

Les personnes handicapées âgées dans Les services psychiatriques et de soins de longue durée en Aquitaine

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

Juillet 2003

Sommaire

Introduction	3
1- Méthodologie	6
2 - Les structures répondantes	8
2.1 - Taux de couverture de l'enquête	8
2.2 - La population prise en charge	9
2.3 - Projet d'établissement, information et participation des usagers, démarche qualité	12
2.3.1 - <i>Le projet d'établissement</i>	12
2.3.2 - <i>Information et participation des usagers</i>	12
3 - L'implication services sanitaires auprès des personnes handicapées âgées	14
3.1 - Approche quantitative	14
3.2 - Les difficultés liées à la réorientation en fin de prise en charge	16
4 - La prise en charge des personnes handicapées âgées	17
4.1 - Hébergement, aménagement des locaux et aides techniques	18
4.2 - Les moyens humains	19
4.2.1 - <i>Les plateaux techniques</i>	20
4.2.2 - <i>La formation des personnels</i>	21
4.3 - L'organisation de la prise en charge	22
4.3.1 - <i>Les prestations internes</i>	22
4.3.2 - <i>Partenaires et réseaux</i>	23
4.3.3 - <i>Système d'évaluation</i>	23
5 - Les difficultés liées à l'accueil des personnes handicapées âgées et les besoins pour améliorer cet accueil	25
5.1 - Les difficultés	25
5.2 - Les besoins	26
5.2.1 - <i>Les besoins en terme de ressources humaines</i>	26
5.2.2 - <i>les autres besoins</i>	31
6 - Personnes handicapées âgées : quels projets au niveau des services et de leurs organismes gestionnaires ?	31
6.1 - La dynamique de conception de projets	31
6.2 - Nature des projets développés à l'intention des personnes handicapées âgées	33
Conclusion	35
Annexes	38

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 une 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.

Trois rapports ont déjà été réalisés :

- en avril 2002 « **Les personnes handicapées âgées dans les structures pour adultes handicapés** »,
- en juillet 2002 « **Les personnes handicapées âgées bénéficiaires de services à domicile en Aquitaine** »
- en mars 2003 « **Les personnes handicapées âgées dans les établissements pour personnes âgées en Aquitaine** »

Ce quatrième et dernier rapport est donc consacré à l'accueil et la prise en charge des personnes handicapées âgées dans 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

Parmi l'ensemble des structures sanitaires, 2 catégories donc ont été retenues car elles semblaient plus particulièrement susceptibles d'accueillir des personnes handicapées âgées.

↳ **les services psychiatriques** assurent le traitement hospitalier des malades mentaux.

Dans cette catégorie, ont été enquêtés, les services d'hospitalisation complète et les hôpitaux de jour du secteur public (Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 et Loi n°85-772 du 25 juillet 1985)

↳ **les services de soins de longue durée** (anciennes unités de long séjour) : Ces services sont destinés à des personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance constante et des traitements d'entretien (Loi n°78-11 du 4 janvier 1978 et loi n°91-748 du 31 juillet 1991).

Afin d'avoir une vue globale de la question de la prise en charge des personnes handicapées âgées accueillies dans ces services, nous avons choisi de solliciter l'ensemble des structures appartenant à ce champ en Aquitaine.

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 de ces services sanitaires dans notre région.*

Le champ de l'enquête

Effectif des services sanitaires en Aquitaine

	Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et-Garonne	Pyrénées-Atlantiques	Aquitaine
Secteurs de psychiatrie adultes ⁴	7	17	4	5	8	41
Services de soins de longue durée	13	12	5	7	10	47
TOTAL	20	29	9	12	18	88

⁴ L'objectif était de recenser toutes les personnes handicapées âgées traitées par les services de psychiatrie en hospitalisation complète ou de jour. Mais nous ne connaissions pas avec précision, au départ de l'enquête, l'organisation et le découpage en service psychiatrique de chaque centre hospitalier (spécialisé ou non). Aussi, pour évaluer le champ de l'enquête, nous avons indiqué, dans ce tableau, le nombre de secteurs psychiatriques pour adultes par département.

Deux questionnaires ont été élaborés par le CREAHI (une majorité de questions est commune aux deux catégories de service, quelques questions abordent des aspects plus particuliers du champ psychiatrique d'une part et des soins de longue durée d'autre part) puis une validation en a été demandée à personnes expertes ⁵.

Ces questionnaires comprennent 3 grandes parties ⁶ :

- *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 services ayant au moins une personne handicapée âgée de 60 ans ou plus.

En outre, ces questionnaires se terminent par une interrogation sur l'existence éventuelle de projets pouvant être développés dans un proche avenir, par le service ou son organisme gestionnaire, à l'intention des personnes handicapées âgées.

Les questionnaires ont été adressés à tous les services psychiatriques du secteur public et de soins de longue durée d'Aquitaine une première fois en mai 2001, puis une relance a eu lieu en juin 2001.

⁵ Madame Anne-Marie de Belleville, médecin inspecteur à la DRASS et Monsieur Salignat, Directeur du service de soins infirmiers au Centre hospitalier Charles Perrens pour le questionnaire destiné aux services psychiatriques, Monsieur Alain Manetti, chef de service, médecin-inspecteur de santé publique à la DDASS de la Gironde et Monsieur Quarré, inspecteur également à la DDASS de la Gironde.

⁶ Voir questionnaires en annexes 1 et 2

2 – Les services répondants

2.1 – Taux de couverture de l'enquête

La participation des structures sanitaires enquêtées s'élève globalement à 60% avec des écarts relativement importants selon le département : le taux de réponse du Lot-et-Garonne étant presque deux fois plus fort que celui de la Gironde.

Niveau de la participation dans les structures sanitaires

	Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et-Garonne	Pyrénées-Atlantiques	Aquitaine
Secteurs psychiatriques						
Nb de réponses / nb de secteurs enquêtés	7/7	11/17	3/4	4/5	5/8	30/41
Taux de réponses	100%	64,7%	75%	80%	62,5%	73,2%
Services de soins de longue durée						
Nb de réponses / nb d'envois	5/13	2/12	4/5	6/7	6/10	23/47
Taux de réponses	38,5%	16,7%	80%	85,7%	70%	48,9%
TOTAL						
Nb de réponses / nb d'envois	12/20	13/29	7/9	10/12	11/18	53/88
Taux de réponses	60%	44,8%	77,8%	83,3%	61,1%	60,2%

Le nombre total de questionnaire à analyser s'élève à 111 : 23 pour les services de soins de longue durée et 88 pour les services de psychiatrie.

Notons que, les chiffres indiqués dans le tableau ci-dessus font état de la participation des secteurs de psychiatrie adultes de chacun des départements aquitains. Toutefois, chaque secteur participant a renvoyé plusieurs questionnaires puisqu'il était demandé d'en remplir un par service d'hospitalisation complète (63 questionnaires retournés) et un par service d'hospitalisation de jour (25 questionnaires retournés)⁷.

Parmi, les 7200 personnes bénéficiant d'une prise en charge dans ces structures sanitaires d'Aquitaine, 4000 ont pu être ainsi repérées par l'enquête, soit 55%.

Pour leur très grande majorité, les services psychiatriques et de soins de longue durée sont des structures relevant du service public hospitalier.

Moins de 15% des services de soins de longue durée dépendent de gestionnaires privés, (principalement SARL et plus rarement association).

Le plus souvent, les services de soins de longue durée fonctionnent au sein de centres hospitaliers. Mais d'autres cas de figure existent, ces services peuvent être implantés sur le même site que d'autres établissements sanitaires ou sociaux (hôpitaux psychiatriques, maisons de retraite médicalisées ou non ou encore centres de réadaptation ou de rééducation fonctionnelle...).

⁷ Pour les questionnaires relevant du secteur psychiatrique, la répartition départementale étant la suivante : 19 pour la Dordogne, 22 pour la Gironde, 20 pour les Landes, 9 pour le Lot-et-Garonne et 18 pour les Pyrénées-Atlantiques.

2.2 – La population prise en charge

Les services de soins de longue durée sont destinés à des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et nécessitant des soins médicaux constants.

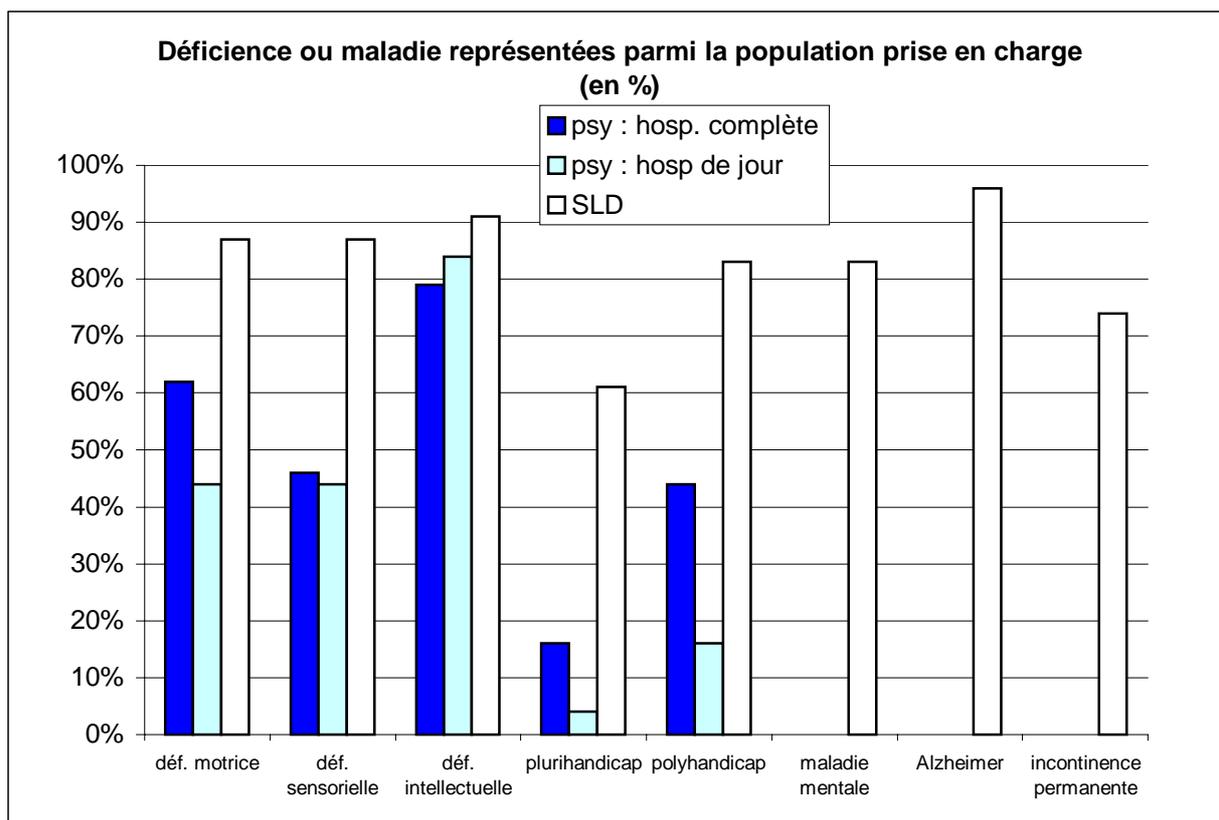
Dans les agréments, cette notion de dépendance s'exprime parfois en référence à la grille AGGIR, les GIR 1 et 2 étant concernés. Il s'agit donc fréquemment de personnes touchées par une polyopathie. Aucun service n'accueille de patients exempts de déficiences, quelle qu'elles soient. Exceptionnellement, les agréments stipulent que le service peut accueillir des personnes handicapées de 60 ans et plus.

La notion de handicap n'est donc pas très présente dans ce champ sanitaire, c'est avant tout celles de maladie et de dépendance qui prévalent avec parfois avec des spécifications telles « *malades en phase aiguë* » ou encore « *malades grabataires* ».

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 1 : perte de l'autonomie mentale, corporelle et sociale
GIR 2 : fonctions mentales altérées avec ou sans conservation des fonctions motrices

Les services psychiatriques ont pour mission de dispenser des soins à des personnes atteintes de troubles mentaux. Toutefois, la quasi-totalité d'entre eux (93%) reçoivent des patients présentant également une déficience physique ou intellectuelle. Les services d'hospitalisation complète accueillent un peu plus souvent ce type de public (97%) que les hôpitaux de jour (84%).



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 services et non des personnes handicapées : ainsi, on peut lire que 62% des services psychiatriques d'hospitalisation complète accueillent des personnes déficientes motrices.

A noter : les 3 derniers indicateurs (maladie mentale, Alzheimer, incontinence permanente) n'ont pas été proposés qu'aux services de soins de longue durée.

D'une manière générale, ces services s'adressent à un public confronté à de nombreuses déficiences à des pathologies lourdes, particulièrement en ce qui concerne les soins de longue durée.

Dans le champ de la psychiatrie, les personnes présentant des déficiences physiques ou des déficiences cumulées sont préférentiellement prises en charge en hospitalisation complète plutôt qu'en hôpital de jour. Certains profils de personnes handicapées, notamment polyhandicapées, qui transparaissent à travers ces résultats amènent à s'interroger sur l'adéquation d'une prise en charge strictement sanitaire.

A titre d'information complémentaire, l'enquête HID (Handicap – Incapacité – Désavantage)⁸ qui a, notamment, étudié les incapacités⁹ des personnes de 60 ans et plus accueillies en institution nous apprend que :

- dans les unités de soins de longue durée, 80 à 90% des personnes âgées hébergées présentent 5 incapacités ou plus
- dans les établissements psychiatriques, 40 à 45% des personnes âgées hébergées présentent 5 incapacités ou plus

Par ailleurs, la moitié des services ont indiqué avoir des contre-indications pour certaines catégories de patients :

➔ **Les hôpitaux de jour**, dont les modalités de prise en charge impliquent une autonomie suffisante de la part des personnes suivies, sont les plus concernés (68%). Outre, cette question d'autonomie, deux restrictions apparaissent : ces services ne sont pas tous à même de prendre en charge des personnes handicapées motrices, limitées dans leur mobilité et, a fortiori, des personnes polyhandicapées.

L'autre contre-indication concerne l'état psychique du patient : les états de crises ou encore les troubles du comportement en période aiguë ne peuvent pas être pris en charge dans le cadre d'un hôpital de jour.

La question de l'âge (supérieur à 60 ans) figure parfois dans ces contre-indications mais le plus souvent quand elle vient se surajouter à un problème de dépendance.

➔ **Les services d'hospitalisation complète** sont moins nombreux à faire état de contre-indications ; la principale concerne les pathologies somatiques aiguës, les déficiences motrices sévères, les situations de polyhandicap qui nécessitent un plateau technique spécifique. Par contre, comme pour les hôpitaux de jour, les limites d'âge sont peu fréquentes.

➔ En ce qui concerne **les unités de soins de longue durée**, près de la moitié d'entre eux ont indiqué avoir des contre-indications. Les problèmes les plus fréquemment évoqués s'articulent autour de 2 points :

- les pathologies organiques nécessitant une assistance par appareillage constante (insuffisance respiratoire, suite de gastrectomie...), elles ne peuvent être prises en charge dans de bonnes conditions en raison des effectifs des personnels insuffisants pour en assurer la surveillance (on verra dans les difficultés exprimées que cet encadrement insuffisant est un problème crucial dans l'organisation de ces unités)
- les problèmes de comportement qui peuvent être gênants pour les autres patients ou mettre en péril la sécurité des personnes elles-mêmes (ex : personnes « fugueuses » dans des services ouverts)

⁸ Les incapacités des personnes de 60 ans et plus résidant en institution. *DREES, Etudes et résultats, n° 138, octobre 2001*

⁹ Les incapacités désignent les difficultés ou impossibilités dans la réalisation des actes de la vie quotidienne. Ces actes peuvent être élémentaires, physiques (ex : se déplacer), psychiques (ex : mémoriser) ou plus complexes (soutenir une conversation)

2.3 – Projet de service, information et participation des patients

2.3.1 – Le projet de service

Un projet de service a été élaboré dans 70% des services de soins de longue durée. Une proportion équivalente est observée dans les services psychiatriques mais avec une différence assez nette entre les hôpitaux de jour, dont 80% ont établi un projet de service, et les services d'hospitalisation complète qui sont 67% à disposer de ce document.

Composantes du projet d'établissement (en %) ¹⁰

	Psy : hospitalisation complète	Psy : hospitalisation de jour	Unités de soins de longue durée	ENSEMBLE
Caractéristiques générales du projet de soins	65%	76%	61%	67%
Protocole d'organisation des soins	46%	57%	61%	50%
Caractéristiques du projet de vie	16%	13%	61%	33%
Modalités d'animation et d'activité	38%	76%	61%	51%

En toute logique, c'est l'axe des soins qui est central dans ces projets. Néanmoins, cet axe n'est pas développé dans le tiers des projets.

Les projets des services de soins de longue durée, où les prises en charge se font dans le long terme, laissent également une bonne place aux modalités d'animation et d'activités. Cette dimension est également présente dans les hôpitaux de jour, probablement dans l'objectif de remettre les patients dans un rythme de vie plus ordinaire et de favoriser une réinsertion sociale.

2.3.2 – Information et participation des usagers

Services disposant d'outils d'information et de participation

	Psy : hospitalisation complète	Psy : hospitalisation de jour	Unités de soins de longue durée	ENSEMBLE
Livret d'accueil	86%	40%	91%	77%
Information régulière sur :				
· le fonctionnement du service	79%	60%	96%	78%
· les conditions de prise en charge	90%	84%	100%	91%
· l'évolution de l'état de santé du patient	90%	72%	100%	88%
Procédures pour recueillir :				
· les attentes du patient et de sa famille sur la prise en charge	41%	24%	74%	44%
· l'avis du patient et de sa famille sur le fonctionnement du service	67%	24%	78%	59%

¹⁰ pourcentages calculés sur les services ayant un projet de service

Les outils d'information, tel le livret d'accueil, sont utilisés beaucoup plus fréquemment par les établissements du secteur sanitaire que par ceux des secteurs sociaux et médico-sociaux (particulièrement ceux accueillant des adultes handicapés).

De plus, dans le sanitaire, suite à la loi du 2 mars 2002 (pas encore promulguée lors de la collecte des données), le souci de l'information des patients tend à être considéré comme essentiel par la majorité des intervenants même si la vigilance reste de mise, « *L'irruption des droits des patients, c'est déjà ce qui a le plus bouleversé l'hôpital. Mais il y a encore du chemin à faire et des piqûres de rappel régulières sont nécessaires* »¹¹.

Ainsi, si la transmission d'informations du malade sur l'évolution de son état de santé devient de plus en plus systématique dans les services de psychiatrie et de soins de longue durée, **les espaces favorisant l'expression des patients et/ou de leur famille ne sont pas installés partout, notamment dans le champ psychiatrique.**

Par ailleurs, des écarts dans les pratiques assez nets sont observés entre les services d'hospitalisation de jour et ceux d'hospitalisation complète, à l'avantage de ces derniers (sans que des explications puissent être avancées d'autant plus que ces services fonctionnent au sein de centres hospitaliers spécialisés a priori organisés sur un mode commun).

¹¹ selon le Docteur Alain Pidolle, président d'un collectif de 11 organisations représentant les usagers, leur famille, les professionnels et l'ensemble des établissements psychiatriques spécialisés et généraux.

3 – L'implication des services sanitaires auprès des personnes handicapées âgées

3.1 – Approche quantitative

L'évaluation quantitative des personnes handicapées âgées prises en charge par un service sanitaire a déjà fait l'objet d'une exploitation présentée dans le rapport « **Les personnes handicapées âgées en Aquitaine : approche quantitative 2001-2011 ?** »¹²

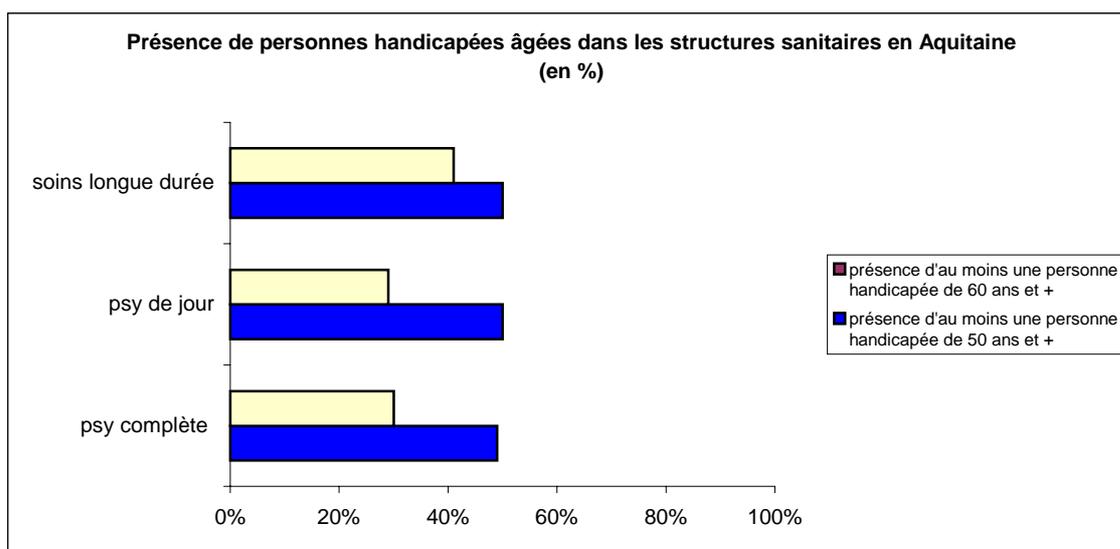
Rappelons que l'objectif de cette présente étude est **d'apprécier l'implication des services psychiatrique et de soins de longue durée auprès de ce public, les moyens mis en œuvre ainsi que les difficultés et les besoins liés à cette prise en charge**

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 2001-2001 »¹³

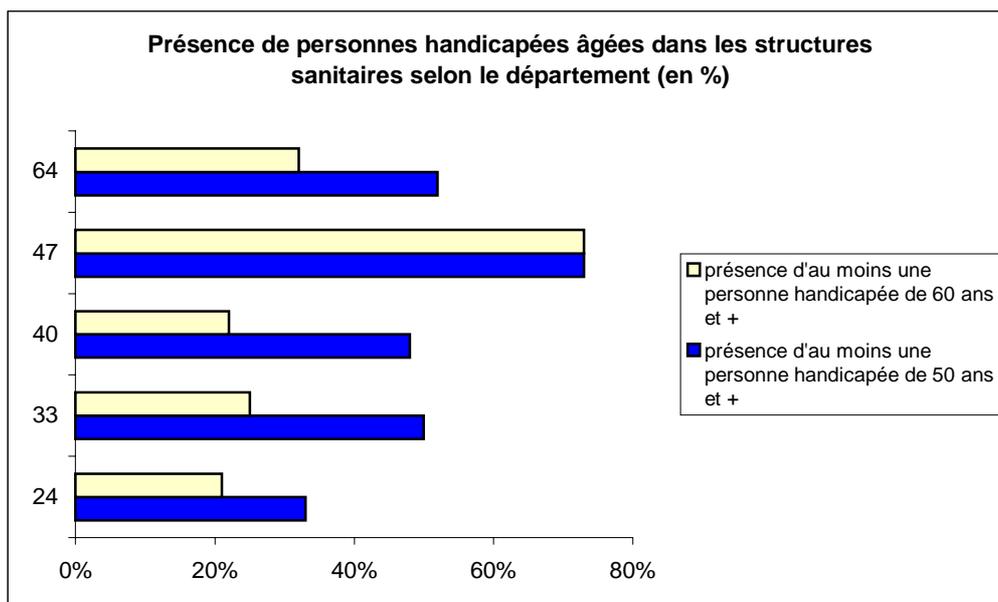
Les structures du secteur sanitaire sont assez largement concernées par l'accueil des personnes handicapées âgées. **La moitié compte, parmi ses patients, au moins une personne handicapée de 50 ans ou plus et 32% au moins une personne handicapée de 60 ans et plus.**

Des différences assez sensibles selon le département sont observées, le Lot-et-Garonne étant celui où la présence de personnes handicapées âgées dans les structures sanitaires est la plus fréquente. Notons qu'environ 10% des services psychiatriques n'ont pas pu préciser, si parmi leurs patients, certains étaient reconnus handicapés par la COTOREP ; c'est également le cas de 9% de services de soins de longue durée.



¹² Etude déjà citée dans l'introduction

¹³ seule la situation en 2001 est reprise ici. Pour les projections à l'horizon 2011, se reporter à l'étude citée



Globalement plus de 10% des patients des services psychiatriques et de soins de longue durée sont des personnes handicapées d'au moins 50 ans, soit en Aquitaine 774 personnes :

- près de 400 personnes sont âgées de 50 à 59 ans
- près de 380 sont âgées de 60 ans et plus

Estimation du nombre de personnes handicapées âgées dans l'ensemble des services sanitaires selon le département en 2001

	Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et-Garonne	Pyrénées-Atlantiques	Aquitaine
Capacité totale	1 213	2 331	1 084	841	1 717	7 186
Nb de personnes de 50-59 ans et %	55 - 4,5%	62 - 2,7%	41 - 3,8%	76 - 9,0%	162 - 9,4%	396 - 5,5%
Nb de personnes 60 ans et + et %	25 - 2,1%	40 - 1,6%	25 - 2,3%	113 - 13,4%	175 - 10,2%	378 - 5,3%

Estimation du nombre de personnes handicapées âgées dans l'ensemble des services sanitaires selon la catégorie en 2001

	Services psychiatriques d'hospitalisation complète	Hôpitaux de jour	Services de soins de longue durée	Ensemble
Capacité totale	2 788	1 460	2 938	7 186
Nb de personnes de 50-59 ans et %	160 - 5,7%	201 - 13,8%	35 - 1,2%	396 - 5,5%
Nb de personnes 60 ans et + et %	66 - 2,4%	84 - 5,8%	228 - 7,8%	378 - 5,3%

3.2 - Les difficultés liées à la réorientation en fin de prise en charge

Globalement, 56% des services sanitaires éprouvent des difficultés pour orienter les personnes handicapées âgées à l'issue de la prise en charge

Les services psychiatriques d'hospitalisation complète sont les plus nombreux à être concernés (68%). Ces difficultés, qui sont majorées par la lourdeur du handicap, entraînent des prolongations d'hospitalisation dans l'attente d'un placement dans une autre institution.

Les hôpitaux de jour, recevant en général des personnes ayant conservé une certaine autonomie, signalent un peu moins de difficultés mais y sont néanmoins confrontés pour la moitié d'entre eux.

Enfin, les unités de soins de longue durée reçoivent habituellement les patients pour des séjours dont l'issue est marquée par leur décès. Toutefois, certains services sont amenés à réorienter des personnes handicapées âgées dont l'état de santé ne nécessite plus une hospitalisation ou qu'ils avaient accueillis pas défaut, ce qui n'est pas toujours sans poser problème (26% ont indiqué avoir des difficultés dans ce cadre).

Plusieurs solutions sont généralement mobilisées en fonction des possibilités de l'environnement, du degré de handicap et de l'âge de la personne :

- **les établissements pour personnes âgées** (maisons de retraites médicalisées ou non, logements-foyers) sont de loin les plus sollicités : plus de 80% des services tant psychiatriques que de longs séjours y orientent des patients
- **les placements familiaux** constituent également des solutions appréciées des services psychiatriques, surtout d'hospitalisation complète, le tiers d'entre eux y font appel régulièrement
- **les services de soins de longue durée** constituent aussi un débouché pour les malades psychiatriques atteints de pathologies organiques lourdes principalement issus des services d'hospitalisation complète
- **le retour au domicile**, qui met généralement à contribution la famille, est une solution qui n'est pas négligée. Ce retour est parfois organisé en mobilisant des services d'accompagnement social et/ou de soins. L'offre réduite en appartements thérapeutique ne permet qu'un recours exceptionnel à cette solution
- **les établissements pour adultes handicapés** ne constituent pas souvent une solution retenue, ce sont surtout les MAS qui sont sollicitées. L'obstacle à ce type d'orientation est probablement à relier au fait que les places sont rares et ces établissements sont globalement assez réticents à prendre en charge des personnes déjà âgées qui, de plus, ont un passé psychiatrique lourd.

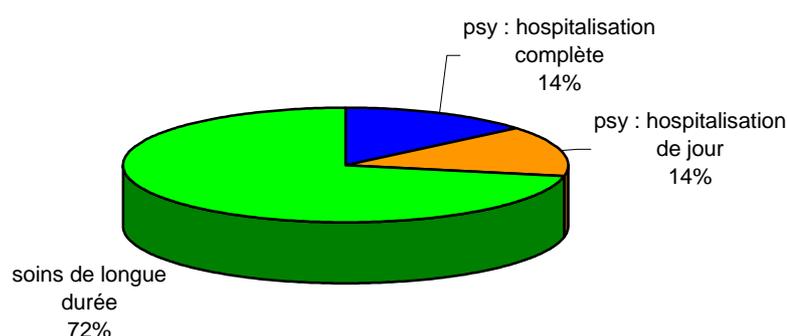
Cette articulation rare et difficile entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social est pointée par certains praticiens comme un problème plus sensible, en ce qui concerne les patients handicapés, que celui de l'âge

- **les services de géronto-psychiatrie (ou de psychogériatrie)** sont parfois utilisés par les services de psychiatrie générale quand les personnes ont dépassé 65 ans mais cette spécialisation n'existe pas dans tous les centres hospitaliers.

4 – La prise en charge des personnes handicapées âgées

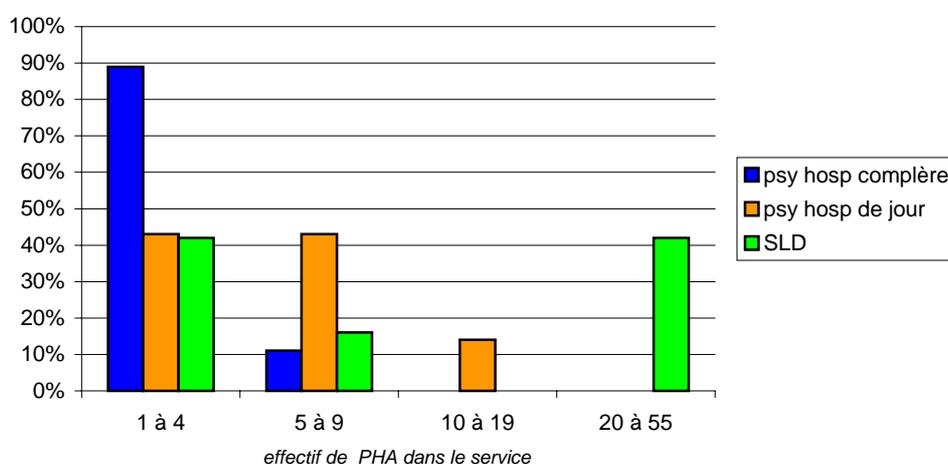
Sur les 111 questionnaires exploités dans cette étude, 38 concernent des établissements ayant au moins 1 résident handicapé de 60 ans et plus. Ce chapitre ainsi que le chapitre 5 portent donc uniquement sur ce sous-ensemble.

Répartition des personnes handicapées âgées en fonction de la catégorie de service assurant l'accueil



Les personnes handicapées âgées qui bénéficient d'une prise en charge dans le secteur sanitaire sont très majoritairement accueillies par les services de soins de longue durée, les autres se répartissant à part égale entre les services psychiatriques d'hospitalisation complète d'une part et d'hospitalisation de jour d'autre part. Toutefois, la part des places occupées par les personnes handicapées âgées par rapport à la capacité totale (tableau page 14) varie peu d'une catégorie de service à l'autre.

Répartition des services en fonction du nombre de personnes handicapées âgées accueillies



Globalement les personnes handicapées âgées représentent un effectif assez faible de patients au sein des services sanitaires : moins de 5 personnes dans les deux tiers des services concernés. Néanmoins des différences existent entre services et les soins de longue durée sont plus nombreux à devoir assurer la prise en charge d'effectifs parfois importants de patients handicapés âgés (plusieurs dizaines de personnes).

Ce qui ressort donc à l'examen de ces chiffres, c'est que si le nombre des services confrontés à la présence des personnes handicapées âgées sont à peu près de même importance pour le secteur psychiatrique et pour celui des soins de longue durée, il semble que l'implication des services de soins de longue durée soit différente. Ces derniers, compte tenu de leur savoir-faire et de leurs missions, peuvent recevoir des personnes handicapées âgées en grand nombre, les particularités et les besoins de ce public étant souvent proches des patients âgés dépendants en terme de prestations de soins.

Par contre, d'une manière générale, les services de psychiatrie particulièrement ceux d'hospitalisation complète ne s'investissent que ponctuellement auprès des personnes handicapées âgées, sans que l'on puisse dire s'il y a évitement de ce type de public, une absence de sollicitation ou encore une prise en compte avant tout par le service de la personne en tant que malade et non en tant que handicapée ce qui minimiserait l'identification de ces dernières.

4.1 – Hébergement, aménagement des locaux et aides techniques

Comme dans les autres secteurs enquêtés (adultes handicapés, personnes âgées), l'accueil des personnes handicapées âgées dans une section séparée des autres patients n'est que très rarement pratiqué (environ 5% de services sanitaires sont concernés).

En dehors du fait que, très souvent il n'y a pas de projet de service spécifique destiné aux personnes handicapées âgées, il est évident que la faiblesse de leur effectif moyen n'est pas propice à une organisation les prenant en compte de manière distincte.

En ce qui concerne les conditions d'accueil pour les services assurant l'hébergement, il apparaît que les chambres collectives gardent toujours une place prépondérante : elles sont présentes dans 90% des unités de soins de longue durée et 74% des services psychiatriques. Les deux tiers de ces services environ proposent également des chambres individuelles.

Pour améliorer la qualité d'accueil de leurs résidents, un quart des services de soins de longue durée et des services psychiatriques d'hospitalisation complète ont procédé à des aménagements « à l'intention des personnes handicapées âgées ». Par contre, les hôpitaux de jour n'ont pas fait de travaux de ce type.

Qu'il s'agisse des USLD (unités de soins de longue durée) ou de la psychiatrie, les aménagements réalisés visent prioritairement à améliorer :

- les déplacements et l'accessibilité aux différentes parties de l'établissement : plan incliné, largeur couloirs/portes, rampes, chambres de plain-pied avec les autres lieux de vie ...
- l'autonomie dans l'utilisation des sanitaires : salles de bains et toilettes aux normes « personnes handicapées »

Par ailleurs, des aides techniques sont mises à disposition des personnes handicapées âgées dans les trois quarts des unités de soins longue durée, ce qui est beaucoup plus rare dans les services d'hospitalisation complète (16% de ceux qui accueillent ce public) et ne concerne aucun hôpitaux de jour.

Il faut évidemment considérer que pour les USLD assurant principalement la prise en charge de personnes touchées par de fortes restrictions de leur autonomie, et plus particulièrement de leur mobilité, ces aides techniques constituent des outils indispensables pour leur activité et qu'elles sont aussi présentes dans les services ne recevant pas de personnes handicapées âgées mais seulement des personnes âgées devenues dépendantes.

L'ensemble de ces aides techniques permet :

- de faciliter les actes de la vie quotidienne : les déplacements (fauteuils roulants, déambulateur...), les transferts (lève-malades, barre d'appui, rehausseur...), la prise des repas
- d'améliorer le confort des patients et des soignants : fauteuil gériatrique, lits à hauteur variable

Les compétences des ergothérapeutes et des kinésithérapeutes sont appréciées pour assurer le choix de ce matériel et veiller à ses conditions d'utilisation optimale.

4.2 – Les moyens humains

Il est quasiment exceptionnel que dans ces services sanitaires du personnel soit spécifiquement affecté à la prise en charge des personnes handicapées âgées. Moins de 5% des services sont concernés uniquement parmi les USLD et hôpitaux de jour.

Deux facteurs entrent en ligne de compte :

- les faibles effectifs, en moyenne, de cette population au sein de chaque service
- la difficulté à différencier les besoins des patients en fonction de leur trajectoire marquée soit par la maladie ou soit par le handicap.

Néanmoins, en ce qui concerne l'intervention du médecin stricto sensu, il faut préciser que 44% des unités de soins de longue durée, disposent d'un (ou plusieurs) praticien(s) spécialement chargée(s) du suivi des personnes handicapées âgées.

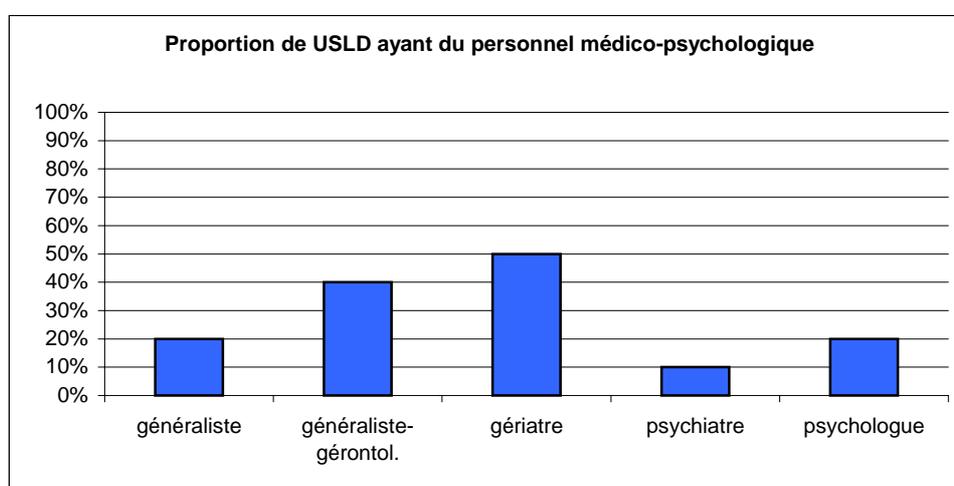
4.2.1 - les plateaux techniques

L'analyse des caractéristiques des plateaux techniques des services ayant au moins un résident handicapé âgé de 60 ans ou plus a été rendue difficile voire impossible car :

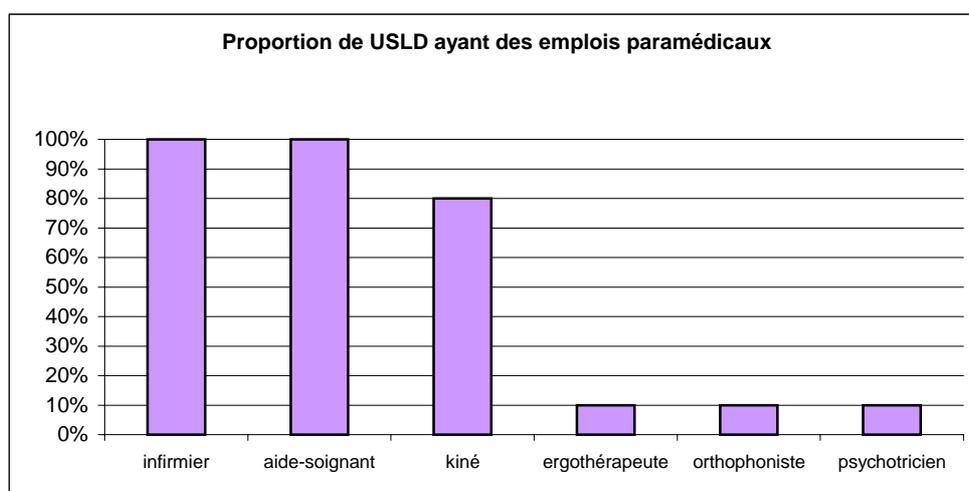
- les grilles recensant le nombre de postes n'ont pas toujours été remplies dans leur exhaustivité.
- l'approche en terme de ratio d'encadrement pour 100 personnes prises en charge s'est avérée impossible car certains répondants ont indiqué les qualifications représentées dans leur établissement sans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

Cette rubrique n'a pas pu être exploitée pour le secteur psychiatrique en raison de trop nombreux défauts d'information et l'exploitation en est limitée pour les services de soins de longue durée.

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

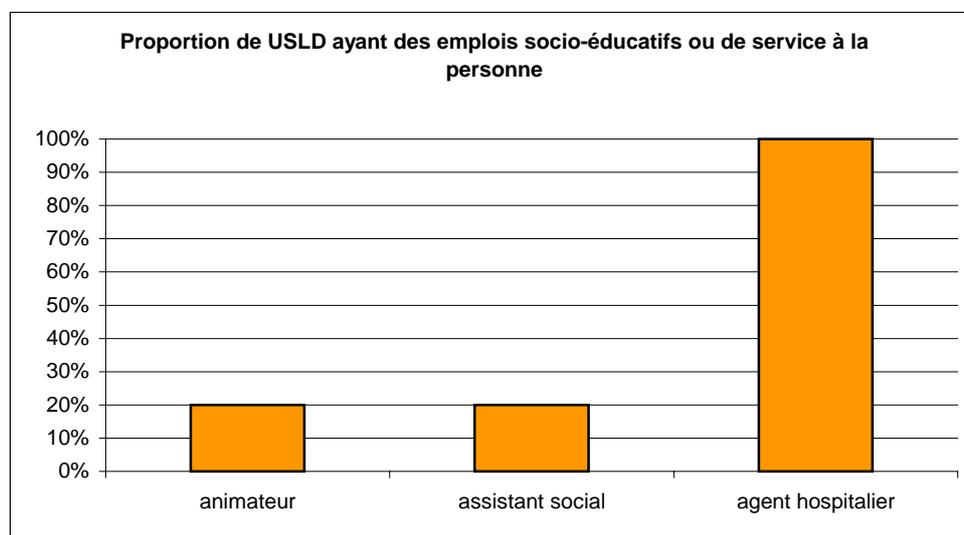


Les praticiens ayant une formation spécifique à la gériatrie (spécialistes) ou à la gérontologie (généraliste ayant une formation complémentaire) sont bien représentés dans les USLD, plus qu'ils ne le sont dans les maisons de retraite ¹⁴, même s'il faut prendre en compte le fait que ces dernières ne soient pas toutes médicalisées.



¹⁴ voir étude Les personnes handicapées dans les établissements pour personnes âgées. CREAHI d'Aquitaine, mars 2003

Si en terme d'interventions de soins et de nursing, les services sont tous dotés de professionnels, il apparaît qu'en ce qui concerne la rééducation et le maintien des fonctions motrices et instrumentales, les kinésithérapeutes mis à part, le recours à d'autres spécialités est peu fréquent. Cette situation contribue à générer des besoins autour de ces professions, besoins qui sont exposés dans le chapitre 5.



Les emplois de service direct sont bien représentés comme dans l'ensemble des services hospitaliers. Par contre, les emplois d'animation ou d'intervenants sociaux ne se rencontrent que dans une minorité de services. Par ailleurs, on peut noter que les aides médico-psychologiques qui commencent à « percer » dans les maisons de retraite sont totalement absente des unités de soins de longue durée. Pour ces professions aussi, nous verrons que les services ont exprimé des besoins.

Le service de nuit dans les unités de soins de longue durée est assuré conjointement par des infirmiers et des aides-soignants. Dans la moitié des cas, ces professionnels sont secondés par des agents de service hospitalier. Exceptionnellement (un seul cas recensé), un interne en médecine est également présent.

4.2.2 - La formation des personnels

La grande majorité des services sanitaires dispose d'un plan de formation pluriannuel de leur salariés. Les formations traitant des problèmes spécifiques des personnes handicapées âgées y occupent une place très importante des unités des soins de longue durée : 90% ont abordé ces questions au cours des 3 dernières années, place plus réduite dans les services psychiatriques (33%).

Dans les USLD, quatre thématiques ont été traitées en priorité dans plus de la moitié des services :

- l'accompagnement des mourants, sujet évidemment très prégnant dans ces services qui sont caractérisés par une forte mortalité mais qui ne concernent pas que les seuls patients handicapés
- la maladie mentale dominée probablement par la question de la prise en charge des malades d'Alzheimer
- les aspects psychopathologique du vieillissement
- l'approche de la déficience intellectuelle

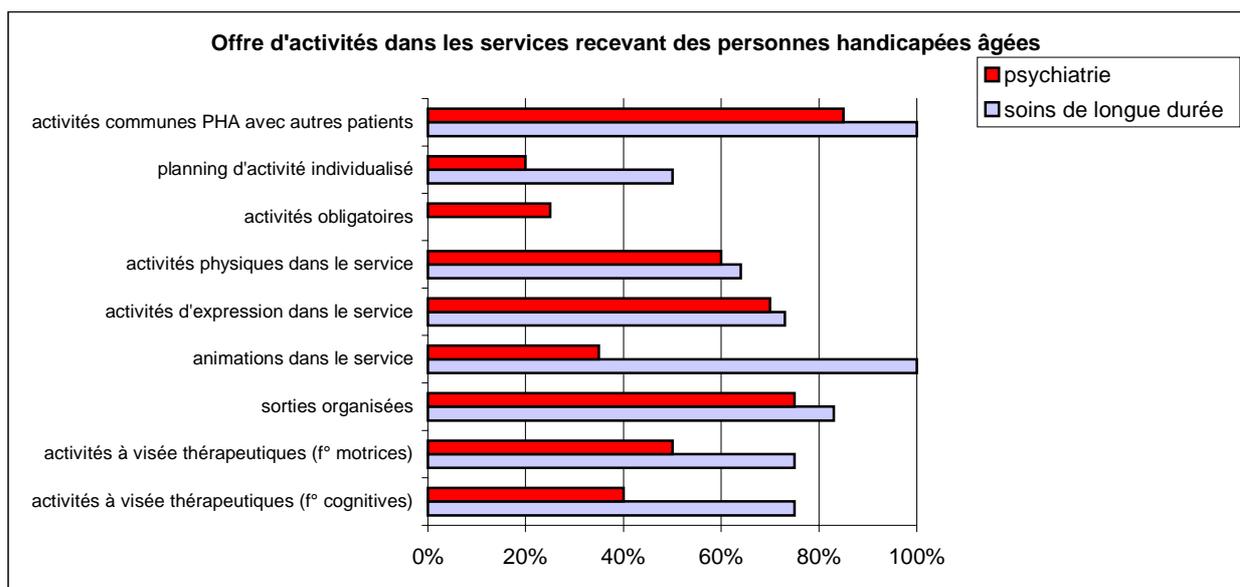
Ce dernier thème mis à part, il s'agit donc de formations relatives à des problématiques touchant l'ensemble des patients mais qui peuvent concerner aussi plus spécifiquement ceux qui sont handicapés.

Parmi les autres thématiques citées, moins souvent traitées mais plus liées à la question du handicap, on peut également retenir l'approche gériatrique des personnes handicapées et la question de la déficience physique. En outre, des formations ont aussi concerné la prise en compte de la douleur et de la souffrance, la communication verbale ou non verbale, la qualité de vie, la manutention des malades. Par ailleurs, certains salariés sont engagés dans des DU : soins aux personnes âgées et soins palliatifs.

Dans les services psychiatriques, ce sont globalement les mêmes thèmes qui ont fait l'objet de formation (même s'ils ont concerné moins de services), thèmes auxquels on peut rajouter des questions abordées plus ponctuellement : la cohabitation de publics présentant des pathologies différentes, le corps et la psychose, les diverses formes de psychopathologies.

4.3 – L'organisation de la prise en charge

4.3.1 – les prestations internes



Les personnes handicapées âgées se mêlent aux autres patients pour pratiquer les activités dans la quasi-totalité des services. **L'hypothèse de besoins ou de centres d'intérêt spécifiques n'est pas posée pour cette population ou, du moins, elle ne se traduit pas par une offre d'activités distincte.**

Néanmoins, il faut souligner que la moitié des unités de soins de longue durée propose un planning d'activité individualisé ce qui les place parmi les catégories d'établissements qui portent la plus grande attention à cet aspect. A titre de rappel, 60% des établissements pour adultes handicapés proposent à leurs résidents un planning d'activité individualisé, ce n'est le cas que de 20% des maisons de retraite et de 20% également des services de psychiatrie.

De plus, les services de soins de longue durée ont une palette d'activité plus diversifiée que les services de psychiatrie surtout en ce qui concerne les animations et les activités à visée thérapeutique. Il est possible que la durée des séjours dans ces services explique cette différence : dans les services psychiatriques où, a priori, les prises en charge sont plus limitées dans le temps, les moyens doivent être concentrés sur les soins médicaux. Par contre, dans les unités de soins de longue durée, les séjours s'étalant parfois sur plusieurs années, le projet de vie fait l'objet d'une attention plus importante.

4.3.2 - Partenariats et réseaux ¹⁵

Près des deux tiers des USLD font appel des prestataires extérieurs pour intervenir sur un des aspects de la prise en charge. Sont ainsi sollicités, les autres services cliniques des centres hospitaliers (au sein desquels sont généralement implantées les USLD), des professionnels paramédicaux (orthophoniste, psychomotricien, pédicure...), des associations pouvant assurer de l'animation...

De plus, 64% des unités de soins de longue durée font partie d'un réseau gérontologique sanitaire et/ou social ; plus précisément 36% font partie d'un réseau sanitaire, 9% d'un réseau social et 27% d'un réseau sanitaire et d'un réseau social. Les partenaires impliqués dans ces réseaux n'ont pas toujours été cités mais s'y retrouvent le plus souvent : hôpital local, maison de retraite et service de psychiatrie agissant dans un cadre territorialisé.

4.3.3 - Système d'évaluation

L'ensemble des USLD recevant des personnes handicapées âgées utilise un système d'évaluation pour quantifier la dépendance et apprécier les besoins des personnes accueillies. Il existe une très grande diversité des systèmes utilisés, la plupart des services utilisant plusieurs grilles

Parmi les outils utilisés, AGGIR arrive très largement en tête, 73% des services 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).

¹⁵ cette question et la suivante n'ont été abordées que pour les unités de soins de longue durée

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 du besoin d'interventions psycho-éducatives ¹⁶.

Les autres grilles n'ont bénéficié chacune que d'une seule citation, parmi elles :

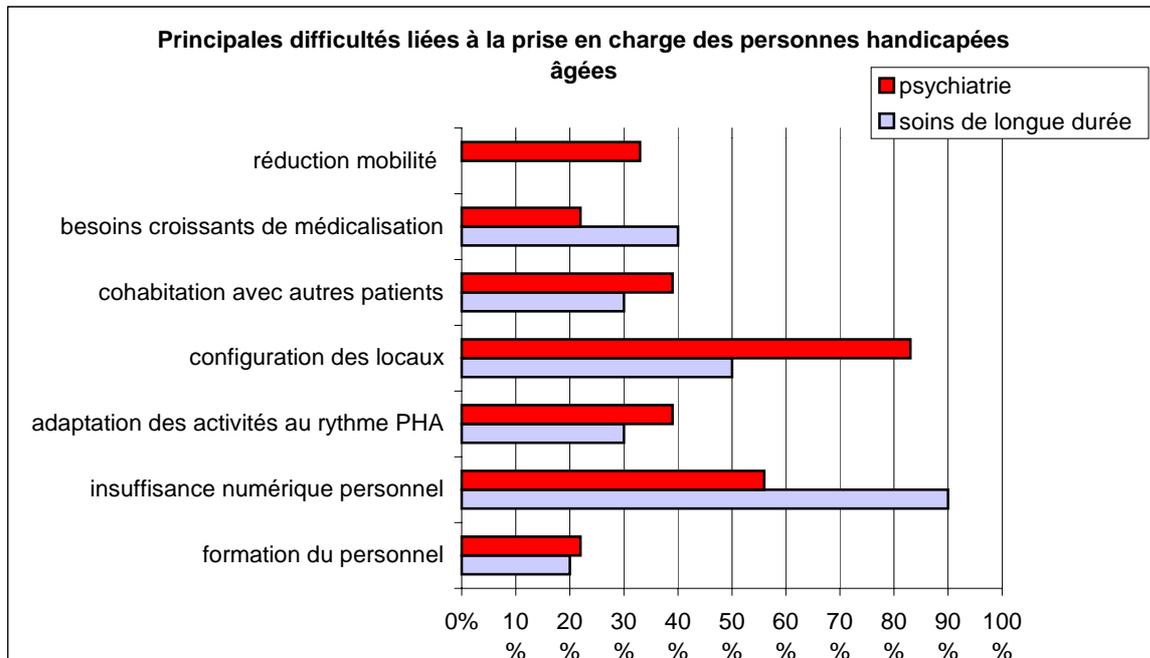
- RAI : Résident Assessment Instrument : Instrument d'Evaluation du Résident, méthode américaine ayant pour objectif d'améliorer la qualité de la prise en charge
- EBS : Eating Behaviour Scale qui permet de mesurer les capacités fonctionnelles des patients durant les repas
- Grille de KUNTZMANN : grille conçue par la société française de gérontologie
- NPI : Neuro-Psychiatric Inventory : repérage des symptômes neuropsychiatriques
- ZARIT SCALE : Echelle mesurant le retentissement de la maladie d'Alzheimer sur la qualité de vie des aidants

Signalons que, dans tous les cas, ces évaluations sont réalisées exclusivement par du personnel des USLD sans interventions extérieures.

¹⁶ 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



Concernant la prise en charge des patients handicapés, trois difficultés prédominent dans les USLD :

- **l'insuffisance numérique du personnel** est le problème majeur puisqu'il est signalé par 90% des structures. Compte tenu du besoin d'assistance quasi-constant de la plupart des patients de ces services, ce problème est un frein particulièrement puissant à la mise en œuvre d'une prise en charge de qualité (signalons que, de toutes les catégories d'établissement qui ont été sollicitées dans le cadre de cette étude sur les personnes handicapées âgées ¹⁷, les USLD sont celles dans lesquelles cette insuffisance quantitative du personnel est la plus criante)
- **la configuration des locaux** est jugée inadéquate dans la moitié des services, ce qui va se traduire au niveau des besoins par des souhaits de restructuration et d'aménagement adapté (cette question de la configuration ne se réduit pas aux questions d'accessibilité, de fonctionnalité ou de vétusté mais le respect de l'espace privé et de l'intimité des patients est parfois explicitement cité)
- **le besoin croissant de médicalisation des personnes handicapées âgées** est considéré comme source de difficulté dans 40% des unités, difficulté évidemment majorée par les effectifs trop faibles du personnel

¹⁷ établissements pour adultes handicapés, établissements pour personnes âgées, SSIAD et service d'aide à domicile

En ce qui concerne les services de psychiatrie, on constate que les deux difficultés les plus citées dans les USLD arrivent également en premier mais dans un ordre inversé :

- **la configuration des locaux** est jugée peu compatible avec l'accueil de personnes handicapées âgées dans plus de 80% des services
- **l'insuffisance numérique du personnel** est également fréquente, 56%, mais nettement moins que pour les USLD
- **la cohabitation des personnes handicapées âgées avec les autres patients et l'adaptation des activités à leur rythme** arrivent ensuite en 3^{ème} position, ayant été identifiées chacune comme difficulté par 40% des services psychiatriques. Néanmoins, en ce qui concerne la cohabitation, la difficulté vient plus des différentes pathologies représentées avec leur diversité d'expression et les conflits entre patients qui peuvent en résulter que des écarts d'âge (selon certains répondants qui ont souhaité apporter cette précision)

Dans ce secteur sanitaire, on note que l'espace, sa configuration, ses limites en terme d'aménagements tiennent une place considérable dans l'appréciation des difficultés liées à la prise en charge des personnes handicapées âgées. Cette question apparaissait de manière plus périphérique dans les établissements pour adultes handicapés et pour personnes âgées.

Que peut-on en penser ?

- soit les locaux de ces services sont réellement très peu adaptés, trop anciens ou pas conçus dans la perspective de recevoir des personnes présentant des handicaps
- soit dans la culture du secteur sanitaire, la question des locaux occupe une place prioritaire dans le projet d'accueil et laisse, au bout du compte, moins de place au souci d'une offre de service personnalisé

5.2 – Les besoins

5.2.1 – Les besoins en terme de ressources humaines

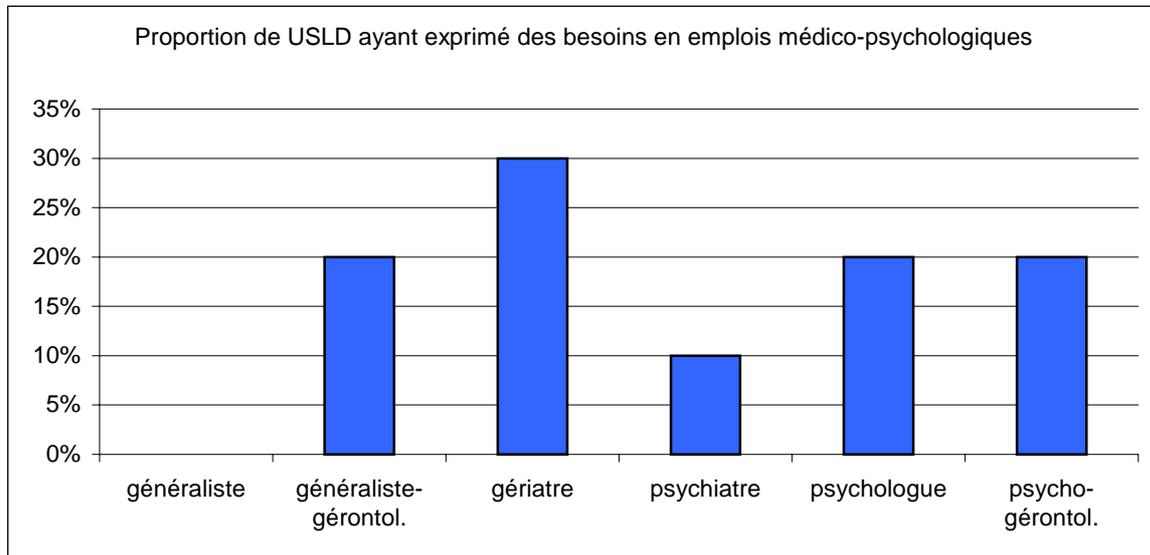
L'insuffisance numérique du personnel, comme nous venons de le voir, est la difficulté majeure liée à l'accueil des personnes handicapées âgées. Les USLD ont identifié de manière assez précise les qualifications qui leur font défaut pour assurer cette prise en charge dans de meilleures conditions¹⁸.

Dans toutes les catégories professionnelles, des besoins importants apparaissent soit pour renforcer quantitativement des qualifications déjà représentées, soit pour en introduire de nouvelles dans le service.

¹⁸ Les réponses des services psychiatriques sur cet aspect sont assez difficilement exploitables : pour les hôpitaux de jour, les données sont trop incomplètes pour en tirer des informations fiables, pour les services d'hospitalisation complète, nous nous limiterons à la nature des prestations qui pourraient être développées, les besoins quantitatifs en terme de qualifications du personnel ne pouvant être analysés.

Environ 70% des USLD recevant des personnes handicapées âgées souhaiteraient avoir davantage de salariés dans le champ médico-psychologique.

Les emplois de gériatres, bien soient déjà les plus représentés dans les plateaux techniques médicaux des USLD, sont les plus demandés ¹⁹.



Pour les USLD, deux axes se dégagent quant au « plus » que pourraient apporter ces nouveaux emplois :

- **le dépistage et la prévention** primaire ou secondaire ²⁰ afin de pouvoir adapter la prise en charge avant que l'état de santé de la personne handicapée ne se dégrade
- **un meilleur suivi** des patients tant sur le plan physique que psychologique grâce à la réalisation régulière de bilans gérontologiques et d'évaluations des fonctions du patient

Moins fréquemment, certains services ont indiqué qu'une équipe médicale enrichie pourrait développer des « micro-projets », notamment des ateliers.

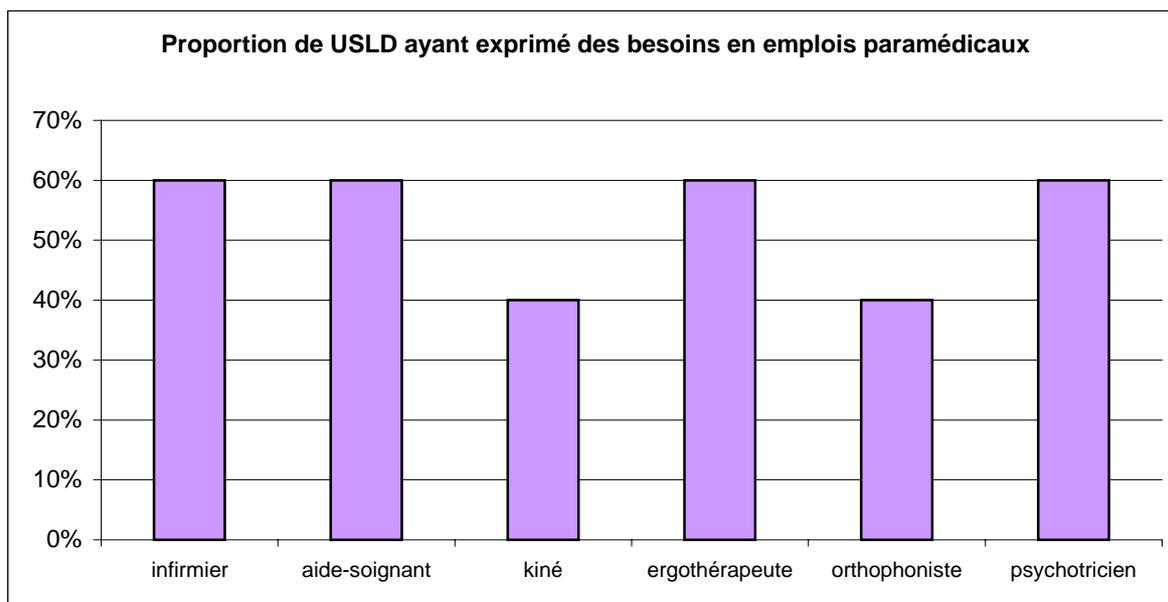
Au niveau des services psychiatriques d'hospitalisation complète, on retrouve les mêmes projets : meilleure surveillance, meilleure évaluation pour adapter en continue le projet de soins avec le souci également de pouvoir **consacrer davantage de temps à l'écoute de patients**. Le développement des activités thérapeutiques pour la préservation des fonctions cognitives, trop peu pratiquées dans ces services, est aussi parfois envisagé.

¹⁹ Signalons que, dans le cadre du **Programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles** mis en œuvre par le Ministère des Affaires sociales et de santé, la gériatrie a été désignée comme priorité 2002 du programme hospitalier de recherche clinique

²⁰ **Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :**

La prévention primaire est l'ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie ou d'un symptôme.

La *prévention secondaire* est la prise en charge du problème au tout début de l'apparition du trouble qui peut ainsi être enrayeré.



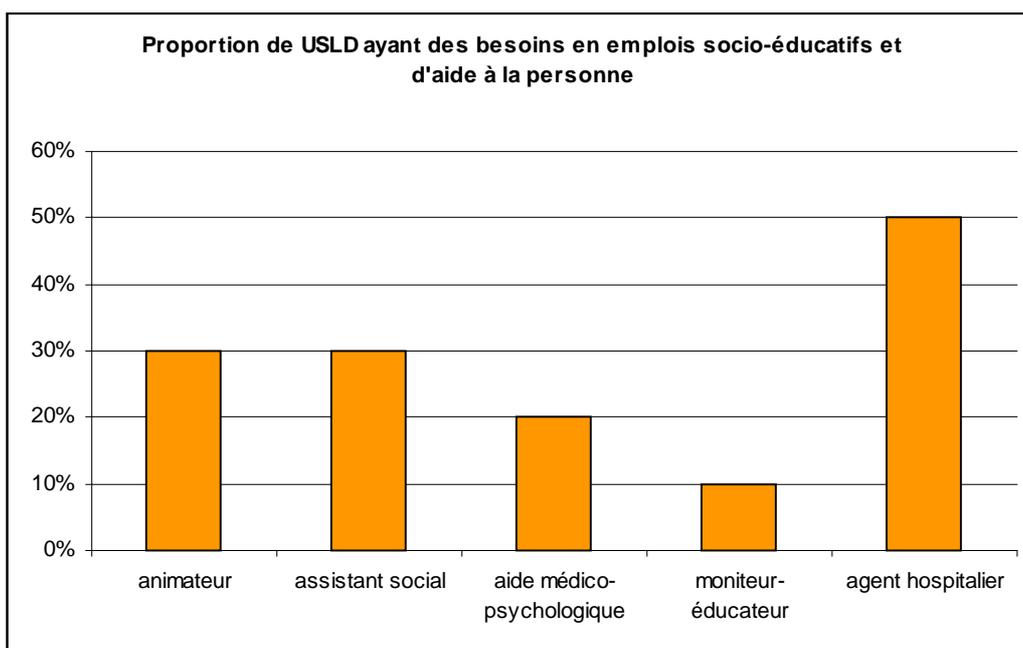
Les besoins des USLD dans l'ensemble des professions paramédicales sont très importants : ils sont recensés dans 70% des services. Ils s'expriment tant autour des professions qui sont déjà bien représentées dans ces services (infirmiers, aides-soignants...) que de celles qui concourent à la préservation des fonctions instrumentales et cognitives (voire de leur restauration si possible) qui sont actuellement très peu présentes dans les plateaux techniques (ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste...).

C'est essentiellement pour améliorer les prestations directes à la personne handicapée âgée que pourraient œuvrer ces professionnels afin de proposer « une prise en charge plus personnalisée, plus individualisée qui s'adapte à leur rythme » en veillant au maintien de l'autonomie car « faire à leur place, augmente la dépendance physique et psychique ».

Outre les activités cognitives, sensorielles et motrices, ces professionnels pourraient apporter une attention plus grande aux soins permettant d'améliorer le bien-être physique et psychique de ces patients : massages, relaxation, stimulation sensorielle, soins relationnels, accompagnement à la fin de vie.

En outre, ces professionnels pourraient également intervenir dans le soutien des familles des patients et contribuer à la réalisation de l'évaluation des actions conduites.

Les mêmes attentes se retrouvent dans les services psychiatriques d'hospitalisation complète avec, néanmoins, une dimension supplémentaire : ces professionnels paramédicaux pourraient s'intéresser à la préparation du retour à domicile grâce au ré-apprentissage des gestes ordinaires et donner des conseils pour l'organisation de la vie à domicile.



La moitié des USLD ont recensé des besoins autour des emplois socio-éducatifs et de service à la personne avec toujours central, le souci de développer une prise en charge plus adaptée et d'éviter de « *laisser glisser les patients vers une dépendance totale* ».

Deux points forts apparaissent tant dans les USLD que dans les services psychiatriques :

- **le développement des activités d'animation** au sein du service mais aussi celles permettant une ouverture vers l'extérieur pour empêcher l'isolement progressif des patients et maintenir un lien social avec, pour ces projets, l'exigence de faire une offre adaptée aux personnes handicapées âgées
- **le développement des soins relationnels et d'accompagnement** à chaque moment de la vie quotidienne : repas, toilette... en essayant également d'améliorer l'organisation de ce quotidien en tenant compte des rythmes de vie de ces personnes

5.2.2 - Les autres besoins

Dans les autres aspects de la prise en charge méritant une attention plus particulière, tout ce qui relève de la prestation hôtelière (repas, propreté générale des locaux, entretien du linge...) est fréquemment évoqué et désigné comme un élément important concourant à la qualité du séjour.

Par ailleurs, deux préoccupations reviennent de manière plus transversale :

- l'une, commune aux deux catégories de service, concerne la prise en compte de l'entourage familial et de sa souffrance (parfois envisagé sous une approche systématique) et, d'une manière plus générale, un souci de l'aide à apporter aux aidants
- l'autre concerne surtout les services de psychiatrie qui souhaiteraient que les sorties, qu'elles se fassent vers le domicile ou vers une institution, soient mieux préparées :

visite préalable des établissements pressentis, présentation des différents aides auxquelles peut postuler la personne

Enfin, de nombreux services, même s'ils ont déjà réalisé des aménagements destinés aux personnes handicapées âgées, ont indiqué que d'autres devaient être mis en œuvre pour améliorer l'accueil et le séjour ; c'est le cas de 80% des USLD et de 50% des services psychiatriques.

Outre les divers aménagements favorisant l'accessibilité, les déplacements et les transferts ainsi que l'utilisation des sanitaires qui restent les plus fréquents, trois autres axes peuvent être dégagés :

- **l'humanisation des services** qui permettra un plus grand respect de l'intimité, la personnalisation des chambres, une amélioration du confort et au bout du compte une plus grande qualité à l'accueil. « *L'hospitalisation est un acte d'accueil hôtelier et cet aspect est d'autant moins négligeable que les séjours sont longs. La chambre individuelle avec cabinet de toilette privatif est encore l'exception dans le secteur public* » note la Fédération hospitalière de France ²¹.
- **la création de section distincte pour certaines catégories de patients** (déments, malades d'Alzheimer) pour limiter les sources de perturbations pour les autres et pour préserver leur propre sécurité tout en maintenant leurs possibilités de déambulation
- **la création de salles avec matériel spécifique** dédiées à la mise en œuvre d'ateliers ou d'activités à visée thérapeutique (exemple : pour pratiquer la méthode Snoezelen ²²)

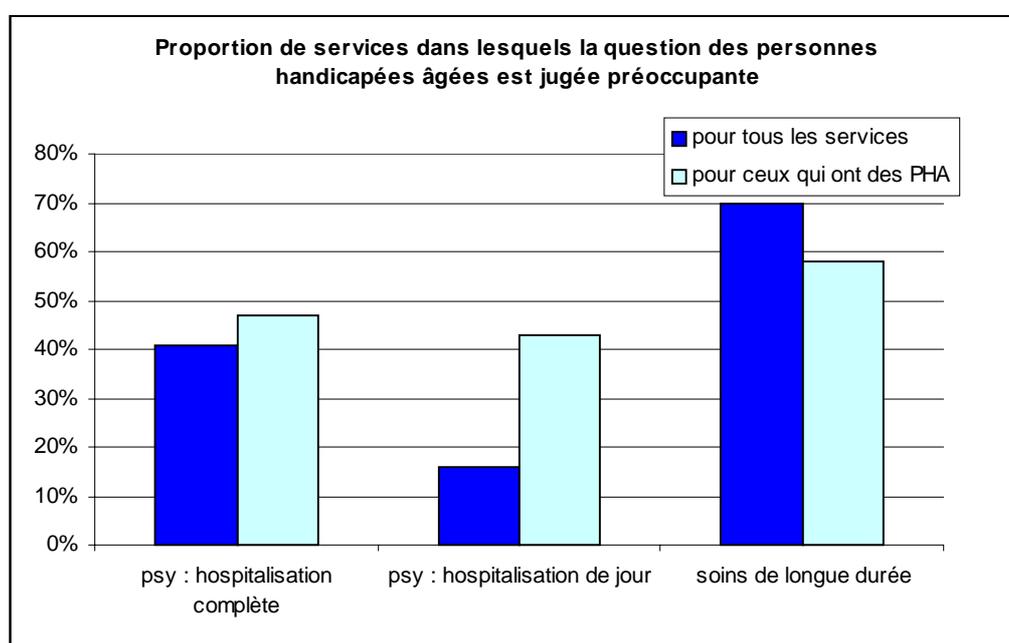
²¹ Actualités Sociales Hebdomadaires, n° 2314, 6 juin 2003

²² L'approche **Snoezelen**, d'origine néerlandaise au départ conçue pour les enfants polyhandicapés, propose un cadre de **stimulations sensorielles**, vécues dans une atmosphère de confiance et de détente, favorisant la stimulation des sens primaires, dans lequel la personne handicapée **décide** elle-même d'agir ou pas sur cet environnement. L'accompagnant **propose**, mais n'impose jamais: il respecte toujours le choix et le rythme de la personne.

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 41% des services sanitaires considèrent que la question des personnes handicapées âgées est préoccupante dans le cadre de leur activité. Les services déjà confrontés à la prise en charge de ce public sont un peu plus nombreux (50%) à manifester leur inquiétude à ce sujet.

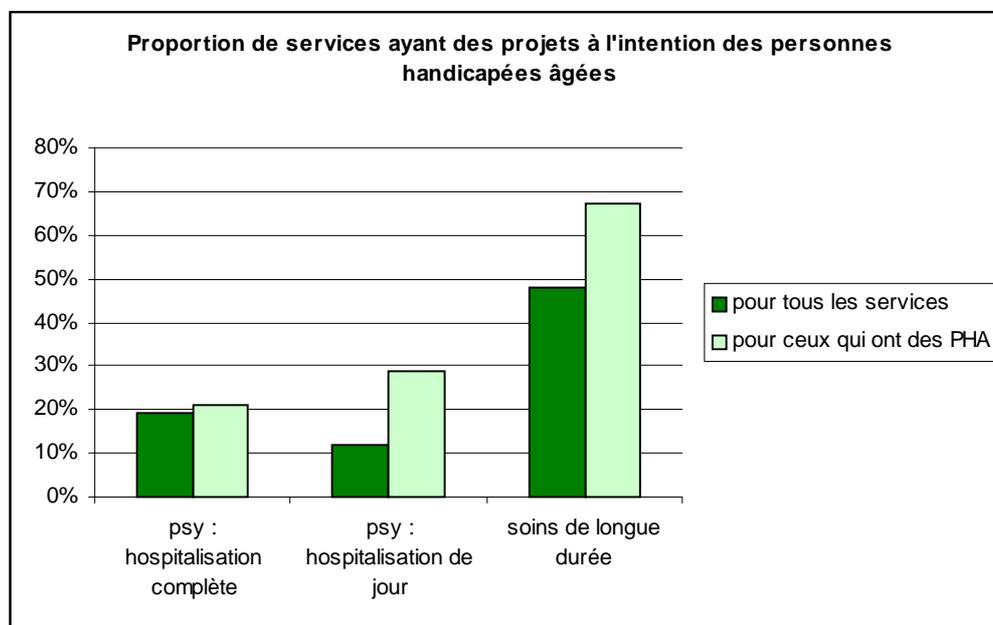


L'appréhension de cette question se fait de manière assez différente selon les services. Les USLD sont nettement plus préoccupées que les services psychiatriques, ce qui paraît logique vu le public auprès duquel elles interviennent qui nécessite une prise en charge généralement lourde que la dépendance soit due à des pathologies liées au grand âge ou à des déficiences apparues plus précocement. Par contre, l'expérience de l'accueil de personnes handicapées âgées contribue à modérer légèrement les inquiétudes quant à leur prise en charge.

Dans le secteur psychiatrique, les services expriment moins de préoccupations particulièrement les hôpitaux de jours. Ces derniers ne se sentent que très peu concernés par cette question quand, parmi leurs patients, aucun n'appartient à la catégorie « personnes handicapées âgées ».

Moins du quart (23,4%) des services sanitaires envisagent de développer un projet à l'intention des personnes handicapées âgées.

Le fait d'être déjà impliqué dans l'intervention auprès de ce public influe positivement sur la perspective de mettre en œuvre de tels projets : 37% des services concernés ont déclaré en préparer.



Les différences sont importantes entre catégories de services : 48% des USLD préparent des projets contre seulement 17% des services psychiatriques.

Considérer la question des personnes handicapées âgées comme préoccupante crée un effet dynamisant sur le développement de projet :

- dans le secteur psychiatrique, 20% des services « préoccupés » préparent des projets contre 12% des « non préoccupés »
- dans les USLD, 63% sont engagées dans des projets parmi les « préoccupées » contre 33% des « non préoccupées »

L'organisation et la gestion du service public psychiatrique, lourdes et hiérarchisées, favorisent moins la prise d'initiative et les projets de création de nouvelles offres de service sont globalement nettement moins nombreux que dans d'autres secteurs, particulièrement celui des adultes handicapés géré principalement par des associations.

En outre, l'existence préalable d'un projet de service crée un cadre propice à la réflexion et a des répercussions très significatives sur la préparation de projets spécifiquement destinés aux personnes handicapées âgées.

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.

⇒ **Dans les unités de soins de longue durée**, différents axes sont retenus pour accroître l'offre à destination des personnes handicapées âgées, en améliorer la qualité et la pertinence.

Sont ainsi envisagées :

- **une diversification des modalités d'accueil** parmi lesquelles l'accueil de jour et l'accueil temporaire
- **une réorganisation des services avec la mise en place de projet de vie** prenant en compte les besoins des personnes handicapées présentes (se reporter dans ce cadre aux prestations attendues des différents professionnels intervenant dans les USLD – chapitre 5.2.1 de ce rapport)
- **la création de nouvelles unités entièrement dédiées à une catégorie de population âgée handicapée et/ou malade** (les pathologies psychiques sont, dans cette perspective, privilégiées : démence, Alzheimer...)
- **une organisation territoriale permettant la création d'un pôle gérontologique** mettant en jeu de multi-partenariats : hôpital de jour d'évaluation gérontologique, unités de soins pour malades d'Alzheimer, réseau santé ville / hôpital gérontologique, « centre expert » en association avec des services hospitaliers de neurologie

⇒ **En ce qui concerne les services psychiatriques**, les projets, hormis le fait qu'ils sont moins nombreux, sont aussi souvent moins avancés que dans les USLD.

Ces projets sont très majoritairement articulés autour des perspectives offertes par les unités géronto-psychiatriques assez nombreuses mais qui présentent, néanmoins deux types de limites :

- leur capacité actuelle pas toujours suffisante (en outre, localement des projets en attente depuis longtemps ne se concrétisent pas)
- leur offre pas toujours adaptée aux personnes handicapées, notamment celles souffrant de déficiences sensorielles ou motrices

Ces limites contraignent assez fréquemment les services à chercher des solutions en dehors de la psychiatrie. Si les établissements pour personnes âgées sont largement sollicités, ils ne conviennent pas tous aux personnes handicapées et, particulièrement, à celles qui sont polyhandicapées. C'est dans ce contexte qu'un hôpital psychiatrique a déclaré réfléchir à un projet de création de MAS.

Cette question de la prise en charge des personnes polyhandicapées de moins de 60 ans est, d'ailleurs, jugée par certains plus préoccupante que celles des personnes moins handicapées mais plus âgées. Elles sont accueillies en psychiatrie

pour des « *troubles psychiques passagers mais n'ont de place nulle part, faute de structure de longue durée et ne peuvent être admises en maison de retraite à cause de refus systématique des dérogations* ».

D'autres services concentrent leurs efforts sur l'amélioration des locaux, sur la formation, sur la diversification des modalités d'accueil ou réfléchissent à un renforcement du travail des secteurs psychiatriques permettant des retours à domicile dans de meilleures conditions.

Conclusion

La personne handicapée n'est généralement pas identifiée en tant que telle dans les services sanitaires de psychiatrie et de soins de longue durée qui accueillent **des patients ou des malades**. Le concept de handicap, en tant que désavantage social résultant d'une déficience, n'est pas communément utilisé dans le champ sanitaire.

Dans les services psychiatriques, les personnes accueillies sont avant tout des malades et leurs éventuelles déficiences ne sont pas directement prises en compte dans le projet. En effet, ces déficiences ne sont pas le motif de l'admission dans le service et la prise en charge y est considérée comme transitoire, elle constitue une réponse à une manifestation plus aiguë de troubles psychiques ponctuels ou permanents. Ce contexte ne favorise donc pas le développement d'une offre de prestations plus pointues prenant en compte les besoins liés au handicap.

Néanmoins, si les durées moyennes de séjour sont, pour l'ensemble des patients, plutôt courtes (autour de 34/35 jours ²³), elles sont nettement plus longues pour les personnes handicapées âgées : 30% d'elles sont hospitalisées en psychiatrie depuis une durée supérieure ou égale à 5 ans.

La réorientation des patients à l'issue de leur prise en charge constitue une préoccupation particulière pour ces services, réorientation qui s'avère souvent difficile pour les personnes handicapées qu'elles aient ou non dépassé 60 ans (ce qui a pour conséquence un maintien de ces personnes dans les services sans justification médicale, expliquant en partie les durées de séjours plus longues). Les personnes les plus concernées sont « *celles qui sont rejetées par les institutions classiques* » et plus particulièrement :

- d'une part, les personnes polyhandicapées,
- d'autre part, les personnes présentant des troubles psychiatriques stabilisés mais trop jeunes (même si elles ont plus de 60 ans) et en « *trop bonne forme physique* » pour être admis en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et s'y intégrer dans de bonnes conditions

Pour ces dernières, les prises en charge en géro-psi-chiatrie peuvent constituer une solution intéressante avec une préférence pour les unités organisées en petits effectifs, avec un objectif thérapeutique « *basé sur la thérapie occupationnelle pour des personnes âgées qu'il convient d'accompagner avec du personnel formé à la psychiatrie* ».

Pour les personnes polyhandicapées, une meilleure offre dans le médico-social est attendue.

Dans les unités de soins de longue durée, les prises en charge au long cours sont la règle, les durées moyennes de séjour sont de 3 ans et demi. **Le public accueilli est marqué par une dépendance importante (près de 80% relevant des GIR 1 et 2)**, les pathologies mentales et les troubles du comportement étant très représentés. Dans ce contexte, la difficulté qui se pose à ces services est la mise en œuvre, dans de bonnes

²³ L'activité des établissements de santé en 2001 en hospitalisation complète et partielle. DREES, *Etudes et résultats*, n° 238, mai 2003

conditions, d'une charge de soins et d'assistance importante pour chaque personne accueillie. Les services ne distinguent pas, parmi ces personnes présentant toutes des limitations importantes, celles qui sont devenues dépendantes en raison de pathologies liées à l'âge et qui sont en situation handicap, parfois depuis la naissance. Ces trajectoires différentes n'influent que peu sur les besoins actuels des personnes et, quelle que soit l'histoire de leurs patients, ces services rencontrent des difficultés surtout en raison d'effectifs de salariés insuffisants.

Ce contexte difficile ne les empêche de faire preuve d'un certain dynamisme pour rechercher des modes de prises en charge et une organisation plus adaptés aux personnes handicapées âgées ²⁴.

Plusieurs aspects pouvant concourir à **l'amélioration de la prise en charge de ces personnes handicapées âgées** font l'objet d'une attention particulière dans les deux secteurs sanitaires enquêtés :

- **le développement des activités à visée thérapeutiques et des animations** qui peuvent contribuer à maintenir l'ensemble des fonctions (motrices, cognitives et sensorielles) des personnes, activités qui sont actuellement trop peu souvent proposées (faute de personnel en nombre suffisant ou ayant les compétences ad hoc)
- **un meilleur respect des rythmes de vie des personnes handicapées âgées** : dans la plupart des services, elles ne bénéficient pas d'aménagement des différents temps de la vie quotidienne pour venir leurs spécificités. Les plannings d'activités individualisés sont également rarement mis en place.
- **une meilleure attention portée à l'entourage familial** et des retentissements douloureux liés à la pathologie de la personne handicapée : aider les proches à exprimer leur souffrance, favoriser le maintien des relations famille/patient, accompagner les aidants familiaux notamment lorsqu'ils sont impliqués dans des projets de retour à domicile de la personne handicapée
- **l'amélioration des conditions matérielles d'accueil**, loin d'être satisfaisantes dans de nombreux services, est souvent jugée indispensable. A ce sujet, la Fédération Hospitalière de France suggère aux établissements d'élaborer des projets de modernisation susceptibles d'émarger au **plan hôpital 2007**.

Même si la mission première de ces services sanitaires est de dispenser des soins à des personnes malades, le souci de s'adapter aux particularités des différents publics reçus et de leur proposer une prise en charge plus personnalisée n'est pas absent de leur préoccupation. Plusieurs considèrent ainsi que le temps et l'écoute à consacrer aux personnes handicapées âgées qui doivent être sensiblement augmenté par rapport à la situation actuelle.

²⁴ Notons que, selon la DREES, certains services de soins de longue durée se sont reconvertis en EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) passant donc ainsi du sanitaire au médico-social.

Ce souci d'améliorer les prestations destinées à ce public s'inscrit, par ailleurs, pleinement dans le **programme de prévention et de lutte contre les maltraitances des personnes âgées** ²⁵ dont l'une des recommandations « *Renforcer les exigences de qualité pour l'ensemble des prestations et structures destinées aux personnes âgées* » stipule que « *les personnes âgées sont en droit d'attendre une prise en charge de qualité. La mise en œuvre de démarches d'amélioration continue de la qualité constitue un atout majeur pour atteindre cet objectif* ».

Par ailleurs, pour pouvoir proposer des solutions adaptées au mieux aux souhaits de la personne, à ceux de ses proches et ses besoins, **il paraît évident qu'une meilleure articulation entre le social, le médico-social et le sanitaire constituerait une avancée notable**, en favorisant une meilleure cohérence des interventions entre les professionnels de ces différents champs. Un plan pluriannuel de santé mentale, annoncé dans le cadre du programme national 2003-2005 de lutte contre les exclusions, devrait s'intéresser à cette question.

Pour conclure, nous pouvons rappeler les principes énoncés par le Haut Conseil à la Population et la Famille concernant les personnes handicapées âgées ²⁶ (qui ont également été posés comme postulats au départ des travaux réalisés par le CREAHI) :

- préserver la dignité des personnes handicapées âgées
- offrir à ces personnes la possibilité de choisir leur mode de résidence et leur activité
- éviter les ruptures dans les modes d'hébergement et d'activité
- compenser les conséquences de leur handicap dans la vie sociale

Ces principes concernent l'ensemble des établissements et services intervenant auprès des publics handicapés âgés et doivent également guider les politiques publiques mises en œuvre à leur intention.

²⁵ Promu par le secrétariat d'Etat aux personnes âgées

²⁶ Avis rendu public le 25 novembre 2002, ASH, n° 2287, 29 novembre 2002

Le haut conseil de la population et de la famille est un organisme consultatif chargé d'éclairer le Président de la République et le gouvernement sur les problèmes démographiques et sur leurs conséquences à moyen et long termes dans les domaines de la fécondité, du vieillissement et des mouvements migratoires, ainsi que sur les questions relatives à la famille.

Annexes

Questionnaire pour les services psychiatriques	39
Questionnaire pour les services de soins de longue durée	43
Cartes	49

QUESTIONNAIRE

Secteur psychiatrique

A retourner au CREAHI d'Aquitaine

**2, rue Jean Artus – BP 106
33030 BORDEAUX-CEDEX**

avant le vendredi 22 juin 2001

Pour toute précision supplémentaire, vous pouvez
contacter au CREAHI, Bénédicte MARABET
conseillère technique, chargée de cette étude

☎ 05 56 29 04 60.

Secteur psychiatrique n° :

Identification du service :

Note technique

Ce questionnaire concerne 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 présente une déficience quelle qu'elle soit.

Si aucune des personnes accueillies par votre structure n'entre dans ces critères, veuillez toutefois remplir les questions 1 à 15 et 44 à 46.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir un questionnaire par unité dans le cas où plusieurs se situeraient sur le même site, exemple : un hôpital de jour et un service d'hospitalisation à temps complet.

Merci pour votre participation

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

1 – Catégorie du service

- 1 – centre hospitalier spécialisé (hospitalisation à temps complet)
2 – hôpital de jour
3 - autre (précisez).....

2 - capacité totale du service :

|_|_|_|

3 – Outre les pathologies mentales, les patients accueillis peuvent-ils présenter une déficience intellectuelle ou physique ?

- 1 – oui 2- non

4 - si oui, veuillez préciser quelles sont les déficiences représentées dans la population accueillie

- 1 – déficience motrice
2 – déficience sensorielle
3 – déficience intellectuelle
4 – plurihandicap
5 – polyhandicap
6 – autre
précisez.....

► **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

5 - y a-t-il des contre-indications de prise en charge dans votre service pour une catégorie de personnes :

6 – y a-t-il parmi les patients de votre service des personnes handicapées (ayant eu une reconnaissance COTOREP avant l'âge de 60 ans) quel que soit leur âge actuel ?

- 1 – oui 2- non 3 – ne sait pas

7 – si oui, au jour de l'enquête combien comptez-vous de personnes handicapées parmi celles accueillies dans votre service ?

âgées de moins de 50 ans : |_|_|_|

âgées de 50 à 54 ans : |_|_|_|

âgées de 55 à 59 ans : |_|_|_|

âgées de 60 à 74 ans : |_|_|_|

âgées de 75 ans et + : |_|_|_|

8 – Avez-vous des difficultés pour réaliser l'orientation des personnes handicapées âgées de 60 ans et plus lors de leur sortie de votre service ?

- 1 – oui 2- non

9 – quelles solutions sont généralement utilisées pour ces personnes lors de leur sortie ?

10 - Quel nombre maximum de personnes handicapées âgées de 60 ans et + pourriez-vous prendre en charge dans votre service ?

1 - |_|_|_|

2 –pas de limitation (si ce n'est la capacité totale du service)

LE PROJET DE SERVICE

11 - Avez-vous un projet de service ou un document en tenant lieu ?

- 1 – oui 2- non

12 - si oui, ce projet définit-il ?

plusieurs réponses possibles

- 1 – les caractéristiques générales du projet de soins
2 – les protocoles d'organisation des soins
3 – les caractéristiques générales du projet de vie
4 – les modalités d'animation et d'activité

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

- 1 – oui 2- non

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

14.1 – le fonctionnement global de l'établissement ?

- 1 – oui 2- non

14.2- les conditions d'accueil et de prise en charge du patient ?

- 1 – oui 2- non

14.3 – l'évolution de l'état de santé du patient ?

- 1 – oui 2- non

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

15.1 - les attentes des patients ou de leurs familles sur la prise en charge ?

- 1 – oui 2- non

15.2 - l'avis des patients ou de leurs familles sur le fonctionnement du service ?

- 1 – oui 2- non

Si aucune personne handicapée âgée de 60 ans ou + au 1^{er} janvier 2001, n'est accueillie dans votre service passez directement à la question 44 page 5

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

16 - Les personnes handicapées âgées sont-elles accueillies

- 16.1 dans une section séparée ?
16.2 sans distinction avec les autres usagers ?

17 - Mode d'hébergement des personnes handicapées âgées :

- 1 - en chambre collective
2 - en chambre individuelle
3 - en appartement thérapeutique
4 - en logement ordinaire
5 - autre (précisez)

.....

18 - Si des patients handicapés âgés de votre résident en logement ordinaire, pouvez-vous indiquer leur nombre au 1^{er} janvier 2001 ?

|_|_|_|_|

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

- 1 - oui 2- non

20 - Si oui, lesquels ?

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

- 1 - oui 2- non

22 - Si oui lesquelles ?

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

23 - Effectif total des salariés du service en « Equivalent temps plein » : |_|_|_|_|

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

- 1 - oui 2- non

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

26 - Pour les personnels intervenant directement auprès des personnes accueillies, 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 avec diplôme gériatrie			
Psychiatre			
Psychologue			
Autre			
EMPLOIS PARA-MEDICAUX			
Infirmier			
Aide-soignant			
Kinésithérapeute			
ergothérapeute			
Orthophoniste			
psychomotricien			
Autre			
EMPLOIS SOCIO-EDUCATIFS ET D'ANIMATION			
Animateur			
Aide-médico-psychologique			
Educateur spécialisé			
Moniteur-éduc			
Autres			
EMPLOIS DE SERVICE A LA PERSONNE			
Agent de service hospitalier			
autres			
AUTRES EMPLOIS			

27 - 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

28 - Lesquelles ? plusieurs réponses possibles

- 1- approche gérologique chez la personne handicapée
2 - cohabitation de publics d'âges différents
3 - cohabitation de publics présentant des pathologies différentes
4 - aspect psychopathologique du vieillissement
5 - approche de la déficience intellectuelle
6 - approche de la déficience physique
7 - autre

précisez

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

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

1 – oui 2- non

30 - Les activités ont-elles un caractère obligatoire ?

1 – oui 2- non

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

1 – oui 2- non

32 - des activités physiques ou sportives sont-elles proposées à l'intérieur du service ?

1 – oui 2- non

33 - des activités d'expression sont-elles organisés au sein du service ?

1 – oui 2- non

34 - des animations, spectacles sont-ils proposés dans le service ?

1 – oui 2- non

35 - des sorties sont-elles organisées en dehors du service ?

1 – oui 2- non

36 - des activités à visée thérapeutique pour la préservation des fonctions cognitives sont-elles réalisées du service ?

1 – oui 2- non

37 - des activités à visée thérapeutique pour la préservation des fonctions motrices sont-elles réalisées du service ?

1 – oui 2- non

LES DIFFICULTES ET LES BESOINS

38 - Quelles difficultés liées à l'accueil des personnes handicapées âgées vous semblent-elles prépondérantes? 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 patients
- 7 - Personnel peu ou pas formé aux problèmes des personnes handicapées âgées
- 8 - Evolution des besoins alimentaires
- 9 - Autres

Précisez

39 - Si vous avez signalé à la question 25 avoir des besoins en personnel, pour les personnes handicapées âgées, veuillez préciser les soins ou les prestations vous pourriez proposer :

39.1 - avec du personnel médical supplémentaire

39.2 -avec du personnel paramédical supplémentaire

39.3 avec du personnel socio-éducatif supplémentaire

39.4 avec du personnel de service supplémentaire

40 - Y a-t-il d'autres aspects de la prise en charge des personnes handicapées âgées que vous souhaiteriez pouvoir développer dans votre service ?

1 – oui 2- non

41 - si oui, lesquels

42 - Y a-t-il des aménagements dans votre service à l'intention des personnes handicapées âgées que vous souhaiteriez voir réalisés ?

1 – oui 2- non

43 - si oui, lesquels

=====

44 - La question des personnes handicapées âgées vous semble-t-elle préoccupante pour votre service actuellement ou dans un proche avenir?

1 – oui

2- non

45 - Votre service ou son organisme gestionnaire va-t-il développer d'ici 3 ans des projets spécifiques à l'intention des personnes handicapées âgées ?

1 – oui

2- non

46 - si oui, lesquels

QUESTIONNAIRE

Services de soins de longue durée

A retourner au CREAHI d'Aquitaine

2, rue Jean Artus – BP 106

33030 BORDEAUX-CEDEX

avant le vendredi 22 juin 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

Ce questionnaire concerne 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 présente 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 19 et 57 à 59.

Merci pour votre participation

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

- 18.1 – le fonctionnement global de l'établissement ?
 1 – oui 2- non
 18.2- les conditions d'accueil et de prise en charge du patient ?
 1 – oui 2- non
 18.3 – l'évolution de l'état de santé du patient ?
 1 – oui 2- non

19 - existe-t-il des moyens ou une procédure permettant de recueillir :

- 19.1 - les attentes des patients ou de leurs familles sur la prise en charge ?
 1 – oui 2- non
 19.2 - l'avis des patients 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 service passez directement à la question 57

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES HANDICAPEES AGEES
 l'organisation matérielle

20 - Les personnes handicapées âgées sont-elles accueillies

- 20.1 - dans une section séparée ?
 20.2 - dans des sections organisées en fonction de la nature du handicap ?
 20.3 - sans distinction avec les autres usagers ?

21 - Mode d'hébergement des personnes handicapées âgées :

- 1 - en chambre collective
 2 - en chambre individuelle
 3 – autre (précisez).....

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

- 1 – oui 2- non

23 - Si oui, lesquels ?

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

- 1 – oui 2- non

25 - Si oui lesquelles ?

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES HANDICAPEES AGEES
 les moyens humains

26 - Effectif total des salariés (à l'exclusion du personnels des services généraux et administratifs) **en ETP « Equivalent temps plein »** : |__|__|__|

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

- 1 – oui 2- non

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

29 - Pour les personnels intervenant directement auprès des personnes accueillies 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			
Assistant social			
Aide médico-psychologique			
Educ. spécialisé			
Moniteur-éduc			
Autre			
EMPLOIS DE SERVICE A LA PERSONNE			
Agent de service hospitalier			
autres			

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

30 – Y a-t-il un médecin spécifique pour la prise en charge des personnes handicapées âgées?

- 1 – oui 2- non

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

- 1 – infirmier nb en ETP |__|__|
2 – aide soignant nb en ETP |__|__|
3 – agent de service de soins nb en ETP |__|__|
4 – autre (précisez).....

32 - Existe-t-il dans le service un plan de formation pluriannuel des personnels ?

- 1 – oui 2- non

33 - 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

34 – si oui, lesquelles ? (plusieurs réponses possibles)

- 1- approche gériatrique chez la personne handicapée
2 - cohabitation de publics d'âges différents
3 – cohabitation de publics présentant des pathologies différentes
4 - aspect psychopathologique du vieillissement
5 – approche de la déficience intellectuelle
6 – approche de la déficience physique
7 – la maladie mentale
8 – accompagnement des mourants
9 - autre

précisez

35 – le service met-il en œuvre la prise en charge avec d'autres prestataires (soins spécifiques, animation...) ?

- 1 – oui 2- non

36 – si oui précisez

37 – le service fait-il partie

- 37.1 d'un réseau gériatrique sanitaire ?
37.2 d'un réseau gériatrique social ?

38 – si oui, précisez

**PRISE EN CHARGE DES PERSONNES
HANDICAPÉES ÂGÉES
les prestations**

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

- 1 – oui 2- non

40 - Les activités ont-elles un caractère obligatoire ?

- 1 – oui 2- non

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

- 1 – oui 2- non

42 - des activités physiques ou sportives sont-elles proposées à l'intérieur du service ?

- 1 – oui 2- non

43 - des activités d'expression sont-elles organisées au sein du service?

- 1 – oui 2- non

44 - des animations, spectacles sont-ils proposés dans le service ?

- 1 – oui 2- non

45 - des sorties sont-elles organisées en dehors du service ?

- 1 – oui 2- non

46 - des activités à visée thérapeutique pour la préservation des fonctions cognitives sont-elles réalisées au sein du service ?

- 1 – oui 2- non

47 - des activités à visée thérapeutique pour la préservation des fonctions motrices sont-elles réalisées au sein du service ?

- 1 – oui 2- non

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

- 1 – oui 2- non

49 – si oui le(s)quel(s) ?.....

50 - qui réalise cette évaluation ?

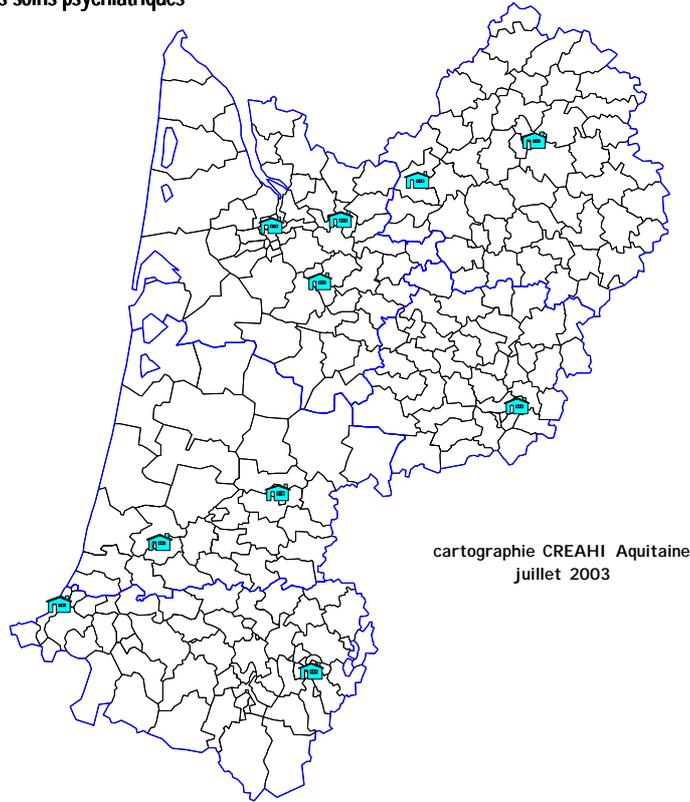
- 1 – du personnel de l'établissement
2 – des intervenants extérieurs

LES DIFFICULTES ET LES BESOINS

51 - Quelles difficultés liées à l'accueil des personnes handicapées âgées vous semblent-elles prépondérantes? (Cocher ou citer 3 réponses au maximum)

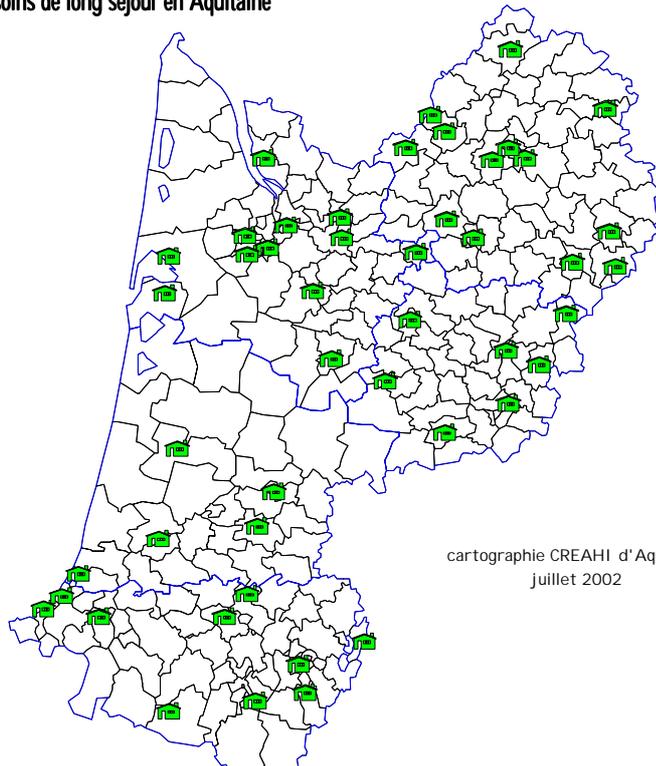
- 1- Adaptation des activités à leur rythme
2 - Configuration des locaux
3 - Insuffisance numérique du personnel
4 - Besoins croissants de médicalisation
5 - Réduction de la mobilité de la personne

**Etablissements publics dispensant
des soins psychiatriques**



cartographie CREAHI Aquitaine
juillet 2003

Répartition des unités de soins de long séjour en Aquitaine



cartographie CREAHI d'Aquitaine
juillet 2002