structures envisagent de se médicaliser et dans le cadre de la réforme de la tarification pensent pouvoir obtenir du personnel médical et paramédical pour intervenir auprès des personnes handicapées. A ce sujet, **le rapport Grunspan sur l'adaptation des logements-foyers à l'évolution de la population reçue** ³⁰, met en évidence que ces établissements reçoivent des personnes de plus en plus dépendantes. Certains d'entre eux dépassent un seuil significatif de dépendance et entrent dans le champ de réglementation des EHPAD, ils vont donc devoir conclure une convention tripartite (avec l'Etat et le conseil général) par laquelle ils s'engagent, en particulier, à adapter leurs locaux.

Par ailleurs, deux créations d'unités destinées aux personnes handicapées âgées ont été recensées : l'une par un logement-foyer médicalisé qui va créer une annexe en son sein, l'autre par une structure non-médicalisée qui prépare ce projet en partenariat avec une association du secteur médico-social.

Enfin, notons que 2 logements-foyers médicalisés souhaitent diversifier leurs modalités d'accueil en réservant quelques places à l'accueil temporaire.

²⁹ Parmi les logements-foyers ayant participé à l'enquête, 6 établissements médicalisés sur 15 ont des projets et 13 établissements non-médicalisés sur 59 ont des projets.

³⁰ Rapport réalisé pour la Direction générale de l'action sociale et la Direction générale de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction et rendu public en février 2003.

6.2.2 - Les projets dans les maisons de retraite ³¹

De très nombreuses maisons de retraite médicalisées (environ une vingtaine), un peu moins souvent dans les établissements non-médicalisés, pensent créer une unité de prise en charge destinée aux personnes handicapées âgées, public souvent dénommé dans ces projets «*adultes handicapés vieillissants* » (avec parfois une précision sur le handicap : handicap mental, surdi-cécité...).

Le concept de *cantou* apparaît aussi : petite unité proposant un mode de vie participatif et communautaire à des personnes désorientées ou souffrant de troubles mentaux.

Certains de ces projets sont envisagés dans le cadre d'un partenariat avec des associations gérant des équipements pour adultes handicapés.

L'humanisation des locaux, les projets architecturaux est une option qui est privilégiée par les maisons de retraite non-médicalisées, elles concernent tous les résidents.

Par ailleurs, dans plusieurs établissements, une réflexion autour du projet de service, du projet de soins, notamment autour d'un pôle géronto-psychologique, est en cours avec, pour objectif, une meilleure prise en compte des personnes handicapées âgées. Dans ce cadre, on peut également signaler qu'une création de sections d'accueil de jour qui contribue à diversifier les réponses et pourra concerner des personnes handicapées âgées vivant à leur domicile. En outre, certaines structures confrontées à la mise en place de la réforme de la tarification en attendent une organisation et des moyens plus adaptés à l'accueil de ce public.

L'animation et sa plus grande personnalisation aux besoins des personnes handicapées âgées fait aussi l'objet d'une réflexion dans certaines maisons de retraite avec la volonté de favoriser la participation de cette catégorie de résidents à la vie collective et de stimuler les échanges sociaux.

Enfin, deux établissements espèrent que la démarche qualité qu'ils vont entreprendre leur permettra de dégager des pistes pour améliorer l'offre de service à l'intention des personnes handicapées âgées.

³¹ Parmi les maisons de retraite ayant participé à l'enquête, 48 établissements médicalisés sur 136 ont des projets et 35 établissements non-médicalisés sur 111 ont des projets.

Récapitulatif des différents types de projets recensés par l'enquête ³²

	Maisons de retraite	Logements-foyers
Médicalisé(e)s	restructuration amélioration des locaux (12) création unité pour PHA (seul : 15, en partenariat : 5) prise en compte des PHA dans le projet de service (4) mise en œuvre de la réforme de la tarification (2) développement prestations d'animation (4) création accueil de jour (2) Démarche qualité (1) Formation personnel (1)	restructuration amélioration des locaux (3) création unité pour PHA (seul : 1) prise en compte des PHA dans le projet de service (2) création accueil temporaire (2) formation du personnel (2)
Non-médicalisé(e)s	restructuration amélioration des locaux (14) création unité pour PHA (seul : 5, en partenariat : 2) prise en compte des PHA dans le projet de service (3) mise en œuvre de la réforme de la tarification (4) développement prestations d'animation (2) Démarche qualité (1) Formation personnel (6)	restructuration amélioration des locaux (16) création unité pour PHA (en partenariat : 1) prise en compte des PHA dans le projet de service (1) mise en œuvre de la réforme de la tarification (4)

³² Le chiffre entre parenthèses indique le nombre d'établissements concernés

Conclusion

« *Les personnes handicapées sont-elles invisibles (dans les établissements pour personnes âgées) ?* » Cette question, un peu provocatrice, était posée dans l'étude de la Fondation de France sur l'accueil des personnes handicapées mentales vieillissantes en maison de retraite ³³ ; un peu provocatrice, mais qui reflète, néanmoins, bien une certaine réalité : 12% des établissements pour personnes âgées ne savent pas s'ils prennent en charge des personnes handicapées, le tiers de ceux qui déclarent en accueillir ne peuvent pas les dénombrer précisément.

Toutefois, l'accueil des personnes handicapées en établissements pour personnes âgées, tel qu'il a pu être repéré, dépasse largement ce que prévoient les agréments ³⁴ : la moitié des établissements aquitains le pratique, parmi lesquels les maisons de retraite médicalisées sont très largement représentées.

Cependant, la plupart du temps cet accueil n'est pas été pensé et organisé dans les projets d'établissement (qui n'existent que dans le tiers des établissements), n'a pas été réfléchi au préalable. Dans la mise en œuvre concrète de la prise en charge, on constate, la plupart du temps, qu'il n'y a pas de distinction entre les personnes handicapées et les autres résidents, que cela soit au niveau de l'hébergement ou des activités. Le plus souvent, l'accueil de personnes handicapées au sein de l'établissement pour personnes âgées est la réponse à un problème urgent (46% des cas) mais le choix délibéré de ce type de résidents n'est pas rare pour autant (41%). Quoi qu'il en soit, soulignons que ce public ne provoque, dans la très grande majorité des cas, aucun rejet que cela soit de la part des équipes, des autres résidents ou de leur famille.

Un peu paradoxalement, alors que l'accueil des personnes handicapées âgées est souvent réalisé au coup par coup sans moyens spécifiques, les établissements qui ont l'expérience de cet accueil ont une vision assez précise de la prise en charge qu'il faudrait mettre en œuvre mieux prendre en compte les besoins et particularités de cette population.

De très nombreux répondants estiment que l'amélioration de l'accueil des personnes handicapées en maison de retraite passe par la mise en place d'une prise en charge plus individualisée, notion très peu développée encore dans le secteur des personnes âgées. Cette mise en place ne peut être envisagée que si les intervenants auprès des résidents handicapés âgés ont plus de temps à y consacrer et sont davantage qualifiés.

³³ Les accompagner jusqu'au bout du chemin. Etude déjà citée.

³⁴ La question des agréments des établissements pour personnes âgées mériterait sans doute une approche plus approfondie. D'une manière générale, il ressort que ces agréments sont souvent peu précis, que le public reçu est mal défini, qu'il n'y a pas toujours de distinction évidente entre les différentes catégories d'établissements (médicalisés/non-médicalisés, maison de retraite/logement—foyer).

Face à cet objectif, la difficulté majeure pour ces établissements réside dans l'insuffisance numérique de leur personnel ainsi que dans sa méconnaissance des problématiques propres aux personnes handicapées. Ce manque de personnel est également la principale raison avancée par les établissements qui ne reçoivent pas de personnes handicapées âgées pour expliquer ce non-investissement.

Par contre, pour les établissements pratiquant l'accueil conjoint, si la question de la cohabitation entre résidents âgés et résidents handicapés existe et peut être source de difficultés, elle n'apparaît qu'au second rang de leurs préoccupations.

C'est donc en ce qui concerne le personnel intervenant auprès des personnes handicapées âgées que de très importants besoins en ont été répertoriés et quantifiés. Ce manque de personnel n'est pas une question anodine et, outre le fait d'entraîner une prise en charge insuffisante ou de qualité médiocre, elle peut avoir des répercussions graves. Ainsi, selon la Fédération nationale des associations et directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (FNADEPA): « *50% des maltraitances déclarées sont dues à des négligences engendrées par le manque de personnel dans les institutions* »³⁵.

Les apports attendus du renforcement ou de l'enrichissement des équipes des établissements recevant des personnes handicapées âgées se situent principalement à trois niveaux :

- meilleur suivi des handicaps et développement des soins psycho-gérontologiques
- développement de l'écoute, des soins relationnels et maintien de l'autonomie par la préservation des fonctions
- mise en place d'un plan de vie et de projet d'animation personnalisé (dernier axe jugé particulièrement insuffisant dans de nombreux établissements).

Les chapitres 5 et 6 de ce rapport qui analysent :

- les difficultés liées à la prise en charge des personnes handicapées âgées,
- les moyens qui seraient nécessaires à son amélioration
- les projets spécifiquement destinés à ce public

montrent que ces trois points s'articulent avec une très grande cohérence dans l'état des lieux des manques réalisés par les établissements et les nouvelles offres de service qu'ils envisagent de mettre en œuvre.

Les établissements pour personnes âgées sont confrontés actuellement à de nombreuses difficultés (passage à la triple tarification, prise en charge des malades d'Alzheimer...) parmi lesquelles l'accueil des personnes handicapées âgées n'est pas prioritaire. Néanmoins, ils sont plutôt favorable à cet accueil et souhaiteraient s'y investir davantage s'ils étaient en mesure d'offrir une prise en charge plus individualisée plus adaptée à cette population. Ces établissements ont une perception assez précise de leurs limites.

³⁵ Joël PLANTET Bien traiter les personnes âgées : nous sommes tous concernés.- Lien social, n°658, 20 mars 2003, p 20.

L'accueil et la prise en charge des personnes handicapées âgées est un métier à part entière qui n'est pas, le plus souvent et dans l'état actuel des choses, celui des maisons de retraite mais une partie d'entre elles est prête à s'y investir même si n'est qu'à petite échelle. Pour mener à bien leurs projets, elles ont souvent besoin d'être soutenu ou de les envisager dans le cadre de partenariat. Cet investissement, s'il débouche sur une offre de service de qualité et adaptée au public handicapé âgé, peut contribuer à la diversification des réponses dans une logique de territorialisation.

Annexe

Questionnaire 46

Carte :

répartition des maisons de retraite en Aquitaine 52

répartition des logements-foyers en Aquitaine 53

répartition des résidences d'hébergement temporaire et
des centres d'accueil de jour en Aquitaine 54

QUESTIONNAIRE

Structures pour personnes âgées

A retourner au CREAHI d'Aquitaine

2, rue Jean Artus – BP 106

33030 BORDEAUX-CEDEX

avant le vendredi 27 avril 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 et présentant une déficience mentale, motrice ou sensorielle.

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 : une maison de retraite et un centre d'hébergement temporaire, nous vous demandons de bien vouloir remplir un questionnaire pour chacune de ces sections.

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 :

LE PROJET D'ETABLISSEMENT

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

21.1 - par l'organisme gestionnaire responsable ?

1 – oui 2- non

21.2 - dans votre agrément ?

1 – oui 2- non

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

1 – oui 2- non

23 - 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

24 - 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 ?

25 - un livret d'accueil est-il remis au résident ou à sa famille lors de l'admission ?

1 – oui 2- non

26 - 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 du résident

1 – oui 2- non

28.3 – l'évolution de l'état de santé du résident

1 – oui 2- non

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

1 – oui 2- non

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

1 – oui 2- non

29 - des représentants des résidents siègent-ils au conseil d'établissement ?

1 – oui 2- non

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

30.1 - les attentes des résidents ou de leurs familles sur la prise en charge ?

1 – oui 2- non

30.2 - l'avis des résidents ou de leurs familles sur le fonctionnement ?

1 – oui 2- non

Si aucune personne handicapée âgée de 60 ans ou + au 1^{er} janvier 2001, n'est accueillie dans votre établissement passez directement à la question 73

**PRISE EN CHARGE DES PERSONNES
HANDICAPEES AGEES**
l'organisation matérielle

31 - Les personnes handicapées âgées sont-elles accueillies

- 30.1 dans une section séparée ?
30.2 sans distinction avec les autres usagers ?

32 - Mode d'hébergement des personnes handicapées âgées :

- 1 - en chambre collective
2 - en chambre individuelle
3 - en appartement autogéré

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

- 1 - oui 2- non

34 - autre mode d'hébergement (précisez)

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

- 1 - oui 2- non

36 - Si oui, lesquels ?

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

- 1 - oui 2- non

38 - Si oui lesquelles ?

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

- 39.1 - pour les aménagements de locaux
1 - oui 2- non

- 39.2 - pour les aides techniques
1 - oui 2- non

**PRISE EN CHARGE DES PERSONNES
HANDICAPEES AGEES**
les moyens humains

40 - Effectif total des salariés en « Equivalent temps plein » : |__|__|__|

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

- 1 - oui 2- non

42 - si oui, combien en « Equivalent temps plein » : |__|__|__|

43 - Pour les personnels intervenant directement auprès des personnes accueillie 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			
Généraliste gériatologue *			
Gériatre			
Psychiatre			
Psychologue			
Psycho-gériatologue			
Autre			
EMPLOIS PARA-MEDICAUX			
Infirmier			
Aide-soignant			
Kinésithérapeute			
ergothérapeute			
Orthophoniste			
psychomotricien			
Autre			
EMPLOIS SOCIO-EDUCATIFS ET D'ANIMATION			
Animateur			
Conseiller ESF			
Aide-médico-psychologique			
Educ. spécialisé			
Moniteur-éduc			
Autre			
EMPLOIS DE SERVICE A LA PERSONNE			
Agent de service de soins			
Agent hôtelier			
Garde-malade veilleur de nuit			
autres			

* médecin généraliste ayant une spécialisation en gériatologie (capacité, DU..)

44 - y a-t-il un médecin coordinateur de la prise en charge ?

- 1 - oui 2- non

45 - par quels types de personnels le service de nuit est-il assuré ?

- 1 - infirmier
2 - aide soignant
3 - agent de service de soins
4 - autre (précisez).....

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

1 – oui 2- non

47 - Des formations spécifiques autour du handicap et 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 – maladie mentale / déficience mentale

2 – cohabitation des publics handicapés et des publics âgés

3 - aspect psychopathologique du vieillissement

4 – manutention des personnes

5 – prévention des chutes, des accidents

6 – accompagnement des mourants

7 – la mort, le deuil

8 – communication verbale, non-verbale

9 - 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 – L'établissement fait-il partie

51.1 d'un réseau sanitaire

51.2 d'un réseau social

**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 organisées 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

61 – y a-t-il un dossier médical établi et tenu à jour pour chaque personne accueillie

1 – oui 2- non

62 – utilisez-vous un système d'évaluation pour quantifier la dépendance et apprécier les besoins des personnes accueillies

1 – oui 2- non

63 – si oui lequel :

64- Qui réalise cette évaluation ?

1 – du personnel de l'établissement

2 – des intervenants extérieurs

LES DIFFICULTES ET LES BESOINS

65 - 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

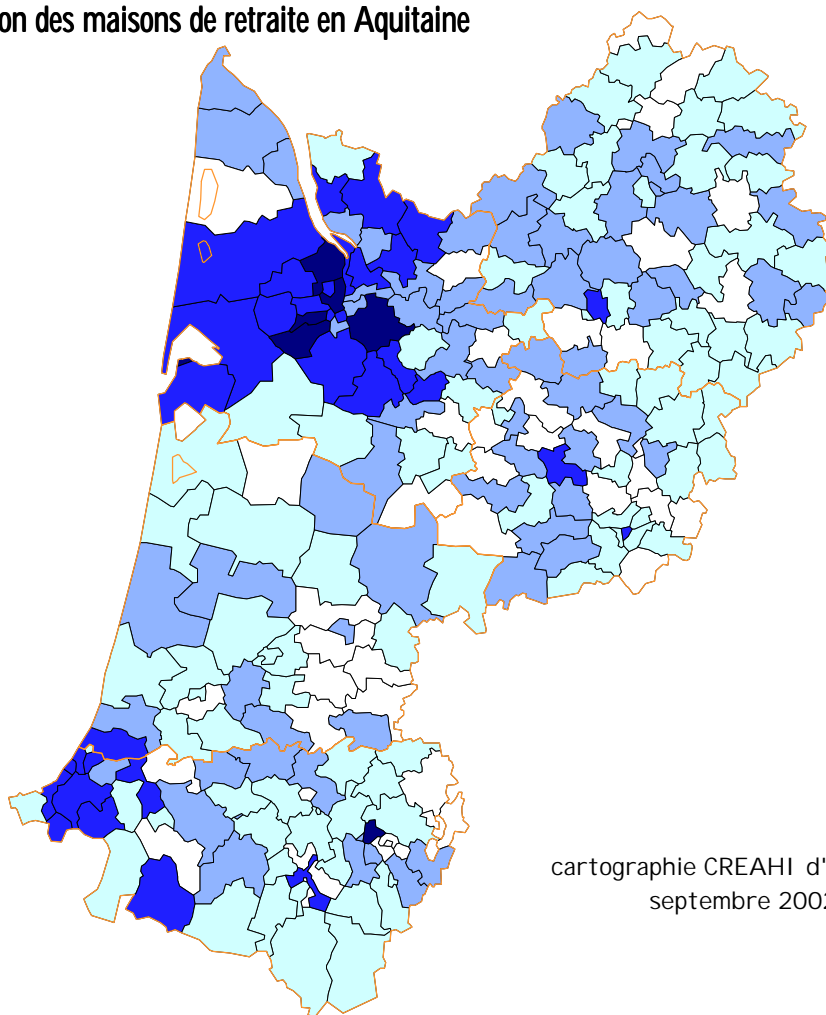
7 - Personnel peu ou pas formé aux problèmes des personnes handicapées âgées

8 - Evolution des besoins alimentaires

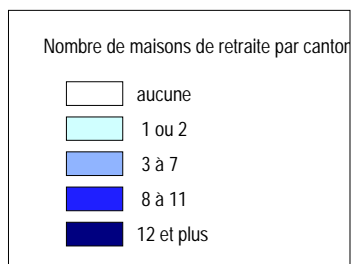
9 - Autres

Précisez

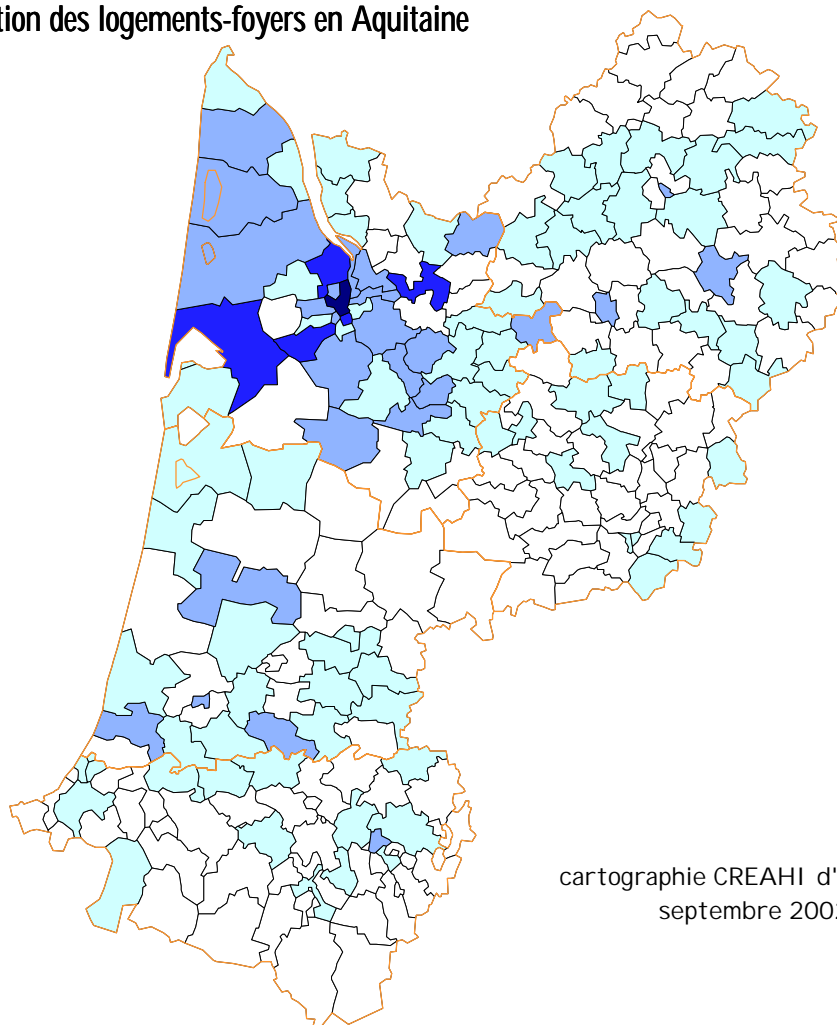
Répartition des maisons de retraite en Aquitaine



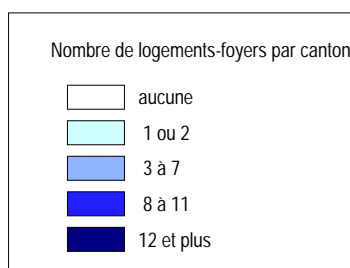
cartographie CREAHI d'Aquitaine
septembre 2002



Répartition des logements-foyers en Aquitaine



cartographie CREAHI d'Aquitaine
septembre 2002



Répartition des centres de jour pour personnes âgées et résidences d'hébergement temporaire en Aquitaine

