

**CONDUIRE L'ADAPTATION D'UN E.H.P.A.D. EN VUE DE
L'ACCUEIL DE PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP
MENTAL CONFRONTEES A L'AVANCEE EN AGE**

CONCILIER PROJETS DE VIE ET SINGULARITE DES PUBLICS

Christine VALAT

2016

Remerciements

Je dédie ce mémoire à :

Ma grand-mère Anna, qui a su transcender son handicap pour en faire une force, véritable leçon de vie et qui a su me montrer combien ses valeurs : la tolérance, le courage, l'humilité et l'ouverture aux autres sont essentielles,

Mes enfants Emilie et Paul qui sont ma fierté et mon plus beau cadeau.

Enfin, je remercie :

Tous ceux et celles qui m'ont guidé de près ou de loin, qui m'ont soutenu dans mes moments de doute, qui m'ont encouragé, qui m'ont supporté dans les moments de tension, qui m'ont donné la chance de me réaliser dans un métier complexe, exigeant, où la passion permet de garder le cap et de s'épanouir.

Et, mon compagnon Jean Michel pour sa belle patience.

« Lorsqu'un seul homme rêve, ce n'est qu'un rêve. Mais si beaucoup d'hommes rêvent ensemble, c'est le début d'une nouvelle réalité ».

Friedensreich HUNDERTWASER

Sommaire

Introduction	1
1 L'E.H.P.A.D. Rémy François une sérieuse opportunité pour concrétiser sur un territoire le décroisement des secteurs personnes âgées/personnes handicapées	5
1.1 De nouvelles modalités d'accueil dans la perspective annoncée du « zéro sans solution »	5
1.1.1 La situation de ces personnes en France	5
1.1.2 La situation à l'échelon régional	7
1.1.3 La situation à l'échelon local.....	9
1.2 Une évolution : la convergence des politiques personnes âgées/personnes handicapées.....	11
1.2.1 Etat des lieux à l'international.....	12
1.2.2 Et en France.....	16
1.2.3 Projets expérimentaux.....	19
1.3 L'E.H.P.A.D. Rémy François : Un établissement sans spécificité remis en question par l'évolution des besoins du territoire	20
1.3.1 Une succession de changements sans impact négatif sur la qualité des prestations	20
1.3.2 « L'hétérogénéité » de la population – une force pour l'intégration d'un nouveau public.....	25
1.3.3 Les travaux d'extension non importante : une opportunité à saisir.....	28
2 Eclairer l'intervention de l'Etat dans la prise en compte des personnes en situation de handicap et/ou âgées	33
2.1 Handicap mental et vieillissement : des besoins particuliers.....	33
2.1.1 Le handicap mental réalité et contradiction du concept	34
2.1.2 Effets du handicap sur le vieillissement	37
2.1.3 Singularité des besoins	41
2.2 La convergence des politiques publiques personnes âgées/personnes handicapées	44
2.2.1 D'une politique publique à une politique sectorielle du handicap	45

2.2.2	La convergence en question	49
2.2.3	Les freins à la convergence : lectures avis et discussion	52
3	Impulser la réorientation de l'offre d'accueil : savoir s'appuyer sur les partenaires institutionnels	63
3.1	Les partenariats locaux une force pour influencer le changement.....	63
3.1.1	Déployer le conventionnement inter institutionnel	63
3.1.2	L'immersion professionnelle : une opportunité à ne pas négliger	65
3.1.3	Renforcer la coopération pour prévenir l'isolement social	66
3.2	Mobiliser les ressources humaines pour accompagner les changements ..	66
3.2.1	Le projet d'établissement : levier/support de mobilisation de l'intelligence collective.....	67
3.2.2	Communiquer pour susciter l'engagement du personnel.....	68
3.2.3	Organiser les savoirs : plan de formation et partage d'expérience	69
3.2.4	Organiser la permanence au sein de l'UVPHA.....	70
3.3	Concilier projets de vie et singularité des publics	73
3.3.1	Réaliser le projet de vie pour faciliter l'inclusion en E.H.P.A.D.	74
3.3.2	Préserver et entretenir le lien avec les précédents lieux de vie pour favoriser l'intégration	76
3.3.3	Construire un plan d'activités pour favoriser la vie sociale et la mixité des populations	77
3.3.4	Les indicateurs au service de l'évaluation du projet	78
	Conclusion.....	81
	Bibliographie.....	83
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

- A.A.H. : Allocation aux adultes handicapés
- A.C.T.P. : Allocation compensatrice pour tierce personne
- A.F.I.P.A.E.I.M. : Association familiale de l'Isère pour enfants et adultes handicapés intellectuels
- A.G.G.I.R. : Autonomie gérontologie groupes iso-ressources
- A.M.P. : Aide médico-psychologique
- A.N.C.R.E.A.I. : Association nationale des CREA
- A.N.E.S.M. : Agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale
- A.P.A. : Allocation personnalisée d'autonomie
- A.R.S. : Agence régionale de santé
- A.S.H. : Agent de service hôtelier
- A.S.V. : Adaptation de la société au vieillissement
- C.A. : Conseil d'administration
- C.V.S. : Conseil de la vie sociale
- C.D. : Conseil départemental
- C.I.F. : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
- C.I.M. : Classification statistique internationale des maladies
- C.L.I.C. : Conseil local d'information et de coordination
- C.N.S.A. : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- C.P.O.M. : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- C.R.E.A.I. : Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
- C.T. : Convention tripartite
- D.G.C.S. : Direction générale de la cohésion sociale
- D.G.D. : Dotation globale dépendance
- D.R.E.E.S. : Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques
- E.E. : Evaluation externe
- E.H.P.A.D. : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- E.N.I. : Extension non importante
- E.P.R.D. : Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
- E.S.A.T. : Etablissement et service d'aide par le travail
- E.S.M.S. : Etablissements et services sociaux et médico-sociaux
- E.T.P. : Equivalent temps plein
- F.A.M. : Foyer d'accueil médicalisé
- G.E.V.A. : Guide d'évaluation

G.I.R. : Groupe iso-ressources
G.M.P. : GIR moyen pondéré
I.N.S.E.E. : Institut national de la statistique et des études économiques
I.R.P. : Instance représentative du personnel
M.A.P. : Modèle d'accompagnement personnalisé
M.D.A. : Maison départementale de l'autonomie
M.D.P.H. : Maison départementale des personnes handicapées
O.D.A.S. : Observatoire national de l'action sociale décentralisée
O.M.S. : Organisation mondiale de la santé
P.A. : Personnes âgées
P.A.S.A. : Pôle d'activités et de soins adaptés
P.C.H. : Prestation de compensation du handicap
P.E. : Projet d'établissement
P.H. : Personnes handicapées
P.H.V. : Personnes handicapées vieillissantes
P.M.P. : Pathos moyen pondéré
P.N.L. : Privé non lucratif
P.P.A. : Projet personnalisé d'accompagnement
P.R.I.A.C. : Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
P.R.S. : Programme régional de santé
R.P.S. : Responsable du pôle soins
S.A.V.S. : Service d'accompagnement à la vie sociale
S.E.M.C.O.D.A. : Société d'économie mixte de construction du département de l'Ain
S.E.R.A.F.I.N.-P.H. : Services et Etablissements : Réforme pour une Adéquation des Financements aux parcours des Personnes Handicapées
S.R.O.M.S. : Schéma régional d'organisation médico-sociale
U.N.A.P.E.I. : Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales
U.S.L.D. : Unité de soins de longue durée
U.V.P.H.A. : Unité de vie pour personnes handicapées âgées

Introduction

Avant-propos :

L'E.H.P.A.D. que je dirige est situé à Ampuis dans la pointe sud du département du Rhône, à 8 kilomètres de l'agglomération de Vienne (Isère). Son implantation géographique est particulière et nécessite un éclairage immédiat destiné à faciliter la compréhension du développement qui suivra.

Avec la mise en œuvre de la Loi de Modernisation de l'action publique territoriale (27/01/2014), le département du Rhône a été scindé en deux parties : le Nouveau Rhône et la Métropole de Lyon.

Depuis janvier 2015, la Métropole est : « une collectivité territoriale unique en France créée par la fusion de la Communauté urbaine de Lyon et du Conseil général du Rhône »¹. Elle se substitue au département dans l'exercice de ses compétences.

C'est ainsi que l'établissement perçoit deux dotations globale dépendance (DGD) distinctes : 35 lits d'hébergement sont financés soit par la Métropole soit par le Nouveau Rhône (en fonction du domicile de secours de l'utilisateur) ; les 35 autres lits sont pour l'essentiel financés par le Conseil Départemental de l'Isère.

Par ailleurs l'E.H.P.A.D. est rattaché par le schéma régional d'organisation sanitaire et médico-sociale (SROSMS) au territoire de santé Centre qui intègre la filière gérontologique de l'Isère rhodanienne, ce qui explique que je participe à ses travaux.

Mes interlocuteurs sont donc à la fois issus des collectivités territoriales du Nouveau Rhône, de la Métropole et de l'Isère.

Depuis janvier 2013, je suis directrice de l'E.H.P.A.D. Rémy François. Il héberge en séjour permanent 70 résidents, dans 46 chambres simples et 12 chambres doubles. Les missions qui m'ont été confiées en première intention étaient centrées sur le pilotage des travaux d'une restructuration architecturale lourde et sur la mise en œuvre des actions inscrites dans la convention tripartite n° 2.

L'établissement arrive à un moment clef de son existence. En effet, cette convention signée le 27 décembre 2012, engage l'E.H.P.A.D. vis à vis des autorités de contrôle et de tarification (ses partenaires) à remplir un certain nombre d'objectifs qui sont définis dans cinq fiches actions. C'est dans la fiche n°5 que nous avons pris l'engagement, pour

¹ Métropole de Lyon, janvier 2015, page du site internet (visité le 5 mars 2016), disponible sur internet : <http://www.grandlyon.com/metropole/bienvenue-a-la-metropole.html>

répondre au respect de l'intimité des résidents (Loi du 2 janvier 2002 et recommandations des bonnes pratiques de l'agence nationale de l'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM)), de dé-densifier les 12 chambres doubles existantes et de construire une extension pour répondre à cet objectif. Le projet d'extension du Groupe ne répond pas à un appel à projet. Il s'inscrit dans le cadre d'une demande d'autorisation pour la création d'une extension non importante, en référence à l'Article L 313-1-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles², augmentation de la capacité d'accueil de 10 lits, qui permettra à la structure de mieux équilibrer son budget en atteignant la taille critique de 80 places.

L'extension devait dans le projet initial abriter un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA). C'est la directrice de l'hôpital local voisin (Condrieu - 69) qui m'avait alertée en 2013 sur un possible refus au regard de la bonne dotation du territoire, d'autant qu'un PASA venait de lui être accordé. Néanmoins ma hiérarchie a souhaité maintenir notre demande de création et nous avons transmis notre dossier. Cependant, tenant compte de l'information, je me suis placée dans une perspective de refus potentiel ; il s'est avéré, puisque l'agence régionale de santé (ARS) a rejeté notre demande en janvier 2015 ; la file active des résidents éligibles étant insuffisante.

La connaissance des difficultés exprimées par les associations du secteur des personnes handicapées autour de l'avancée en âge et de la perte d'autonomie de leurs résidents m'a conduit à faire une analyse de ma population et en particulier de l'adaptation à la vie de l'E.H.P.A.D. de deux résidents ayant un handicap mental. Cette observation alliée à une étude des besoins du territoire m'ont permis de réfléchir à une orientation envisageable pour l'E.H.P.A.D.. Les structures pour personnes handicapées (PH) du territoire ne peuvent plus accompagner les personnes handicapées vieillissantes (PHV) ; elles ont un réel besoin de places d'accueil en E.H.P.A.D. ; c'est ainsi que j'ai orienté mon projet vers le secteur du handicap.

Ces éléments interviennent dans un contexte d'opportunité : la convergence des politiques personnes âgées/personnes handicapées.

A ce jour, il n'existe pas de réponse unique pour privilégier un type d'accompagnement des PHV au détriment d'une autre ; ce qui est plutôt satisfaisant et qui laisse le champ libre pour envisager une variété de réponses. « Le Conseil économique et social est persuadé qu'il n'existe pas de solution unique pour la prise en charge des handicapés

² Code de l'Action Sociale et des Familles, décembre 2015, « Article L313-1-1 », page (visité le 18 juin 2016), disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006797757&dateTexte=&categorieLien=cid>

mentaux vieillissants et que toutes les réponses sont justifiées dès lors qu'elles se fondent sur un projet de vie adapté, de qualité et privilégient la proximité »³.

Je suis convaincue de la faisabilité d'un accueil de personnes handicapées vieillissantes au sein des E.H.P.A.D. à condition que cet accompagnement soit porté par l'ensemble de l'équipe et qu'il soit inscrit dans le projet d'établissement ; gage d'une réflexion concertée.

L'E.H.P.A.D. est un lieu de vie qui doit permettre aux résidents (Cf. annexe 1) qui sont des sujets de droit, d'arriver à trouver et à prendre leurs repères, à garder leur identité, à conserver leur personnalité (leurs singularités et leurs différences) et, dans la mesure du possible, soutenir ou maintenir leur autonomie et leur socialisation.

J'ai pour ambition de promouvoir l'accueil de personnes handicapées vieillissantes, porteuses d'un handicap mental, d'accompagner le soutien et le développement de leur vie sociale pour favoriser leur intégration au sein de l'E.H.P.A.D. et de concourir à la mixité des populations personnes âgées (PA)/personnes handicapées vieillissantes (PHV).

La problématique que j'ai retenue est donc la suivante :

L'absence de solution d'hébergement pour les personnes handicapées confrontées à l'avancée en âge est-elle une opportunité pour l'E.H.P.A.D., sur son territoire, de participer au décloisonnement des politiques PA/PH, en créant une unité dédiée à l'accueil de PHV, dans un contexte de convergence des politiques publiques ?

Dans une première partie j'exposerai la situation comparée des personnes handicapées vieillissantes en France, à l'échelon régional puis local. Je ferai ensuite l'état des lieux de la mise en œuvre de la convergence des politiques personnes âgées/personnes handicapées à l'international et en France pour m'arrêter ensuite sur les projets expérimentaux qui ont été mis en œuvre. Enfin je présenterai l'histoire de l'établissement, l'état de ses ressources humaines, la particularité de sa population et l'évolution attendue qui sont à l'origine de mon projet d'intégration de personnes handicapées vieillissantes.

La seconde partie viendra éclairer ce qu'est le handicap mental et quels sont les besoins des PHV concernées par cette forme de handicap. Elle sera également consacrée à mesurer quelles sont les limites de l'influence de l'Etat dans la mise en œuvre de la convergence des politiques PA/PH.

La troisième partie fera l'objet d'un développement de la démarche stratégique que je souhaite mettre en place. La présentation du plan d'actions précisera quels seront les

³ Section des affaires sociales, Conseil économique et social, novembre 1998, « Avis adopté par le conseil économique et social », page 11 (visité le 12 mai 2016), disponible sur internet : <http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/98/98112522.pdf>

acteurs mobilisés, comment ils le seront, dans la perspective du futur déploiement du plan d'actions.

Enfin je terminerai par la présentation d'indicateurs qui permettront de mesurer l'efficacité des actions retenues, l'évaluation des objectifs à atteindre ; ils seront garants de la pérennisation du plan d'actions ou de la réévaluation des actions à conduire.

« De la même manière que le secteur médico-social a su proposer de l'éducation, de l'accompagnement et du soin tout au long de la vie de l'enfant et de l'adolescent ou de l'adulte, cet adulte vieillissant, sachons lui proposer un accompagnement jusqu'au bout de la vie ».

Michel BILLE

1 L'E.H.P.A.D. Rémy François une sérieuse opportunité pour concrétiser sur un territoire le décloisonnement des secteurs personnes âgées/personnes handicapées

1.1 De nouvelles modalités d'accueil dans la perspective annoncée du « zéro sans solution »

C'est le Conseiller d'Etat Denis PIVETEAU qui, dans son rapport du 10 juin 2014 tire la sonnette d'alarme et propose des pistes de réflexion afin que chaque personne en situation de handicap puisse bénéficier d'une réponse adaptée à sa situation : «avoir toujours pour chacun et chacune une réponse accompagnée »⁴. L'objectif poursuivi est de « ne jamais laisser personne au bord du chemin » ; le « zéro sans solution » concerne toutes les formes de handicap et de ruptures de parcours. Il intéresse tout particulièrement le public cible de mon mémoire.

Ce rapport souligne le manque d'anticipation et de maîtrise du projet dans le parcours de vie, à différents moments charnière et notamment celui de l'avancée vers le grand âge. Il propose des solutions et positionne notamment la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), qui serait placée en situation de veille proactive, comme acteur garant incontournable de la mise en place de l'accompagnement et de sa réévaluation : « régularité de « points d'étape » en présence de la personne ... veiller à ce que toute alerte ou signe annonciateur d'un changement soit effectivement repéré »⁵.

1.1.1 La situation de ces personnes en France

S'il n'existe pas de recensement exhaustif du nombre de personnes en situation de handicap, de nombreuses données issues de sources administratives, de rapports, d'enquêtes font cependant état de données chiffrées permettant d'approcher un recensement quantitatif pour cette frange de la population française.

Pour éclairer la situation de ces personnes, il est intéressant de s'arrêter sur quelques chiffres clefs : « 12 millions de français sur 65 millions sont touchés par un handicap. Parmi eux, 80 % ont un handicap invisible ... ». « Ainsi l'INSEE estime que 6,6 % sont atteints d'une déficience intellectuelle ou mentale et que 1 022 262 personnes handicapées étaient bénéficiaires au 31 décembre 2013, de l'AAH »⁶

⁴ PIVETEAU D., 10 juin 2014, « Zéro sans solution », page 13, (visité le 5 mars 2016), disponible sur internet : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_zero_sans_solution_.pdf

⁵ Ibid., p. 29

⁶ TALENTEO, janvier 2016, « 2015 : les chiffres clefs du handicap », page 1, (visité le 13 mars 2016), disponible sur internet : <http://www.talenteo.fr/chiffres-handicap-2015/>

Ces données sont corroborées par celles émises par l'union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (UNAPEI) qui recensait en 2013 de 650 000 à 700 000 personnes en situation de handicap mental ; « chaque année, entre 6 000 et 8 500 enfants naissent avec un handicap mental »⁷

Comme le souligne Patrick GOHET (Inspecteur général des affaires sociales) dans son rapport (octobre 2013) sur « l'avancée en âge des personnes handicapées », il est difficile d'évaluer les besoins concernant la création de places et de structures eu égard à l'insuffisance de données statistiques concernant cette population.

Ce qui est sûr c'est que l'espérance de vie de la population française s'est accrue sensiblement ces dernières années ; le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, dans ses chiffres clefs (juin 2014) indique qu'elle est de 78,4 ans pour les hommes et de 84,8 ans pour les femmes. La même tendance est observée pour les personnes handicapées. Il est estimé que la croissance de leur espérance de vie est trois fois plus rapide que pour celle des personnes valides ; « déjà en 2003, une étude réalisée par Bernard AZEMA et Nathalie MARTINEZ pour le CREAI-Languedoc Roussillon à la demande de la DREES indiquait que l'espérance de vie des personnes handicapées tendait à se rapprocher de celle de la population générale »⁸ ; il est cependant constaté que la longévité est variable en fonction du handicap.

Cette constatation a préfiguré à la réalisation du rapport de P. GOHET ; en effet cette question de la longévité a été sous-évaluée par les politiques publiques en charge du handicap.

Dans la population générale, le vieillissement est un phénomène normal, inéluctable, il s'accompagne parfois de déficiences plus ou moins progressives, quelques fois de maladies invalidantes qui vont amoindrir le sujet sans possibilité de retour à l'état antérieur.

Le vieillissement d'un adulte handicapé est quant à lui très différent ; il s'opère de façon beaucoup plus précoce et il est observé une réactivation du handicap initial, voire d'une déficience nouvelle : surdité, difficultés à se mouvoir ...

⁷ HANDICAP, avril 2013, « Déficience intellectuelle et handicap mental par l'UNAPEI », page (visité le 13 mars 2016), disponible sur internet : <https://informations.handicap.fr/art-handicap-mental-73-3110.php>

⁸ CREAI, janvier 2015, « Observation médico-sociale régionale, Focus personnes handicapées vieillissantes » page 7 (visité le 13.03.2016), disponible sur internet : <http://www.creai-ra.com/Dialogues-Acteurs/Dossiers-publications/Rapports>

C'est alors que survient souvent une rupture dans le parcours de vie de la personne handicapée âgée qui, si elle vit en foyer de vie ou en ESAT, aspire à se reposer, elle ne souhaite plus travailler. La fatigabilité constatée est bien plus importante chez la personne handicapée.

Les études quadriennales conduites par la direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (DREES) et notamment la dernière enquête ES 2010 vient confirmer cette avancée en âge des personnes handicapées. L'âge moyen des personnes handicapées ainsi que le pourcentage de celles âgées de 60 ans ou plus, accueillies dans les structures du champ du handicap, ont été dénombrées dans cette enquête.

Cf. tableau de la DREES en annexe 2.

Pour autant, toutes les personnes adultes handicapées ne vivent pas en institution, même si elles peuvent y être accueillies à la journée, ce qui pose la question de celles, plus ou moins bien dénombrées vivant au domicile, dont les proches (parents) aidants deviennent âgés avec des difficultés plus ou moins bien repérées concernant leur fragilité et leur capacité à poursuivre l'accompagnement ; entraînant un risque de rupture dans leur parcours de vie.

1.1.2 La situation à l'échelon régional

L'ARS Rhône Alpes et les Conseils Départementaux de la région ont sollicité le centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situations de vulnérabilité (CREAI) pour conduire une observation médico-sociale régionale, orientée sur les personnes handicapées vieillissantes. Le CREAI, pour cette étude s'est appuyé sur différentes sources, documentaires, auditions de structures, qui ont donné lieu à l'élaboration d'un rapport de 123 pages (janvier 2015) qui fait notamment état d'une analyse quantitative de cette population. Cette analyse a été réalisée sous trois angles d'approche : les personnes handicapées accueillies au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) pour handicapés adultes, des E.H.P.A.D., et du domicile.

Les auteurs du rapport se sont basés sur : «le rapport de Patrick GOHET qui indique qu'il y aurait en France 635 000 personnes handicapées de plus de 40 ans dont 267 000 (soit 42 %) qui auraient dépassé l'âge de 60 ans. Sachant qu'en matière populationnelle la région Rhône Alpes représente 9,4 % des effectifs nationaux de plus de 40 ans (données de l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) du recensement

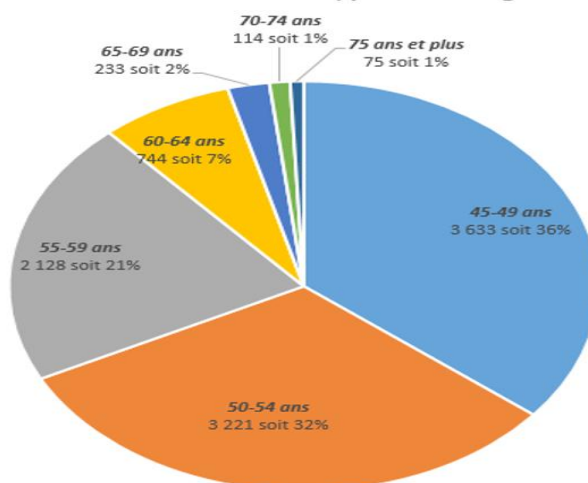
de 2011) »⁹ c'est ainsi qu'ils font état de l'estimation suivante ; il y aurait en Rhône Alpes 59 690 personnes handicapées de plus de 40 ans dont 25 098 auraient plus de 60 ans :

- Deux tiers d'entre elles vivraient au domicile et seraient au nombre de 40 000 dont environ 16 700 auraient plus de 60 ans.

Le tiers restant serait constitué de personnes handicapées, âgées de 45 ans et plus, qui sont accueillies dans 223 établissements médico-sociaux pour adultes handicapés sur les 636 existants dans la région ; parmi lesquels on compte 1 265 personnes (soit 5 %) qui sont considérées comme PHV.

Cette appréciation a donné lieu à la réalisation du diagramme ci-après qui fait une répartition par classe d'âge des personnes handicapées accueillies en établissement pour personnes handicapées, âgées de 45 ans et plus.

Répartition des personnes handicapées de 45 ans et plus accueillies en établissement en 2010, par classe d'âge



10

Cette partie du rapport est aussi consacrée à l'évaluation du nombre d'établissements pour personnes handicapées qui ont inscrit l'accueil de personnes handicapées vieillissantes (PHV) dans leur projet d'établissement (PE) : « 94 indiquent faire référence à cet accueil dans leur projet d'établissement (soit 42 %) »¹¹

Le paradoxe veut que 28 de ces 223 établissements ont fait mention de cet accueil dans le PE et qu'ils n'en font pas.

⁹ CREAI, janvier 2015, « Observation médico-sociale régionale, Focus personnes handicapées vieillissantes » page 35 (visité le 13.03.2016), disponible sur internet : <http://www.creai-ra.com/Dialogues-Acteurs/Dossiers-publications/Rapports>

¹⁰ Ibid., page 38

¹¹ CREAI, janvier 2015, « Observation médico-sociale régionale, Focus personnes handicapées vieillissantes » page 37 (visité le 13.03.2016), disponible sur internet : <http://www.creai-ra.com/Dialogues-Acteurs/Dossiers-publications/Rapports>

Au total, ce sont 26 686 personnes handicapées qui sont accueillies dans les 636 établissements existants en Rhône Alpes au 31 décembre 2010, dont plus de 4 % auraient 60 ans et plus.

Le CREAL a souhaité quantifier la population des PHV accueillies en E.H.P.A.D.. Il souligne qu'il s'agit d'une « simulation quantitative »¹². Elle a été établie à partir des données 2014, transmises par les Conseils Départementaux, relatives à l'aide sociale à l'hébergement pour personnes handicapées.

Le chiffre obtenu est donc une approximation puisqu'il ne tient pas compte des personnes qui ne sont pas allocataires de cette aide. C'est ainsi que sont dénombrées 972 PHV hébergées en E.H.P.A.D., parmi lesquelles 256 ont bénéficié d'une dérogation d'âge (personnes n'ayant pas atteint l'âge de 60 ans) pour entrer en E.H.P.A.D.. Cf. tableau du CREAL en annexe 2.

Pour recenser les personnes handicapées vieillissantes qui sont au domicile, le CREAL s'est appuyé sur les données des allocataires de la prestation de compensation du handicap (PCH) et de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), transmises par les Conseils Départementaux : « Ce sont au total 12 363 personnes handicapées de plus de 45 ans ... 2 581 d'entre elles, soit 21 % ont plus de 65 ans »¹³

1.1.3 La situation à l'échelon local

L'échelon local est beaucoup plus difficile à appréhender, puisque le recensement, à ce niveau d'observation, n'existe pas.

Seule l'analyse des besoins de mon territoire d'exercice m'a permis, à partir des échanges que j'ai eus avec les partenaires éventuels intéressés par mon projet, d'obtenir des éléments d'appréciation pour chiffrer la population potentielle de personnes handicapées vieillissantes.

C'est ainsi que j'ai pu dénombrer plus finement les besoins existants pour des personnes handicapées vieillissantes en situation de handicap mental.

C'est l'assistante sociale du service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) de l'association familiale de l'Isère pour enfants et adultes handicapés intellectuels

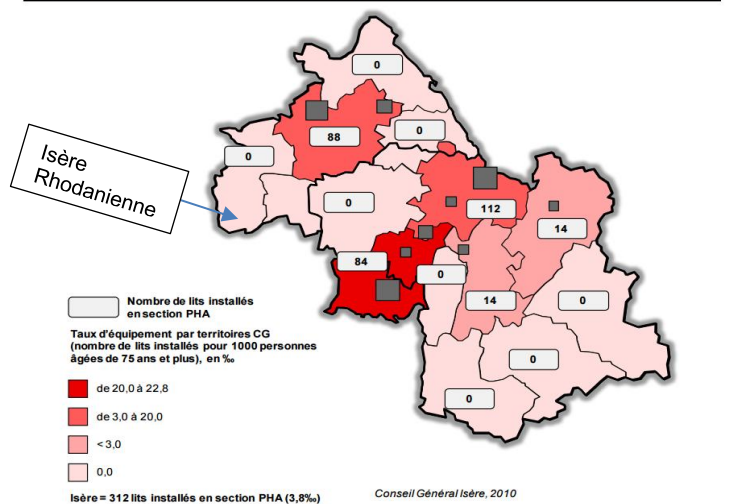
¹² Ibid., p. 42

¹³ CREAL, janvier 2015, « Observation médico-sociale régionale, Focus personnes handicapées vieillissantes » page 42 (visité le 13.03.2016), disponible sur internet : <http://www.creal-ra.com/Dialogues-Acteurs/Dossiers-publications/Rapports>

(AFIPAEIM), présente sur le territoire de l'Isère Rhodanienne, qui est détachée dans les locaux du Conseil Départemental de l'Isère qui m'a communiqué des éléments de repérage des personnes handicapées âgées de 57 ans et plus au 1^{er} janvier 2016, domiciliées sur Vienne et Saint Clair du Rhône.

La file active (Cf. annexe 3) sur ce secteur est de 16 personnes âgées entre 60 et 68 ans et 13 autres personnes âgées qui ont quant à elles entre 57 et 59 ans.

Taux d'équipement en section pour personnes handicapées âgées en EHPAD



Comme le montre le schéma ci-dessus il n'y a aucun lit d'accueil en E.H.P.A.D. sur ce territoire de l'Isère Rhodanienne (Cf. ↘). Le recensement des taux d'équipement réalisé par le Conseil Départemental de l'Isère dans son schéma autonomie, m'a permis de valider, si besoin était, les échanges que nous avons eu sur les besoins repérés.

Pour le Rhône, c'est le directeur du foyer occupationnel du Reynard qui m'a transmis les besoins identifiés au sein de l'une des structures qu'il dirige à Ampuis.

En 2016, la file active pour les résidents qu'il héberge est de 11 personnes qui ont entre 52 et 59 ans ; à l'horizon 2019 seulement une d'entre elles aura 62 ans. Ainsi les 10 autres résidents qui aspireraient à intégrer l'E.H.P.A.D. devraient le faire sous dérogation d'âge. Ce n'est qu'à l'horizon 2024 que tous auront dépassés les 60 ans.

Le département du Rhône sur lequel l'E.H.P.A.D. est implanté, n'a pas enquêté dans son schéma PA/PH pour recenser le nombre d'équipement dont seraient pourvus les E.H.P.A.D. pour accueillir des PHV ; il ne m'est donc pas possible d'établir une comparaison puisqu'il n'y a pas d'équivalence d'analyse du territoire (la méthodologie d'élaboration du schéma n'est pas la même d'un département à l'autre).

Cependant il est indispensable de noter que l'E.H.P.A.D. est situé à l'extrémité du département du Rhône et qu'il est très proche du territoire de l'Isère Rhodanienne : à 5 kilomètres.

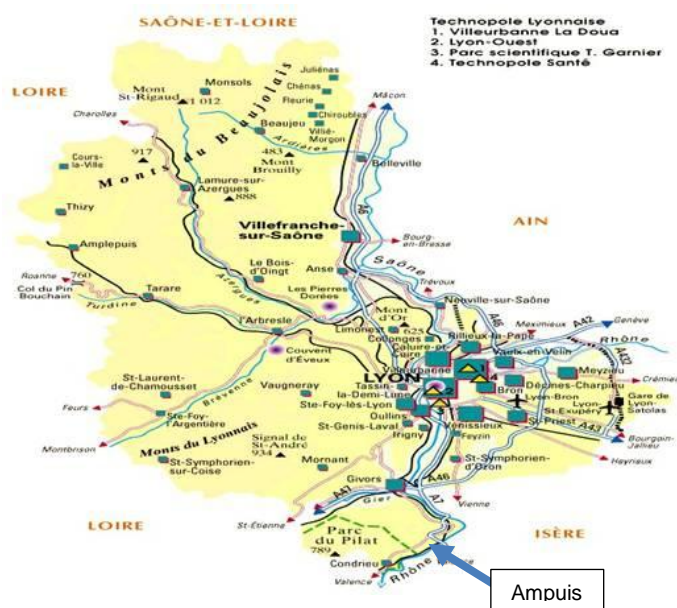


Figure 1 - Illustration de la localisation de l'E.H.P.A.D.

1.2 Une évolution : la convergence des politiques personnes âgées/personnes handicapées

Le Sénat dans son rapport d'information n° 359 (2006-2007) indique que : « le phénomène du vieillissement des personnes handicapées, donne une acuité nouvelle à la question de la convergence ».

Il y est indiqué que : « la prévalence de plus en plus grande de la dépendance liée à l'âge remet en cause les frontières actuelles des politiques en faveur des personnes âgées et handicapées »¹⁴.

La Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et plus précisément l'article 13 annonce cette convergence : « Dans un délai maximum de cinq ans, les dispositions de la présente loi opérant une distinction entre les personnes handicapées en fonction de

¹⁴ SENAT, juillet 2007, «Loi handicap, pour suivre la réforme » page (visité le 20/03.2016), disponible sur internet : <http://www.senat.fr/rap/r06-359/r06-35914.html#toc104>

critères d'âge en matière de compensation du handicap et de prise en charge des frais d'hébergement en établissements sociaux et médico-sociaux seront supprimées »¹⁵.

1.2.1 Etat des lieux à l'international

Au niveau européen, il est estimé que 10 à 15 % de la population totale européenne est concernée par un handicap et que ce chiffre va progresser en raison de l'accroissement de la longévité observée dans les différents états membres.

C'est pourquoi, pour faire cet état des lieux, en première intention, j'ai souhaité aller voir du côté du Conseil de l'Europe. En 1992, ce Conseil « a adopté la recommandation R (92) 6 relative à une politique cohérente pour les personnes handicapées »¹⁶ Ce texte influence depuis plus de dix ans les politiques dans ce domaine.

C'est la Recommandation Rec(2006)5 adoptée par le Comité des Ministres du 5 avril 2006 qui aborde, dans le chapitre quatre qui concerne les aspects transversaux, la question du vieillissement des personnes handicapées. Il y est dit qu' : « Il s'agit de prévoir un soutien pour les individus et leurs familles, surtout lorsque l'essentiel des soins est assuré par des parents d'un âge avancé. Relever ces défis nécessite des approches novatrices dans de nombreux domaines d'action et secteurs de services. Une action coordonnée s'impose pour répondre aux besoins spécifiques des personnes handicapées qui vieillissent afin de leur permettre de demeurer autant que possible au sein de la société. ... les questions relatives aux personnes handicapées devraient être prises en compte lors de l'élaboration des politiques concernant les personnes âgées »¹⁷.

Pour poursuivre l'état de la convergence à l'international, je me suis ensuite appuyée sur une revue de littérature effectuée dans le cadre d'une étude conduite par CISAME. C'est une société coopérative d'ingénierie sociale qui est basée à Toulouse. Elle a produit une « Analyse de la littérature internationale sur les dispositifs et pratiques spécifiques pour l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes ». L'analyse porte sur six pays : trois sont situés en Europe (Suède, Belgique, Royaume Uni), deux en Amérique du Nord (Etats Unis, Canada) et un en Australie.

¹⁵ JORF, n° 36 du 12 février 2005, « Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 », page 2353 (visité le 20 mars 2016), disponible sur internet : www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2005/2/11/SANX0300217L/jo

¹⁶ Conseil de l'Europe, Comité des Ministres, 5 avril 2006, « Plan d'action du Conseil de l'Europe pour la promotion des droits et de la pleine participation des personnes handicapées à la société : améliorer la qualité de vie des personnes handicapées en Europe 2006-2015 » page 4 (visité le 16 avril 2016), disponible sur internet : http://www.coe.int/t/dg3/disability/ActionPlan/PDF/Rec_2006_5_Francais.pdf

¹⁷ Ibid., p. 33

En Suède :

En 1992, c'est la réforme Ädel qui a organisé la décentralisation du système de santé et des services sociaux. La mise en place d'un guichet unique PA/PH n'a pas été retenue.

La Suède a organisé son système de santé et de services sociaux sur trois niveaux :

Organisation du système de santé et des services sociaux suédois²⁴¹

Niveau national :

- Fédération des conseils généraux
- Ministère de la santé et des affaires sociales
- Association nationale des municipalités
- Agence administrative centrale-bureau national de la santé et du bien être

Niveau régional :

- Conseils généraux et 3 municipalités avec autorité régionale

Niveau local :

- Municipalités

18

Un principe de non-discrimination s'applique dans ce pays ; on parle de personnes avec des « besoins spéciaux », qu'ils soient associés au vieillissement ou au handicap.

La Suède a opté pour le maintien à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées. Ce sont les municipalités qui en ont la responsabilité et qui mettent en œuvre différentes actions (services d'aide à domicile ou d'assistance personnelle) et différentes solutions d'hébergement. Il existe une palette de formules d'hébergement qui va de l'adaptation du logement individuel jusqu'aux logements collectifs avec assistance 24 heures sur 24 et/ou fournitures de services. Quand les besoins spéciaux évoluent, et que le maintien à domicile n'est plus possible, il existe des structures d'hébergement adaptées comme par exemple des : « Logements coopératifs (Group Dwelling) : sorte de coopérative d'habitation pour 6 à 8 personnes, le plus souvent avec des problèmes cognitifs ».¹⁹

En Belgique :

Ce pays se distingue car il y a : « trois régions (Wallonie, Flandre et région Bruxelloise) et trois communautés (francophone, flamande et germanophone), chacune ayant son propre gouvernement et parlement autonomes »²⁰.

¹⁸ CISAME, décembre 2013, « Analyse de la littérature internationale sur les dispositifs et pratiques spécifiques pour l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes », page 169 (visité le 16 avril 2016), disponible sur internet : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Revue_Litterature_CISAME-ANESM.pdf

¹⁹ Ibid., page 172s

²⁰ Ibid., page 43

Les auteurs du rapport ont observé une tendance qui va vers la convergence partielle des politiques PA/PH. En effet les dispositifs mis en place au travers de différentes allocations restent ciblées PA ou PH : «Allocation d'Intégration pour les personnes handicapées de 21 à 65 ans versus Allocation pour l'Aide aux Personnes âgées (APA) destinée aux personnes plus de 65 ans qui rencontrent des difficultés au niveau de leur autonomie »²¹.

Un ministère unique, celui des affaires sociales et de la santé publique est en charge des deux dispositifs PA et PH.

La Belgique est elle aussi confrontée au vieillissement de la population des personnes handicapées, c'est la raison qui l'amène : «à s'interroger sur l'aménagement de ce système dual fondé sur un critère d'âge devenu un peu simplificateur et à envisager des pistes d'un rapprochement entre deux dispositifs disjoints d'aide et de prise en charge financière des incapacités, pour les personnes handicapées d'une part, pour les personnes âgées d'autre part »²².

Un organisme public l'agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées (AWIPH) est chargée de travailler cette question. Un référent « vieillissement » a été désigné par l'AWIPH. Deux groupes de travail se sont mis en mouvement pour réfléchir aux aides techniques (soins, prévention, soins apportés par les personnels éducatifs ...) et matérielles (aménagement du domicile, aide à domicile), à la formation du personnel (compréhension des mécanismes liés au vieillissement, nutrition,), à la construction de partenariats (mobilisation du réseau avec les maisons de repos). Ils regroupent des personnes qui ont la connaissance terrain et des administratifs ; ils sont en charge de la réflexion liée au maintien à domicile et à la prise en charge institutionnelle, dans le respect des recommandations édictées par le conseil de l'Europe.

Au Canada :

Ce pays organise une politique de protection en faveur des personnes handicapées et finance différents programmes. En 1999 une « entente cadre d'Union Sociale » a défini les rôles du Canada (fédération) et de dix provinces (Québec en est une) dans l'application de mesures sociales. Cependant leur mise en œuvre dépend des provinces, c'est ainsi que le Québec qui se veut particulièrement indépendant a refusé de signer cet accord.

La situation du Québec :

Il y a convergence pour :

- De nombreuses mesures, qui sont destinées aux personnes âgées et handicapées (intégration sociale, crédit d'impôts, financement de prothèses ...),

²¹ Ibidem

²² Ibid., page 44

- L'adaptation du logement qui concerne : « toute personne handicapée qui est limitée dans l'accomplissement de ses activités quotidiennes à son domicile quel que soit son âge »²³. Le propriétaire du logement est aidé financièrement pour réaliser des travaux.
- Le soutien à domicile (soins, aide aux aidants), il consiste à éviter ou raccourcir une hospitalisation et faciliter le retour de l'utilisateur au domicile
- L'hébergement, différentes formules sont proposées : accueil temporaire ou permanent dans un centre d'hébergement, une unité de soins de longue durée, accueil confié à une personne en maison de type familial (pouvant accueillir jusqu'à neuf personnes) : « afin qu'elle réponde à leurs besoins et leur offre des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel »²⁴.

J'ai noté que l'Association du Québec pour l'intégration sociale (AQIS) créée en 1958 s'est dotée d'un Institut Québécois de la déficience intellectuelle pour développer et favoriser le transfert d'expertise sur le sujet. Elle a ajouté le vieillissement à ses sujets de prédilection. En 2010 elle a publié un recueil de données concernant 12 modèles de milieux de vie alternatifs ; il a été réalisé pour servir de guide aux futurs porteurs de projet ; il leur permet de gagner du temps en s'appuyant sur les retours d'expériences décrits. Cependant « rien n'est dit sur des mesures d'adaptation au vieillissement des résidents ; on peut supposer que la moyenne d'âge est encore jeune et que la question ne se pose pas encore »²⁵.

Cette étude CISAME montre que la France n'est pas le seul pays à avoir du mal à mettre en œuvre la convergence des politiques PA/PH ; même si l'Europe guide les Etats membres avec une Recommandation qui fait référence en la matière, puisque votée par le Comité des Ministres. Elle laisse cependant chacun des Etats membres libre de s'y référer partiellement ou pas, à l'instar de ce que font la Belgique et la Suède.

J'ai pu constater que la province du Québec se démarque des pays cités par son approche avant-gardiste. Le site de l'AQIS que j'ai consulté est une véritable ressource documentaire d'une incroyable richesse. Il permet sans nul doute d'acquérir une culture experte, notamment sur le sujet de la déficience mentale et peut servir de guide aux futurs porteurs de projet ; peut-être a-t-il été source d'inspiration pour la création des Nomenclatures Serafin-PH.

²³ Ibid., p. 76

²⁴ Ibid., p. 77

²⁵ Ibid., p. 82

1.2.2 Et en France

Pour s'assurer de la concrétisation tangible de la convergence PA/PH, l'observatoire national de l'action sociale (ODAS) a publié en septembre 2011 une étude, réalisée en partenariat avec la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) pour mesurer l'impact de la Loi de 2005 (article 13), dans son application.

Il s'avère que les départements avaient anticipés la publication de cette loi puisque en 2004, 62 % d'entre eux avaient organisé le rapprochement de leurs services PA et PH en créant un pôle autonomie. Dans leur grande majorité ils sont favorables à cette nouvelle conception de réponse sociale. Pour autant, peu de départements (17/94 répondants), dans la déclinaison du périmètre des schémas départementaux, font schémas communs PA/PH (contre 5 en 2006).

L'étude de l'association nationale des CREAI (ANCREAI) de novembre 2013 a permis de réaliser une cartographie des schémas départementaux qui vient confirmer que : « 78 % concernent les personnes âgées, 20 % les personnes âgées et handicapées, 2 % seulement les personnes vulnérables »²⁶. (Cf. tableau du périmètre des schémas départementaux en annexe 4).

Au-delà de la convergence, les questions de la transversalité et du débordement de compétences légales (dévolues à l'Etat) sont abordées. 60 à 70 % des départements, ont associé les municipalités pour l'élaboration de leur schéma PH et PA ou PA/PH, dans le cadre du développement d'un partenariat transversal départements/communes (Cf. annexe 4).

Il reste à développer une véritable coopération entre les acteurs de l'Etat et des Départements pour l'élaboration des projets régionaux de santé (PRS) et des schémas régionaux d'organisation médico-sociale (SROSM) tenant compte de l'analyse des besoins (schémas) faite par les Départements. Le tableau ci-après montre l'opinion des départements sur cette articulation ; elle est de plus, rendue complexe par le manque de lien entre les calendriers de chacun.

L'ANCREAI suggère dans ses préconisations qu' : « Il serait cohérent de profiter de la fin des schémas régionaux d'organisation médico-sociale de première génération (2017) pour recaler sur une même période quinquennale l'ensemble des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale. Pour les schémas

²⁶ ANCREAI, novembre 2013, « Les politiques territoriales en faveur des personnes âgées à travers les schémas départementaux et régionaux d'organisation médico-sociale », page 7 (visité le 13 mars 2016), disponible sur internet : http://ancreai.org/sites/ancreai.org/files/pol_terr_pa_ancreai_web_1.pdf

départementaux d'organisation médico-sociales (SDOMS) décalés de un à trois ans, une actualisation pourrait être effectuée au regard d'un diagnostic territorial partagé en 2017 avec nouveau départ pour une période de cinq ans. Pour les schémas décalés de quatre ans, cela signifierait de lancer un nouveau schéma avec un an d'avance par rapport à la date d'échéance mais en bénéficiant d'une mutualisation des moyens de diagnostic territorial partagé avec la région (traitement des sources existantes, enquêtes spécifiques et mobilisation des acteurs) »²⁷. (Cf. annexe 4).

Cette enquête d'opinion révèle combien une impulsion de l'Etat est importante pour permettre d'aller plus loin vers la mise en pratique effective du décloisonnement de ces deux secteurs.

Le Conseil Départemental de l'Isère, a affiché sa détermination pour appliquer cette convergence souhaitée par la Loi de 2005. C'est dans son « Schéma autonomie du département de l'Isère 2011-2015 » qu'il atteste de cette volonté. Le titre du schéma est évocateur de celle-ci puisqu'il n'y est plus fait mention de l'état des personnes concernées.

« Il s'agit d'un parti pris du Département que de définir de façon conjointe les axes stratégiques de la politique départementale en faveur des personnes âgées et en faveur des personnes en situation de handicap ... sur un plan individuel, la convergence n'induit pas une confusion dans l'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap : toutes n'ont pas les mêmes besoins ni les mêmes projets »²⁸.

Ce schéma orienté sur la convergence des politiques publiques se veut respectueux de la singularité des publics PA/PH ; il affiche une intention forte tournée vers la coopération, le partage de projets, la mutualisation entre les acteurs du médico-social et du sanitaire.

Le Conseil Départemental du Rhône, affiche quant à lui un peu moins fermement cette volonté dans le titre de son 3ème : « Schéma départemental 2009-2013 - Accompagner vers l'autonomie personnes âgées et personnes handicapées ».

L'entrée en matière est elle aussi plus « douce », elle annonce la convergence mais de façon bien moins affirmée : « Il présente la particularité de développer une approche commune aux deux populations : personnes âgées et personnes handicapées dans un

²⁷ ANCREAI, novembre 2013, « Les politiques territoriales en faveur des personnes âgées à travers les schémas départementaux et régionaux d'organisation médico-sociale », page 12 (visité le 13 mars 2016), disponible sur internet : http://ancreai.org/sites/ancreai.org/files/pol_terr_pa_ancreai_web_1.pdf

²⁸ CONSEIL GENERAL, mars 2016, « Schéma autonomie du département de l'Isère 2011-2015 », page 12 (visité le 13 mars 2016), disponible sur internet : https://www.isere.fr/mda38/professionnel/pa/Documents/Schema_autonomie_2011-2015.pdf

esprit de convergence. Il s'agit en effet de sortir des barrières d'âge afin d'aborder d'une manière similaire un certain nombre de problématiques qui sont communes aux deux populations »²⁹.

La lecture du schéma permet de remarquer que l'approche est différente de celle du CD de l'Isère. Il n'y a pas de lien transversal repérable dans l'analyse des problématiques des deux populations PA et PH. Cependant la question de l'hébergement des PHV est abordée et les accueils en E.H.P.A.D. sont mentionnés comme étant des réponses possibles. Elles se font alors sous deux formats différents : projet de création de places adossées à des E.H.P.A.D. ou par transfert de structures E.H.P.A.D. vers le secteur des PH.

Comme le souligne l'ANCREAI : « Dans la plupart des régions, des schémas PA/PH (le plus souvent dénommés « schémas autonomie ») ont été élaborés dans un ou deux départements (hormis en Alsace, Bretagne, Centre, Basse et Haute-Normandie et Nord-Pas-de-Calais). On ne remarque donc pas vraiment de « capillarité » départementale au sein d'une même région »³⁰.

L'année 2015 a été une année de transition pour le CD du Rhône du fait de la mise en œuvre de la loi « de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles » qui a concouru à créer la Métropole de Lyon et le nouveau département du Rhône ; c'est pourquoi l'année 2015 est qualifiée par le CD d'année transitionnelle et que l'écriture du 4^{ème} schéma départemental (2016-2021) a été retardée.

A l'occasion de ma participation à une réunion organisée par le CD le 21 janvier 2016 j'ai pu mesurer l'effectivité d'une volonté affirmée de convergence. Le développement de la transversalité de l'organisation administrative et technique du pôle solidarités apparaît clairement dans le nouvel organigramme de ce pôle qui affiche une unique Direction « autonomie personnes âgées-personnes handicapées ».

²⁹ RHONE LE DEPARTEMENT, mars 2016, « Schéma départemental 2009-2013 – accompagner vers l'autonomie personnes âgées et personnes handicapées », page 6 (visité le 13 mars 2016), disponible sur internet : https://www.rhone.fr/solidarites/personnes_agees/action_du_departement/le_schema_pa_ph_2009_2013

³⁰ ANCREAI, novembre 2013, « Les politiques territoriales en faveur des personnes âgées à travers les schémas départementaux et régionaux d'organisation médico-sociale », page 17 (visité le 13 mars 2016), disponible sur internet : http://ancreai.org/sites/ancreai.org/files/pol_terr_pa_ancreai_web_1.pdf

1.2.3 Projets expérimentaux

L'ANCREAI indique que la question des personnes handicapées vieillissantes ou âgées est inscrite dans 34 schémas pour PA ; en effet de nombreux établissements du secteur gérontologique accueillent depuis déjà plusieurs années des PHV. Les personnes en situation de handicap sont accueillies par 19 % des E.H.P.A.D. existants (7 752 – 04/2014) : «le nombre moyen de personnes accueillies est de 4 personnes en situation de handicap pour les E.H.P.A.D. publics non lucratifs (PNL) et de 3 personnes pour les E.H.P.A.D. publics »³¹. Ce constat a sans doute indirectement orienté les Conseils Départementaux à formuler différentes propositions.

C'est ainsi que certains départements préconisent dans leur schéma de :

- Spécialiser certains E.H.P.A.D. (Ardèche)
- Créer des places d'urgence dans les établissements (Rhône)
- Créer une structure spécifique (Ain)
- Créer des structures particulières : accueil de jour – accueil temporaire, unités de vie dans les établissements existants (Rhône)
- Développer l'accompagnement des PHV par un SAVS (Côte d'Or – Corrèze).

Le rapport conclue ce chapitre consacré aux personnes handicapées vieillissantes en indiquant que : « Les projets à destination des personnes handicapées vieillissantes s'orientent majoritairement sur l'accueil en E.H.P.A.D. et très largement en unités dédiées au sein d'E.H.P.A.D. »³².

En 2013, l'ARS et le Département du Pas de Calais se sont associés pour bâtir un « Cahier des charges expérimental » devant servir de support à la création de futures unités de vie pour personnes handicapées âgées (UVPHA). En effet cet objectif est l'un de ceux inscrits dans le schéma 2011-2015 de ce département. Il est précisé dans le cahier des charges qu' : « une attention particulière sera portée à la démarche d'évaluation du fonctionnement de ce nouveau dispositif. ... La période d'expérimentation du cahier des charges est celle de la validité du schéma Départemental »³³.

³¹ KPMG, avril 2014, « Observatoire des E.H.P.A.D. », page 26 (visitée le 8 avril 2016), disponible sur internet : <http://www.kpmg.com/fr/fr/issuesandinsights/articlespublications/pages/observatoire-ehpad-2014.aspx>

³² ANCREAI, novembre 2013, « Les politiques territoriales en faveur des personnes âgées à travers les schémas départementaux et régionaux d'organisation médico-sociale », page 72 (visitée le 8 avril 2016), disponible sur internet : http://ancreai.org/sites/ancreai.org/files/pol_terr_pa_ancreai_web_1.pdf

³³ ARS Nord Pas de Calais, 2013, « Cahier des charges expérimental – Prise en charge des personnes handicapées âgées en E.H.P.A.D. au sein d'unité de vie (UVPHA) », page 1 (visitée le 8 avril 2016), disponible sur internet :

C'est la résidence « Le pain d'alouette » située à Sallaumines qui a ouvert une UVPHA pouvant accueillir 13 PHV.

Pour illustrer ce projet expérimental et pouvoir m'appuyer sur un retour d'expériences, j'ai adressé à la directrice de cet établissement un questionnaire. L'ouverture de l'UVPHA qui a été réalisée en 2013 correspondait à une demande du CD dans le cadre de l'expérimentation de « création de nouvelles solutions ». Elle y indique que : « Le cahier des charges est le fruit de négociations et d'écritures communes entre associations du handicap et des personnes âgées. Les réflexions ont été utiles » (Cf. annexe 5).

Pour conclure ce paragraphe je souhaite mentionner ma participation à la journée organisée par le CREAL le 13 novembre 2015, intitulée : « Adaptation de l'offre aux besoins des personnes handicapées vieillissantes : agréger les savoirs faire complémentaires ». Elle m'a permis d'entendre la Directrice « grand âge » de l'ARS Rhône Alpes qui a présenté les grandes lignes du pré projet du plan d'actions régional. Elle a indiqué que l'ARS ne proposera pas de réponse toute faite mais restera à l'écoute d'offres d'accompagnement selon plusieurs modèles pour les 124 places qui sont programmées pour les E.H.P.A.D..

1.3 L'E.H.P.A.D. Rémy François : Un établissement sans spécificité remis en question par l'évolution des besoins du territoire

1.3.1 Une succession de changements sans impact négatif sur la qualité des prestations

La Résidence Rémy François de sa création à son intégration dans le Groupe ACPPA :

La résidence a été construite suite à l'autorisation de création délivrée le 2/07/1986 par le Président du Conseil Général du Rhône, avec pour vocation initiale d'accueillir un centre de convalescence. L'autorisation d'ouverture fut finalement accordée au titre d'E.H.P.A.D. par arrêté du Maire n°88-181 du 12/07/1988 avec une ouverture effective le 6/03/1989 par le CEFRAS (Centre d'Etudes de Formation et de Recherche pour l'Animation Sociale) qui gérait 16 maisons de retraite réparties sur toute la France.

Le 1^{er} octobre 1993 la CCMSA (Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole) devient propriétaire et crée le Groupe Les SINOPLIES. Le transfert d'habilitation est autorisé le 26/04/1994.

http://www.uniopss.asso.fr/resources/npca/pdfs/2013/04_avril2013/CAHIERDESCHARGESEXPERIMENTAL.pdf

Le 1^{er} juillet 2008, le Groupe SNOPLIES est racheté par l'ACPPA (Association Loi 1901 et reconnue de bienfaisance).

Jean PALLUY (ancien Président du Conseil Général du Rhône) a fondé en 1983 l'ACPPA (Accueil et confort pour personnes âgées), dont le siège social est situé à Francheville. Les établissements peu nombreux étaient alors concentrés sur Lyon.

Présentation du Groupe associatif ACPPA :

L'association ACPPA est un organisme gestionnaire privé, à but non lucratif. La philosophie humaniste impulsée par son Président fondateur influence le fort sentiment d'appartenance des équipes et la qualité de sa mission qui est de favoriser la personnalisation de l'accompagnement des personnes âgées, au bénéfice de leur épanouissement et de la préservation de leur autonomie. L'association jouit d'une forte notoriété auprès du Conseil Départemental du Rhône ; elle est rattachée à la personnalité de son Président fondateur et à celle de son actuel Président (Paul-Henry CHAPUY) qui est un gériatre connu et reconnu.

Ce Groupe acteur majeur de l'économie sociale et solidaire s'est développé et compte actuellement une quarantaine d'établissements répartis sur l'ensemble du territoire national.

L'association a renforcé son cœur de métier tout en diversifiant ses activités avec le développement de services d'aide et de soins à domicile et la reprise en gestion en 2008 de quinze établissements SINOPLIES. Elle a également développé de nouvelles activités :

- La formation professionnelle avec la création du Pôle Formation Santé
- Le conseil et l'accompagnement des professionnels du secteur avec la création de GERONTO-SERVICES.

Ainsi plusieurs métiers, plusieurs structures, deux réseaux d'établissements ACPPA et SINOPLIES partagent une identité commune, celle du Groupe ACPPA.

La Résidence Rémy François en 2016

La convergence entre les deux entités (ACPPA/SINOPLIES) n'est pas complète, en effet il coexiste encore aujourd'hui deux grilles de classification salariale. Les noms des deux réseaux apparaissent sur les plaquettes de présentation de l'E.H.P.A.D. Rémy François. C'est la réflexion portée sur l'écriture du projet de Groupe en 2011 qui a permis de fédérer l'ensemble des personnels autour d'une culture commune ; culture qui s'ancre dans le respect de valeurs fondamentales du Groupe que sont :

- le respect : « prendre en compte les désirs et besoins de la personne »
- la dignité : « préserver l'estime de la personne »
- la solidarité : « vivre ensemble et se soutenir au quotidien »

- l'engagement : « développer nos efforts dans un but commun »
- le progrès : « savoir se remettre en cause pour progresser ».

Les bâtiments n'avaient bénéficié jusqu'en 2013 d'aucun entretien structurel et d'aucune évolution ; aucun investissement n'avait été fait pendant 24 ans pour garantir le bon fonctionnement de l'établissement et répondre aux exigences réglementaires, exception faite de l'installation d'un système de sécurité incendie et de désenfumage.

Cette structure dispose de 58 chambres : 46 chambres simples et 12 chambres doubles. Elle est implantée à AMPUIS, petite commune rurale de 2692 habitants, située dans le sud du Rhône au pied du vignoble des côtes rôties.

Le prix de journée pour une chambre simple est à 77 € et à 68,55 € pour une chambre double ; il est à 58,58 € quel que soit le type de chambre pour les bénéficiaires de l'aide sociale. Il est équivalent aux E.H.P.A.D. PNL du secteur.

Depuis trois ans, le turn-over lié aux décès des résidents est élevé : 30 à 35 % de nouvelles admissions sont réalisées chaque année. Cependant, le taux d'occupation est bon et stable puisqu'il se situe au-dessus des 99 % ; il était à 99,07 % en 2013, à 99,51 % en 2014 et à 99,25 % en 2015. Il est supérieur au taux d'occupation moyen qui « est de 98 % et ne varie pas selon la forme juridique des organismes gestionnaires »³⁴.

Présentation des ressources humaines :

Depuis la création de l'E.H.P.A.D., jusqu'à fin 2012, deux directrices se sont succédées ; la première est restée trois ans, la seconde a exercé ses fonctions pendant vingt ans, jusqu'à sa prise de fonction le 1^{er} janvier 2013.

Les moyens humains ont évolués car l'augmentation de la dépendance a été prise en compte au moment du renouvellement de la convention tripartite (CT n° 2) ; c'est ainsi que 39,97 équivalents temps plein (ETP) ont été alloués (+ 5 ETP par rapport à la CT n° 1).

J'ai souhaité représenter les ressources humaines par groupe de compétences :

- compétence administrative (secrétaire),

³⁴ KPMG, avril 2014, « Observatoire des E.H.P.A.D. », page 31 (visitée le 25 avril 2016), disponible sur internet : <http://www.kpmg.com/fr/fr/issuesandinsights/articlespublications/pages/observatoire-ehpad-2014.aspx>

- compétence managériale (directrice – responsables pôle soins et hébergement, agent hôtelier),
 - compétence vie sociale/animation (animatrice),
 - compétence entretien propreté (agents de service hôtelier, lingère, responsable entretien bâtiment),
 - compétence soin qui relève exclusivement de cette fonction (responsable du pôle soin, infirmières, aides-soignantes, auxiliaires de vie),
 - compétence qui mobilise l'écoute* (psychologue et aides médico-psychologiques).
- J'ai voulu distinguer l'écoute, car je la place au cœur des compétences attendues pour mon projet : il est cependant bien clair que les personnels qui relèvent de la compétence soin disposent aussi du savoir écouter.

Elles s'établissent comme suit :

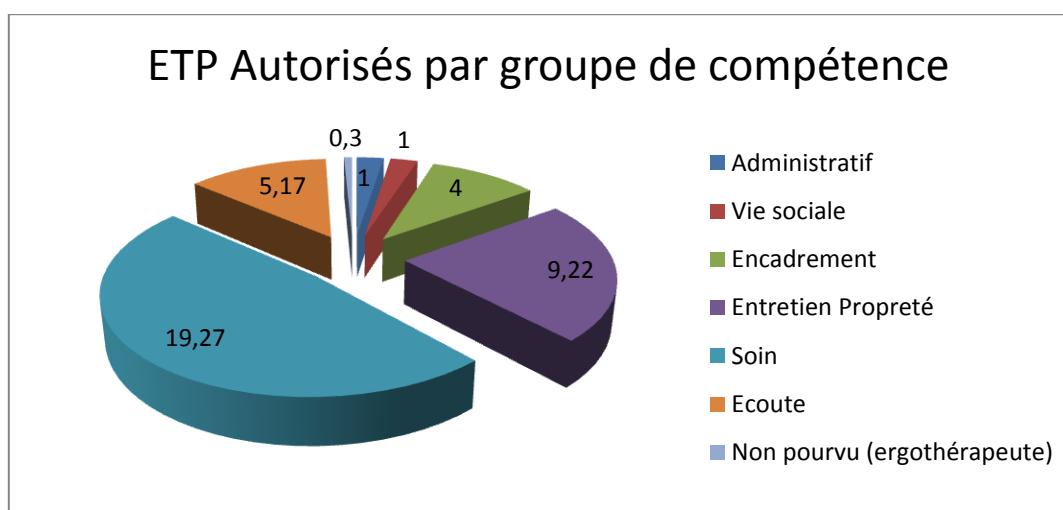


Figure 2 - En nombre d'ETP par compétence

J'estime que les effectifs sont corrects au regard du nombre de personnes actuellement accueillies et du taux (ratio) d'encadrement global qui est à 0,57. Il est proche du taux d'encadrement moyen des E.H.P.A.D. PNL qui est : « de 0,59 pour les E.H.P.A.D. PNL et de 0,69 pour les E.H.P.A.D. Publics »³⁵.

Il est cependant légèrement inférieur (- 0,03 ETP) au taux d'encadrement global que l'on observe pour les établissements ayant signé la seconde convention tripartite qui se situe à 0,60.

Le nombre de poste en ETP par section tarifaire est le suivant :

³⁵ KPMG, avril 2014, « Observatoire des E.H.P.A.D. », page 57 (visité le 16 avril 2016), disponible sur internet : <http://www.kpmg.com/fr/fr/issuesandinsights/articlespublications/pages/observatoire-ehpad-2014.aspx>

	2016	RATIO	RATIO KPMG
Section Hébergement	15.80 ETP	0,23 ETP	
Section Dépendance	8.73 ETP	0,12 ETP	0,13 ETP
Section Soins	15.44 ETP	0,22 ETP	0,21 ETP
Total ETP	39.97	0,57 ETP	
<i>dont ETP à temps partiel</i>	6.86		
<i>dont ETP à temps plein</i>	33		

Le ratio soignants/soignés est à 0,34 ETP. Il observe sensiblement la même cohérence puisqu'il se situe dans la médiane KPMG qui est à 0,34 ETP, la fourchette haute se situant à 0,45.³⁶

Toutefois, ce taux d'encadrement soin m'interpelle d'autant que l'établissement voit son GMP et son PMP (+ 44 points en deux ans) augmenter avec régularité. En effet, la demande de soins ne cesse de progresser ; elle coïncide avec l'admission de plus en plus tardive de résidents dont la moyenne d'âge à l'entrée augmente elle aussi.

J'espère que le futur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) permettra la révision à la hausse de ces ratios qui concourent à garantir la bientraitance des résidents.

L'organigramme de l'E.H.P.A.D. est consultable en annexe 6.

Après avoir balayé les ressources humaines intrinsèques à la structure, je souhaite aborder celles, non négligeables qui sont extrinsèques et qui viennent compléter et enrichir les compétences internes, au bénéfice de l'accompagnement des résidents. Ces moyens supplémentaires sont ceux apportés par la signature de conventions de partenariat avec l'équipe mobile de géronto-psychiatrie, l'équipe mobile de soins palliatifs et le service d'hospitalisation à domicile.

Elles sont une vraie richesse pour la qualité des soins, l'évaluation d'une situation avec l'appui d'un regard extérieur, l'allègement de la charge en soin dans les situations de fin de vie, l'accompagnement des personnels (formation, écoute) et des familles.

La moyenne d'âge du personnel est de 42,4 ans ; elle est nettement augmentée par la présence de sept salariées qui ont entre 55 et 62 ans. La moyenne d'âge du personnel de soin qui est de 35 ans est à retenir comme un point fort au titre de leur adaptabilité

³⁶ KPMG, avril 2014, « Observatoire des E.H.P.A.D. », page 59 (visitée le 16 avril 2016), disponible sur internet : <http://www.kpmg.com/fr/fr/issuesandinsights/articlespublications/pages/observatoire-ehpad-2014.aspx>

future, dans la perspective de l'évolution attendue pour la réalisation du projet d'extension.

La stabilité du personnel de la résidence est bonne : le turn-over est à 12,9 % en 2015, (4,1 % en 2014), il est en hausse de 8,8 % mais celle-ci n'est pas inquiétante, elle s'explique par le départ à la retraite de 5 personnels et le licenciement d'un agent de service hôtelier (ASH). Le personnel est impliqué puisque le taux d'absentéisme est à 9,7 % (9,5 % en 2014) ; il est équivalent à celui relevé en 2014 par le Syndicat National des Etablissements et Résidences Privées pour Personnes Agées (SYNERPA) et inférieur à celui des établissements hospitaliers qui est à 11,2 % : « le taux d'absentéisme en E.H.P.A.D. a été estimé à 32,5 jours en moyenne, selon le baromètre 2012 de l'absentéisme »³⁷

Chacun des personnels est à sa juste place, il n'y a pas de faisant fonction (aucun glissement de tâche n'est toléré). De plus, pour garantir la bientraitance des résidents et prévenir les risques psycho-sociaux du personnel j'ai construit une organisation du travail qui permet à l'ensemble du personnel de changer d'étage tous les trois mois. Elle a l'avantage de conférer une meilleure connaissance de chacun des résidents et permet au moment de la rotation du personnel de produire un bilan d'étonnement qui sert à l'évolution de l'accompagnement des résidents.

J'aurai l'occasion de revenir sur les ressources humaines quand j'aborderai le plan d'actions dans la troisième partie du mémoire. A ce stade, je me dois d'ailleurs de préciser qu'un 0,30 ETP d'ergothérapeute n'a pas été mobilisé.

1.3.2 « L'hétérogénéité » de la population – une force pour l'intégration d'un nouveau public

L'E.H.P.A.D. Rémy François a une capacité d'accueil qui lui permet de recevoir soixante-dix personnes âgées dépendantes. Il fait de l'hébergement permanent mais peut aussi répondre à des demandes d'accueil en séjour temporaire. Il n'a aucune spécificité d'accueil, il ne dispose pas d'unité Alzheimer ; c'est ce qui le distingue des E.H.P.A.D. voisins qui ont soit un PASA, soit une unité de soins de longue durée (USLD).

³⁷ E.H.P.A.D. Magazine, novembre 2013, « Numéro 18 », page 14 (visitée le 30 mai 2016), disponible sur internet : <http://www.atout-synergia.fr/wp-content/uploads/2013/12/EHPAD-Magazine-N%C2%B018.pdf>

Il bénéficie de 20 lits qui sont habilités à l'aide sociale et recrute des résidents majoritairement issus des villages voisins mais également des départements proches et limitrophes que sont l'Isère, la Loire et l'Ardèche.

Du fait de sa destination première l'architecture de l'E.H.P.A.D. a organisé la distribution des 70 lits sur trois niveaux, selon la répartition suivante :

- un rez-de-jardin (en demi-sous-sol) avec 5 chambres et la salle à manger principale d'où les résidents bénéficient d'un accès au jardin
- un rez-de-chaussée qui comporte l'accès principal à la résidence, les bureaux administratifs et de soins et 32 chambres simples
- un étage sécurisé avec 9 chambres simples et 12 chambres doubles ouvrant sur une terrasse ensoleillée.

Cette répartition oriente le mode de déplacement des résidents. La distance entre les chambres et le restaurant est importante ; elle fragilise l'autonomie des résidents qui sont accompagnés dans leur déplacement en fauteuil roulants (très peu de résidents marcheurs : environ 20 %).

Caractéristiques de la population accueillie :

La particularité géographique de l'établissement influence la diversité des résidents que nous accueillons. La moitié d'entre eux sont originaires du Rhône et plus précisément de 13 communes distinctes avec seulement 10 ampuisais. Les autres résidents sont quant à eux issus pour l'essentiel du département de l'Isère, 15 communes différentes avec une prévalence pour la ville de Vienne.

Trois résidents ont souhaité se rapprocher de leurs enfants et sont issus de départements qui ne se situent pas en région Rhône Alpes.

L'établissement dont le GIR moyen pondéré (GMP) a été évalué conjointement par le médecin coordonnateur et la responsable du pôle soins en septembre 2015 a été validé par le CD à 736,18.

Pour compléter cette information, voici le tableau de répartition des résidents par degré de dépendance

Dépendance au 31/01/2016

GIR	1	2	3	4	5	6
Nombre de résidents	11	31	9	17	2	0

Les résidents en groupe iso-ressources (GIR) 1-2 constituent 60 % de la population.

Le pathos moyen pondéré (PMP) qui a été évalué en mai 2012, alors que le poste de médecin coordonnateur n'était pas pourvu a été validé par le médecin de l'ARS à 154. Il n'est donc pas le reflet de la charge en soins effective des équipes.

L'âge moyen des résidents est de 87 ans et 6 mois. 76 % des résidents ont entre 85 et 104 ans. En 2013 et 2014 la moyenne d'âge était de 87 ans. La moyenne d'âge des entrants est de 88 ans et 10 mois.

Dans le comparatif ci-dessous nous nous apercevons que la durée moyenne de séjour a baissée fortement en deux ans, elle est rattachée à l'âge moyen d'entrée qui s'élève :

2015	2014	2013
2 ans et 1 mois	2 ans et 9 mois	4 ans et 6 mois

Leur origine géographique se répartit comme suit : 47 % sont originaires du Rhône, 47 % viennent de l'Isère et 6 % arrivent de la Drome, l'Essonne, le Jura, et la Loire.

Les résidents qui entrent au cours d'une année en hébergement permanent arrivent :

ORIGINES	ANNEE 2015	ANNEE 2014
Hôpital psychiatrique	0	9 %
Hôpital –Service gériatrique	69 %	48 %
Domicile, Foyer logement	24 %	24 %
Mutation autre E.H.P.A.D.	7 %	19 %

Ce qui est remarquable quand on entre dans l'E.H.P.A.D., c'est « l'hétérogénéité » de sa population. On y trouve bien sûr majoritairement des personnes âgées avec une dépendance physique et/ou psychique. Mais la frontière des âges se situe entre 66 ans pour la plus jeune et 104 ans pour la plus âgée.

Deux résidents respectivement âgés de 68 et 67 ans, avec une déficience intellectuelle (anciens résidents d'un foyer de vie) y vivent depuis 13 et 11 ans.

Thérèse a 68 ans, elle est née à Carthage, avec une déficience intellectuelle congénitale. Maltraitée par des parents alcooliques, elle a été placée dans une famille à l'âge de 7 ans qui l'a considérée comme la bonne. Elle ne sait ni lire, ni écrire, ni compter. Elle n'a aucun aidant naturel. A sa majorité elle a été orientée en foyer de vie et mise sous tutelle. En avril 2013, alors âgée de 55 ans, elle est entrée à l'E.H.P.A.D., elle est bénéficiaire de l'aide sociale. En dehors d'une anxiété chronique liée à son histoire de vie, elle va bien, reçoit la visite régulière d'une bénévoles des Petits Frères des Pauvres. Elle aime aider les autres, est très sociable et recherche le contact. Elle dit qu'elle est heureuse de vivre à Rémy François.

Jacky a 67 ans, il est né à Condrieu. Il a un retard mental qui serait rattaché à une crise d'épilepsie. Il a subi une maltraitance familiale. Il a des frères et sœurs avec qui il a des relations très épisodiques. Il est hémiparétique suite à un accident de la voie publique et a une psychose stabilisée par un traitement qu'il observe. Il a vécu dans un foyer de vie où il a eu une activité manuelle. Il est sous tutelle. En juillet 2005, à l'âge de 56 ans, il est entré à l'E.H.P.A.D., est bénéficiaire de l'aide sociale. Du fait de son handicap surajouté, il est GIR 4. Il est très proche de Thérèse et dit qu'il est amoureux d'elle : un projet de mariage a été abandonné. Jacky est sociable, il aime parler mais a souvent tendance à se laisser guider par Thérèse.

Thérèse et Jacky vivent en harmonie avec les autres résidents et inversement ; la cohabitation fonctionne plutôt bien.

L'analyse de cette situation m'a conduit à envisager l'intégration de PHV en situation de handicap mental comme pouvant être une orientation à prendre pour l'établissement.

J'ai profité de ma participation aux réunions de la filière gérontologique pour échanger sur l'intérêt de mes collègues directeurs d'E.H.P.A.D., à s'engager dans cette voie ; c'est ainsi que j'ai pu mesurer que ceux-ci ne souhaitent pas aller dans cette direction. Je pense que la méconnaissance de ce public et la poursuite dans la continuité d'une activité d'accompagnement de personnes âgées, dans un environnement connu, favorisent une zone de confort d'exercice dont ils ne veulent probablement pas se départir.

Le champ étant libre, j'ai décidé de tenter l'expérience de l'accueil d'un public de personnes ayant un handicap psychique, pour l'opposer à la population de personnes en situation de handicap mental afin d'analyser avec la responsable du pôle soin les réactions des résidents, de leurs familles et des personnels.

C'est ainsi que j'ai fait le choix d'accepter deux nouvelles résidentes issues de l'hôpital psychiatrique. Leur intégration ne m'a pas permis de confirmer le constat initial : ces personnes sont moins bien perçues par les autres résidents (sentiment de peur) et elles ont plus de mal à s'intégrer à la vie collective de l'E.H.P.A.D.. En outre, elles demandent un fort investissement pour le personnel en matière de cadrage ; le personnel a par ailleurs exprimé son inquiétude.

1.3.3 Les travaux d'extension non importante : une opportunité à saisir

Le village d'Ampuis abrite à 2 kilomètres de l'endroit où se situe l'E.H.P.A.D., le foyer de vie du Reynard. Des résidents porteurs de handicap mental ou psychique y sont hébergés. Une autre entité, L'échappée, foyer d'accueil médicalisé se situe sur la commune voisine de Condrieu.

Ces deux structures sont dirigées par la même personne et gérées par l'association ADSEA (Association Départementale du Rhône pour la Sauvegarde de l'Enfance, de l'Adolescence et de l'Adulte).

Evolution des besoins :

Les besoins évoluent progressivement et de façon concomitante avec la variation de la courbe de l'âge d'entrée moyen en E.H.P.A.D.. En 2016 les résidents qui font une demande d'admission ont 90 ans et plus ; leur dépendance augmente, elle est en lien avec leur avancée en âge.

Dans le cas des retours d'hospitalisation, les demandes d'accueil en urgence reçues sont souvent l'expression d'une situation d'épuisement du conjoint aidant.

Les demandes d'admission pour les personnes handicapées âgées évoluent.

L'analyse des besoins du territoire que j'ai réalisée a mis en évidence qu'il existe peu d'unité de vie pour personnes handicapées âgées (UVPHA) en E.H.P.A.D..

En lien avec ces besoins identifiés, je souhaite que l'E.H.P.A.D. Rémy François dédie son projet d'extension non importante (+ 10 lits) pour l'accueil de PHV en situation de handicap mental.

Les travaux d'extension :

Compte-tenu des orientations données dans la CT n°2 (fiche action n°5), des évolutions des obligations réglementaires d'une part et les attentes des personnes accueillies d'autre part, le constat est qu'une réhabilitation des locaux et une extension de l'établissement sont absolument nécessaires.

Ainsi le Groupe ACPA a acquis en 2013 un terrain voisin de l'E.H.P.A.D., sur lequel le Groupe envisage de construire une extension permettant de gérer le projet de restructuration de l'établissement.

L'extension a également pour objectif de faciliter la réhabilitation de l'E.H.P.A.D. par la dédensification des chambres doubles, le regroupement des chambres installées en rez-de-jardin, la rénovation des salles de bains (pour répondre aux normes d'accessibilité), la création d'espaces de vie collectifs.

Cette opération sera conduite avec le nouveau propriétaire foncier, la SEMCODA (société qui aménage et gère l'habitat sur six départements de la région Rhône Alpes). Sa réalisation est subordonnée à l'obtention d'une autorisation pour la création d'une extension non importante (ENI) de 10 lits.

Dans la continuité des échanges depuis le renouvellement de la Convention tripartite, j'ai conduit une étude de besoins du territoire (le territoire auquel appartient l'E.H.P.A.D. est celui de l'Isère rhodanienne) identifiés grâce :

- Au contact pris à l'occasion de ma participation aux travaux de la filière gérontologique de Vienne avec la Chef de Service autonomie PA/PH afin d'évaluer les besoins du territoire de l'Isère Rhodanienne. Mon constat qui rejoint ceux de la région et du national a permis de confirmer à la fois le manque de places d'hébergement pour les PHV et ma vision projective sur l'accueil possible de ce « nouveau » public en E.H.P.A.D..

Pour compléter le diagnostic, j'ai poursuivi ma réflexion par un temps d'échange avec l'assistante sociale de l'Association familiale de l'Isère pour enfants et adultes handicapés intellectuels (AFIPAEIM) détachée pour gérer le Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) dans les locaux du Conseil Départemental.

Ainsi, elle m'a informée qu'aucune place n'a été prévue pour les PHV sur l'ensemble de ce territoire, alors que des besoins existent, ce qui vient confirmer l'intérêt de mon projet.

- Aux partenariats que j'ai développés concernant l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes.

L'établissement a été approché par le Directeur du Foyer d'Accueil Médicalisé de « L'Echappée » situé à Condrieu et du Foyer Occupationnel « Le Reynard » situé à Ampuis.

Ce partenariat existe depuis de nombreuses années et vit à ce jour à travers une mission de portage du pain et d'entretien des espaces verts de la résidence par les résidents du Foyer du Reynard.

L'Echappée et Le Reynard sont confrontés au vieillissement de leur population, certains de leurs résidents aspirent à ne plus travailler et à vivre dans un endroit paisible (avec moins de stimuli). La structure et le personnel de soin n'est pas en capacité de répondre aux nouveaux besoins de ces personnes rattrapées par un vieillissement précoce ; l'équipe a perdu la dimension technique du soin dont dispose le personnel de l'E.H.P.A.D..

Le directeur s'est saisi de cette occasion pour me faire part de sa difficulté à trouver une structure adaptée pour orienter les résidents handicapés vieillissants dont il a la charge et de son intérêt à les intégrer sur l'E.H.P.A.D. Rémy François.

Opportunités de la démarche :

Le SROMS Rhône Alpes (2012-2017) prévoit :

- Dans ses priorités régionales sectorielles :

- « D'organiser l'accompagnement des personnes handicapées en favorisant la fluidité des parcours de vie »³⁸
- Dans les orientations proposées :
 - De nouvelles formes d'hébergement
 - D'organiser l'accueil sur projet dans les structures gérontologiques et du handicap
- Dans son action « diversifier les prestations afin de s'adapter aux besoins » :
 - n° 30 « créations d'unités spécialisées pour les PHV au sein des E.H.P.A.D. »³⁹
- Dans son action « réinterroger les modes de fonctionnement, les organisations et leurs coordinations pour rendre le système d'accompagnement le plus efficient possible ».
 - n° 46 : « développer des coopérations entre les acteurs du champ du handicap et de la gérontologie »⁴⁰

Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) (2012-2018) qui a vocation à programmer des actions et des financements permettant la mise en œuvre des objectifs du SROMS a prévu de financer des unités d'accompagnement pour personnes handicapées mentales vieillissantes.

A ce jour, il y a un vrai besoin car les Directeurs des structures du territoire ne veulent pas mettre en place cette autre forme d'accompagnement au sein de leur établissement.

De plus, l'E.H.P.A.D. est idéalement situé, à la limite des départements du Rhône et de l'Isère et pourra ainsi répondre aux besoins d'accompagnement des 2 filières gérontologiques.

³⁸ ARS Rhône Alpes, novembre 2012, «Schéma régional d'organisation médico-sociale » page 157, (visité le 24 mars 2016), disponible sur internet : http://www.prs-rhonealpes.fr/fileadmin/Documents/Supports_PRS_Telechargement/SROMS.pdf

³⁹ Ibid., page 174

⁴⁰ Ibid., page 176

2 Eclairer l'intervention de l'Etat dans la prise en compte des personnes en situation de handicap et/ou âgées

Les personnels dont je pilote l'activité se doivent d'être bienveillants à l'égard des résidents qui sont hébergés au sein de l'établissement que je dirige. Le bien être des usagers est l'une de mes préoccupations majeure quotidienne et je me dois de le garantir, non seulement parce que les Lois de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées l'ont posé comme principe de base, mais surtout parce qu'elle correspond à mon éthique professionnelle.

Les RBPP sont à ce sujet venues donner du sens et un cadre, une ligne de conduite pour traduire les principes de la Loi de façon à ce qu'une véritable culture puisse être acquise et mise en pratique par les professionnels du secteur. Il y est question de bientraitance, ce mot qui n'existe pas dans le dictionnaire mais que l'ANESM a ainsi qualifié : « ... culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service ... Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant à l'esprit le risque de maltraitance. Elle ne se réduit ni à l'absence de maltraitance, ni à la prévention de la maltraitance. La bientraitance se caractérise par une recherche permanente d'individualisation et de personnalisation de la prestation. Elle ne peut se construire au sein d'une structure donnée qu'au terme d'échanges continus entre tous les acteurs »⁴¹.

Afin d'accueillir avec toute la bienveillance nécessaire les futurs résidents PHV il est donc essentiel que je sache quels sont au regard de leur vieillissement, les besoins des personnes handicapées vieillissantes. Dans le chapitre qui suit je vais donc m'intéresser à l'éclairage de ceux-ci.

2.1 Handicap mental et vieillissement : des besoins particuliers

A ce stade du développement, et avant d'aborder les effets du vieillissement il me paraît indispensable de donner la définition du handicap mental. Il « ... est la conséquence d'une déficience intellectuelle. La personne en situation de handicap mental éprouve des difficultés plus ou moins importantes de réflexion, de conceptualisation, de communication

⁴¹ ANESM, janvier 2012, « Synthèse - La bientraitance, définition et repères pour la mise en œuvre », page 1, (visité le 8 avril 2016), disponible sur internet : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/Anesm_synthese-bleu-bientraitance.pdf

et de décision. Elle ne peut pas être soignée, mais son handicap peut être compensé par un environnement aménagé et un accompagnement humain, adaptés à son état et à sa situation »⁴².

2.1.1 Le handicap mental réalité et contradiction du concept

Dans le langage courant, le handicap mental est souvent qualifié de retard mental. Les qualificatifs sont nombreux pour les personnes atteintes par ce handicap depuis qu'« Au XIXème siècle, les personnes ayant un retard moyen ou grave étaient qualifiées d'idiots ou débiles, alors que celles qui présentaient un retard léger étaient appelées imbéciles ou débiles légers »⁴³.

Pour les associations du champ du handicap, ce concept n'est pas toujours très clairement défini, il reste flou car le handicap psychique et le handicap mental sont souvent confondus pour ne faire qu'un.

Il faut remonter aux origines de la psychiatrie pour illustrer ce concept.

Pour se protéger, la société a bien avant la naissance de la psychiatrie souhaité éloigner les individus considérés comme « déviants ».

Au XIIIème siècle, les anciennes léproseries deviennent des établissements qui accueillent : « tous les indésirables de la société d'alors, mêlant déjà indistinctement les prostituées, les délinquants, les opposants politiques, les débiles avec les fous authentiques »⁴⁴. Ce n'est qu'au XVIIIème siècle, sous l'influence d'un médecin parisien, Philippe Pinel, que pour protéger les malades, l'asile est inventé : « les fous et avec eux les idiots et les arriérés sont alors répertoriés et classés confiés à la garde de médecins aliénistes investis d'une mission sociale de protection »⁴⁵.

Avec la naissance de la psychiatrie le concept de maladie mentale voit le jour : « ce nouveau concept dans le champ de la pathologie va inciter les médecins aliénistes ... à l'observation et à la classification des différents désordres mentaux. Ils élaborent une nosographie ... la psychiatrie contemporaine s'y réfère toujours »⁴⁶.

Ce n'est que beaucoup plus tard avec l'évolution de la psychiatrie (sectorisation) et sous l'influence du développement d'associations parentales qui souhaitent que l'on prenne en compte la situation de leurs enfants inadaptés que le concept va évoluer.

⁴² UNAPEI, juin 2015, « Le handicap mental », page (visité le 10 mai 2016), disponible sur internet : <http://www.unapei.org/Le-handicap-mental-sa-definition.html>

⁴³ WIKIPEDIA, page (visité le 8 avril 2016), disponible sur internet : https://fr.wikipedia.org/wiki/Handicap_mental

⁴⁴ LIBERMAN R., 2015, Handicap et maladie mentale, Paris : Presses Universitaires de France, 124 pages

⁴⁵ Ibid., page 9

⁴⁶ Ibid., page 29

« L'utilisation du mot handicap est officialisée par la Loi du 23 novembre 1957 et doit permettre sous la tutelle du ministère du travail, d'organiser le reclassement des travailleurs handicapés » ...

Peu à peu l'usage du terme va s'étendre et devenir de plus en plus fréquent dans le domaine règlementaire Le 30 juin 1975, la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées vient parachever tout ce cheminement, en organisant le « secteur handicapé ».

« Le handicap mental s'inscrit désormais comme concept unificateur et réducteur, dont le contexte reste vague et confus, générant un vrai système de régulation sociale »⁴⁷.

Ainsi, le concept de handicap mental semble exclure la notion de maladie. Elle reste cependant présente en arrière-plan dans un certain nombre de cas, puisque c'est la maladie qui quelquefois est à l'origine du handicap. Quelle qu'en soit la cause, naissance, origine génétique ou conséquence d'une maladie (exemple : épilepsie) les difficultés d'insertion sont-elles bien réelles et peuvent concerner la scolarité, la vie familiale, sociale, professionnelle, des personnes qui en sont atteintes.

Le mot handicap est venu ajouter la dimension sociale au travers de son traitement par l'ouverture de droits pour ces personnes.

C'est l'article L. 114 de la Loi 2005-02 du 11 février 2005 qui pose clairement le cadre de la définition du handicap : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant »⁴⁸.

En 1893, Jacques BERTILLON, médecin français et statisticien inaugure pour la première fois, au cours d'un congrès qui se tient à Chicago, la classification de cause de décès. Il est à l'origine de ce qui évoluera en 1945 vers la classification statistique internationale des maladies (CIM) qui s'intéresse également à la morbidité.

Depuis, la CIM est une classification médicale codifiée qui recense les maladies ainsi que la variété de leurs signes, symptômes, circonstances de survenue L'organisation mondiale de la santé (OMS) publie cette classification qui est utilisée à l'échelle planétaire

⁴⁷ Ibid., pages 33 et 34

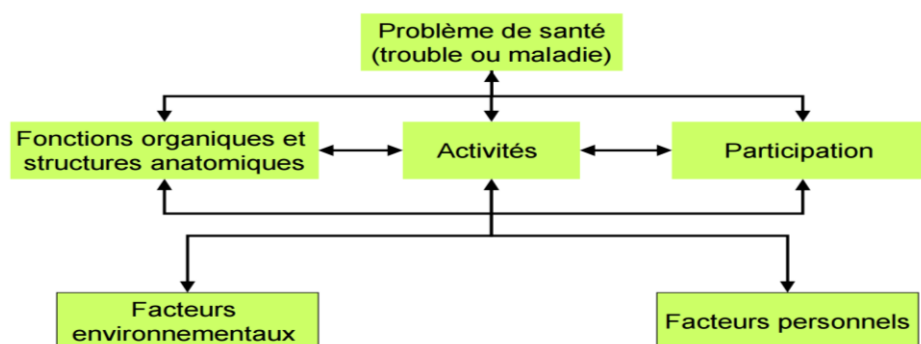
⁴⁸ JORF, n° 36 du 12 février 2005, « Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 », page 2353 (visité le 20 mars 2016), disponible sur internet : www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2005/2/11/SANX0300217L/jo

pour enregistrer les causes de morbidité et de mortalité des maladies, participant ainsi à l'évolution de la CIM.

Le handicap mental n'échappe pas à cette classification ; il fait partie des maladies qui sont classifiées par la médecine ; il est recensé dans la CIM 10, au chapitre V « troubles mentaux et du comportement ».

L'OMS est également à l'origine d'une classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). Autant la CIM est une classification d'approche facile, autant par opposition à celle-ci la CIF est plus complexe. D'ailleurs l'OMS organise des formations pour l'appréhender.

La CIF ne s'intéresse pas aux conséquences de la maladie. Elle associe la répercussion de la maladie (handicap) à l'influence (rôle) de l'environnement sur l'individu, à sa participation à la vie sociale et communautaire et aux facteurs inhérents à la personne (Cf. schéma ci-dessous).



49

Elle a pour but de donner un langage commun à tous, elle approche le handicap sous l'angle suivant : « C'est l'interaction entre les caractéristiques de la santé et les facteurs contextuels qui produit le handicap. Dans ces circonstances, il ne faut pas réduire les individus à leur handicap ni les caractériser uniquement en fonction de leurs déficiences, des limitations de leur activité ou des restrictions de leur participation. La CIF utilise des formulations plutôt positive, elle se veut moins stigmatisante, le vocabulaire qu'elle emploie est empreint de neutralité ; ainsi, au lieu de parler d'une « personne handicapée mentale », la classification utilise l'expression « personne ayant un problème d'apprentissage »⁵⁰. La CIF ne considère pas que les personnes ayant un handicap elle

⁴⁹ CNSA, Mars 2008, « Manuel d'accompagnement du GEVA », page 11 (visité le 26 avril 2016), disponible sur internet : http://www.cnsa.fr/documentation/manuel_geva_mai_2008-2.pdf

⁵⁰ OMS, 2001, « Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé », page 258 (visité le 25 avril 2016), disponible sur internet : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42418/1/9242545422_fre.pdf

concerne tous les êtres humains, elle « permet de décrire des situations relatives au fonctionnement humain et aux restrictions qu'il peut subir »⁵¹. Les items b122 et b127 sont ceux qui correspondent à la classification du handicap mental.

Bien que de formation soignante avec une culture « médicale », je préfère la CIF à la CIM. La CIF a une approche systémique du sujet que je trouve particulièrement censée et qui a su retenir mon attention ; ce que n'a pas la CIM qui elle s'intéresse exclusivement à qualifier la maladie et ses symptômes, réduisant ainsi l'humain à une partie de lui-même. La CIF est également beaucoup plus adaptée à mon exercice professionnel en milieu médico-social puisque les salariés abordent les personnes dans leur dimension physique, psychologique, affective, sociale. Par cette approche elle permet de placer l'individu au centre des préoccupations pour que le directeur et son équipe définissent l'accompagnement le plus adéquat qui permettra à la personne accueillie de se réaliser, voire de s'épanouir dans un environnement sécurisant.

2.1.2 Effets du handicap sur le vieillissement

En préambule il m'apparaît utile d'appréhender ce qu'est le vieillissement.

C'est un phénomène tout à fait naturel, qui commence dès la naissance, une étape inéluctable de la vie, que tout un chacun, à l'échelle humaine, connaîtra.

Pour le cardiologue Jean Pierre OLLIVIER : «le vieillissement n'est pas une sorte de maladie dont la guérison relève de la compétence des médecins, mais un processus normal, naturel et inéluctable de modifications de l'organisme »⁵².

La seule distinction concerne l'évolution de son retentissement, plus ou moins rapide selon les individus en fonction de leur « contexte génétique ». En effet, l'influence du vieillissement est variable et le déclin des différentes fonctions de l'organisme (fonction digestive, locomotrice, psychique ...) qui entraîne des problèmes de santé, se révélera plus ou moins tardivement selon les personnes.

L'OMS indique que : « Du point de vue biologique, le vieillissement est le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du

⁵¹ SERAFIN-PH, Mars 2016, « Nomenclatures, besoins et prestations détaillées », page 184 (visité le 25 avril 2016), disponible sur internet : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/nomenclatures_seraphinphdetaillees_mars_16.pdf

⁵² ZRIBI G., BONFILS F., GABBAI Ph., et al. 2012, Le vieillissement des personnes handicapées mentales, 3^{ème} édition, Mayenne : Presses de l'EHESP, 166 p.

temps. Celle-ci entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès »⁵³.

Le processus du vieillissement est donc étroitement lié à la longévité des personnes.

Comme nous l'avons vu dans la première partie de ce travail, la longévité des personnes handicapées tend à rejoindre celle de la population générale : «L'espérance de vie dépasse 80 ans en 2010. ... On peut globalement faire le même constat pour les personnes handicapées, notamment mentales et psychiques : un accroissement très important de la longévité qui se rapproche de celle de tout un chacun ; un parcours de vie et une autonomie pratique et psychique qui sont liées à la prise en charge médicale du handicap, à la qualité des soins, de l'éducation et du réseau relationnel, à la personnalité, aux moyens matériels et à l'intégration sociale »⁵⁴.

Seul l'âge d'entrée dans la vieillesse diffère. Effectivement, s'il est d'usage dans notre société de considérer une personne comme étant âgée à partir de 60-65 ans, (âge qui coïncide souvent avec l'accès à la retraite), il n'en est pas de même pour les personnes handicapées confrontées à l'avancée en âge.

Force est de constater que le vieillissement les touche de façon prématurée (entre 40 et 60 ans) ; les auteurs s'accordent pour dire que dès l'âge de 45 ans, les premiers effets se font ressentir et se révèlent différemment eu égard à la nature du handicap.

Pour les personnes dont le handicap mental est d'origine génétique : atteintes par exemple de trisomie 21 (syndrome de Down), il est observé un vieillissement exceptionnellement précoce. « En dehors de ces cas, on ne peut pas parler de vieillissement précoce dans le handicap mental. ... L'impression d'un vieillissement précoce tient en fait à la survenue fréquente de « phénomènes de régression » plus ou moins intenses, plus ou moins rapides »⁵⁵.

Je vais maintenant aborder la question des effets du handicap sur le vieillissement mais avant de voir quelles en sont les conséquences, il m'apparaît nécessaire de citer les travaux réalisés en 2010 par la CNSA. Ils ont permis de caractériser ce qu'est une personne handicapée vieillissante ; c'est « une personne qui a entamé ou connu sa

⁵³ OMS, 2015, « Vieillesse et santé – Aide-mémoire n° 404 », page (visité le 10 mai 2016), disponible sur internet : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/fr/>

⁵⁴ ZRIBI G., BONFILS F., GABBAI Ph., et al. 2012, Le vieillissement des personnes handicapées mentales, 3^{ème} édition, Mayenne : Presses de l'EHESP, 166 p.

⁵⁵ GABAÏ P., 2004, « Longévité et avance en âge - Des personnes handicapées mentales et physiques », Gérontologie et société (en ligne), 3, 110, p.47-73 (visité le 10 mai 2016), disponible sur internet : <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2004-3-page-47.htm>

situation de handicap, quelle qu'en soit la nature ou la cause, avant de connaître par surcroît les effets du vieillissement. Ces effets consistent, plus ou moins tardivement en fonction des personnes, en l'apparition simultanée :

- d'une baisse supplémentaire des capacités fonctionnelles déjà altérées du fait du handicap,
- d'une augmentation du taux de survenue des maladies liées à l'âge, maladies dégénératives et maladies métaboliques, pouvant aggraver les altérations de fonction déjà présentes ou en occasionner de nouvelles,
- mais aussi d'une évolution de leurs attentes dans le cadre d'une nouvelle étape de vie, sachant que les modalités d'expression de ces attentes seront très variables en fonction des personnes et de la situation de handicap dans laquelle elles se trouvent ». ⁵⁶

Les effets du vieillissement observés chez les personnes en situation de handicap sont différents et étroitement liés à l'hétérogénéité de la population et à la nature de leur handicap. Les retentissements constatés sont d'ordre physique et cognitif, sensoriel et/ou psychologique. Ils ajoutent au handicap, de la fragilité, une régression qui favorisent une perte d'autonomie plus ou moins progressive.

Pour les personnes en situation de handicap mental, les effets sont assez proches de ce qui est observé au sein de la population générale. Ils se distinguent par le fait qu'il se surajoute au handicap existant.

Pour les personnes atteintes de trisomie 21, il varie en fonction du dysfonctionnement de l'organe qu'il concerne :

Le retentissement physique et cognitif :

A titre d'exemple, je citerai :

- troubles cardio-vasculaires (hypertension artérielle, insuffisance veineuse),
- troubles liés au surpoids : obésité,
- troubles ostéo-articulaires,
- troubles digestifs : diarrhée, vomissements, reflux,
- démence sénile à type de maladie d'Alzheimer, « une prévalence supérieure à la moyenne est observée chez les personnes souffrant de trisomie 21 ... à compter de

⁵⁶ CNSA, n° 16 juin 2014, « Les mémos de la CNSA », page 2 (visité le 8 avril 2016), disponible sur internet : <http://www.cnsa.fr/documentation/cnsa-memo-16.pdf>

l'apparition des marqueurs de la maladie, les personnes concernées connaîtraient une espérance de vie de l'ordre de 3 ans »⁵⁷.

Le retentissement sensoriel :

Il s'agit de :

- baisse de l'acuité visuelle, cataractes, myopie,
- hypoacousie et surdité.

Pour les personnes en situation de handicap mental (hors trisomie 21), il « s'agit en fait de situations de désadaptation, de rupture d'équilibre précaire, de crise existentielle qui prennent très souvent l'aspect de manifestations dépressives avec désinvestissement des activités, fatigabilité, troubles comportementaux, plaintes hypochondriaques, affections psychosomatique ... Ailleurs, ces « crises » s'expriment dans une décompensation processuelle de l'état psychotique, jusque-là stabilisé ... L'ensemble de ces phénomènes relève de multiples facteurs dont la plupart n'ont aucun rapport avec l'âge du sujet. »⁵⁸.

Elles peuvent avoir un retentissement psychologique.

Pour chacun d'entre nous, le vieillissement entraîne des changements : modification de l'apparence corporelle, modification de la structure familiale, professionnelle (retraite par exemple) ce qui nous demande une faculté d'adaptation constante aux changements. Cette faculté est liée à notre autonomie, à la gestion des pertes et se révèle souvent dans l'expression d'une crise : crise d'adolescence, crise de la quarantaine ... qui nous permet d'accepter le nouvel état et de « rebondir ».

Pour les personnes handicapées, l'adaptation au changement est une réalité plus difficile car elle requiert une grande autonomie : «Evoluer dans le travail, modifier certains investissements, requiert une plasticité psychique que n'ont souvent pas les sujets handicapés mentaux. ... Leur environnement familial est constitué d'un ou deux parents vieillissants souvent blessés dans leur position parentale, inquiets de l'avenir ... »⁵⁹. Leur

⁵⁷ GOHET P., Octobre 2013, « L'avancée en âge des personnes handicapées – Contribution à la réflexion – Rapport tome I », page 23 (visité le 10 mai 2016), disponible sur internet : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Avancee_en_ages_des_PH_TOME_I_DEF.pdf

⁵⁸ GABA  P., 2004, « Longévité et avance en âge - Des personnes handicapées mentales et physiques », Gérontologie et société (en ligne), 3, 110, p.47-73 (visité le 10 mai 2016), disponible sur internet : <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2004-3-page-47.htm>

⁵⁹ ZRIBI G., BONFILS F., GABBAI Ph., et al. 2012, Le vieillissement des personnes handicapées mentales, 3^{ me} édition, Mayenne : Presses de l'EHESP, 166 p.

faculté d'adaptation est étroitement liée au développement de leur autonomie affective ; elle conditionne « leur capacité de mobilité psychique »⁶⁰.

« Modifier son mode de vie, ses investissements, ses loisirs, ses rythmes en fonction des changements liés à l'âge, sera le problème auquel sera confronté le sujet handicapé et qu'il devra résoudre si on ne veut pas qu'il s'installe dans un repli lié à une monotonie ou à la lassitude d'une vie mécanisée ... »⁶¹. Plus l'âge avance et plus cette souplesse psychique est difficile à mobiliser pour la PH ; elle peut être à l'origine d'une souffrance ; il est primordial d'en avoir conscience.

Ce chapitre viendra nourrir la réflexion autour de la réalisation du projet de vie dans la troisième partie de ce mémoire.

2.1.3 Singularité des besoins

En novembre 2014, un projet qui porte le nom de code SERAFIN-PH (Services et Etablissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées) a vu le jour, sous l'impulsion du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des droits des femmes. Le ministère a allié ses compétences à celles de la CNSA et de la DGCS pour en piloter les travaux.

Ce projet devrait servir le décloisonnement de différentes catégories d'établissements et de services pour faciliter les parcours des personnes en situation de handicap.

Il aura pour finalité d' « adapter les réponses aux besoins de personnes et en déduire les modalités financières et contractuelles optimales »⁶². Il s'accompagnera d'une réforme du financement des ESMS. Le groupe SERAFIN-PH a validé en janvier 2016 un document qui recense les nomenclatures des besoins et des prestations. Ce document qui a été mis à jour en mars 2016 se veut évolutif et devrait être revisité d'ici 2017 à partir des retours terrain.

« Les nomenclatures sont organisées, qu'il s'agisse des besoins ou des prestations de soins et accompagnements autour de trois domaines : la santé, l'autonomie, la participation sociale »⁶³. C'est la base conceptuelle de la CIF qui a servi de fil conducteur pour la réalisation de celles-ci.

⁶⁰ Ibidem

⁶¹ Ibidem

⁶² SERAFIN-PH, Avril 2015, « Journal de projet », page 1 (visité le 25 avril 2016), disponible sur internet : <http://journaldeprojet-cnsa-dgcs-sgmapjournaldeprojetserafin.cmail1.com/t/ViewEmail/t/1F17ACCCB80DFD0A/D33B9D26F00A20AB9A8E73400EDACAB4>

⁶³ SERAFIN-PH, Mars 2016, « Nomenclatures, besoins et prestations détaillées », page 12 (visité le 25 avril 2016), disponible sur internet : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/nomenclatures_serafinphdetaillees_mars_16.pdf

Pour déterminer ce qu'est le besoin, le groupe projet SERAFIN-PH s'est appuyé sur la définition de l'OMS qui précise que : « La réalisation d'une activité (ou la participation) dans une population donnée est définie ... comme ce que l'on peut attendre de la part d'individus n'ayant pas de problème de santé. Une personne sans problème de santé est en capacité de réaliser cette activité (ou de participer) dans un environnement humain, social, architectural normalisé. Dans ces conditions, le besoin se définit comme un écart à la norme de réalisation, tout en s'appuyant sur les capacités et potentialités, les habitudes et le projet de vie de la personne. Il est entendu comme le besoin de la personne au regard de la réalisation d'une activité et dans un environnement donné. La limitation d'activité peut être plus ou moins grande tant en qualité qu'en quantité »⁶⁴.

La prestation de soin ou d'accompagnement sera mise en perspective avec la nature du besoin repéré (santé somatique et psychique, autonomie, participation sociale) ; elle viendra donc en réponse à ce besoin pour combler ou diminuer l'écart observé.

Quand le projet SERAFIN passera à l'étape de mise en œuvre, je m'appuierai sur ses nomenclatures afin de définir les prestations qui seront nécessaires pour accompagner l'intégration des PHV que je souhaite accueillir au sein de l'E.H.P.A.D.. Quelle que soit la population concernée, personnes âgées ou personnes handicapées, ces nomenclatures me seront utiles pour identifier les prestations et les compétences nécessaires, pour répondre à la singularité des besoins de l'ensemble des résidents porteurs de déficiences qui vivront au sein de l'E.H.P.A.D..

Depuis le 6 février 2008, pour évaluer la compensation du handicap d'une personne qui a moins de 60 ans, les équipes pluridisciplinaires de la MDPH doivent utiliser le guide d'évaluation (GEVA). Les différents items qui le composent permettent aux équipes, de déterminer à partir d'un recueil d'information, les besoins d'une personne handicapée, en vue de leur compensation.

La CIF a servi de guide pour la construction d'un manuel d'utilisation destiné à comprendre la méthodologie de recueil.

Le GEVA est utilisé par la MDPH pour déterminer le montant de la prestation de compensation du handicap (PCH) et orienter la personne handicapée vers la structure la plus adaptée à sa situation et à ses besoins. La PCH qui est versée par le CD peut-être reversée directement aux prestataires sur justificatifs de dépenses.

⁶⁴ Ibid., page 17

Pour les établissements qui accueillent des personnes âgées, il existe une grille nationale qui permet d'évaluer le GIR des personnes (niveau de dépendance). C'est la grille autonomie gérontologie groupes iso-ressources (AGGIR). Elle a une double utilité, elle permet de déterminer le degré de perte de l'autonomie du sujet âgé et de demander à bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) – à partir du GIR 4.

Pour la personne handicapée mentale, il existe un outil qui permet de mesurer les besoins d'accompagnement : le Modèle d'Accompagnement Personnalisé (MAP). Le «MAP prend comme point de départ l'observation de la situation réelle des personnes pour évaluer leurs besoins et comprendre leur spécificité, ce qui permet par la suite de déterminer les actions et les propositions d'accompagnement à mettre en œuvre pour répondre le plus exactement possible à leurs attentes »⁶⁵. C'est l'UNAPEI qui en 2001 a mis en place ce dispositif. Pour compléter le MAP, je pense qu'il faut connaître les effets possibles du handicap mental sur la personne. L'UNAPEI en définit ainsi les conséquences : « Du fait de la limitation de ses ressources intellectuelles, une personne handicapée mentale pourra éventuellement éprouver certaines difficultés pour :

- Se repérer dans l'espace et le temps,
- Développer des fonctions cognitives,
- Développer ses relations sociales »⁶⁶.

En fonction de l'âge des personnes en situation de handicap mental que j'accueillerai au sein de l'E.H.P.A.D., j'utiliserai le GEVA et l'AGGIR ou l'AGGIR et le MAP qui viendra compléter utilement l'AGGIR : « la grille AGGIR étant plutôt un instrument d'attribution de moyens »⁶⁷.

A moins que d'ici là la réalisation d'une grille commune et transversale PA/PH puisse être proposée aux E.S.M.S.. En effet, j'ai participé au groupe de travail « la santé des personnes handicapées » pour la réécriture du schéma départemental du CD du Rhône et nous avons pu exprimer notre souhait d'élaboration d'un nouvel outil unique qui participe de cette convergence.

Si ce travail devait se conduire, je suggérerai que l'on explore la banque des instruments de mesure qui est accessible sur le site du Réseau Québécois de Recherche sur le

⁶⁵ UNAPEI, Septembre 2012, «Modèle d'accompagnement personnalisé – Guide pratique Version 3 », page 8 (visité le 10 mai 2016), disponible sur internet : http://www.unapei.org/IMG/pdf/Guide_Map_-_Extraits.pdf

⁶⁶ UNAPEI, juin 2015, « Le handicap mental », page 2 (visité le 10 mai 2016), disponible sur internet : http://www.unapei.org/IMG/pdf/unapei_essentiel_handicapmental.pdf

⁶⁷ IGAS., Octobre 2013, « L'avancée en âge des personnes handicapées – Contribution à la réflexion – Rapport tome I - GOHET P. », page 25 (visité le 10 mai 2016), disponible sur internet : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Avancee_en_ages_des_PH_TOME_I_DEF.pdf

Vieillesse⁶⁸. Elle donne accès à une liste d'instruments qui viennent par exemple évaluer :

- l'adaptation : « Échelle d'adaptation de la personne âgée à sa résidence »
- les troubles cognitifs : « Echelle d'évaluation de l'incapacité fonctionnelle dans la démence (DAD) »⁶⁹.

La DAD pourrait servir de base ressources pour construire un ou des outils de mesure transversal PA et PH qui s'intéresse au faire dans ses dimensions d'initiation, de planification et d'organisation : le vouloir faire. Elle pourrait venir utilement compléter la grille AGGIR qui elle ne s'intéresse qu'à la capacité de faire.

2.2 La convergence des politiques publiques personnes âgées/personnes handicapées

La concordance de l'envolée démographique des personnes âgées dans les pays occidentaux, associée à la longévité accrue des personnes handicapées, pose en France la question du financement de la perte d'autonomie et de sa pérennité au regard du nombre croissant de personnes attributaires des dispositifs APA et PCH.

C'est ce qui selon le sénateur P. BLANC donne : « une acuité nouvelle à la question de la convergence »⁷⁰.

Si ces prestations viennent toutes les deux compenser un déficit de perte d'autonomie, ce qui les distingue ce sont leurs bénéficiaires et la durée probable de leur versement. En effet l'APA est progressive et allouée pour quelques années alors que la PCH peut être attribuée à la personne pour plusieurs décennies.

Ces prestations qu'elles soient versées pour le maintien au domicile ou pour l'accompagnement des personnes en établissement participent comme le souligne l'ODAS d'une : « très grande fragilité des finances départementales. Ces cinq dernières années, l'augmentation de la charge nette des Départements concernant le financement

⁶⁸ Réseau québécois de recherche sur le vieillissement, 2012, « Banque d'instruments francophones de mesure », page (visitée le 4 juillet 2016), disponible sur internet : http://www.rgrv.com/fr/banque_inst.php

⁶⁹ Disability Assessment of Dementia, page (visitée le 4 juillet 2016), disponible sur internet : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/dus/durehabilitationneuropsych/echelleDemenceDADRotrou.pdf>

⁷⁰ BLANC P, juillet 2007, «Loi handicap, pour suivre la réforme » page (visité le 20/03.2016), disponible sur internet : <http://www.senat.fr/rap/r06-359/r06-35914.html#toc104>

de leurs responsabilités sociales a constamment été supérieure à 1 milliard d'euros par an, ce qui représente pour 2014 une augmentation de 5,2 % »⁷¹.

Pour illustrer le « poids de ces prestations », en 2012 le montant des dépenses d'APA pour 1,3 M de bénéficiaires étaient de 5 368 M€ ; le montant des dépenses PCH pour 143 000 bénéficiaires était de 1 397 M€.

2.2.1 D'une politique publique à une politique sectorielle du handicap

A ce stade du développement un détour par l'histoire me semble intéressant pour rappeler ce qui est à la genèse du secteur social et médico-social. Au dix-septième siècle Louis XIV crée l'hôtel des invalides pour abriter les soldats invalides qui ne peuvent plus travailler. Ce sont ensuite les blessés de la grande guerre (1914-1918) qui sont bien malgré eux à l'origine de la préoccupation de la collectivité publique pour l'indemnisation du handicap des victimes de la guerre : « En 1919, le ministère des Anciens combattants met en place un barème d'évaluation des handicaps ... de manière à déterminer le montant de leur pension d'invalidité »⁷². Il a perduré jusqu'en 1993 pour évaluer le niveau d'invalidité des personnes.

« ... dès 1909, le ministère de l'instruction publique commence à créer des classes de perfectionnement dans quelques écoles primaires pour éduquer les enfants alors qualifiés d'« anormaux d'école », dans le double souci de leur permettre de gagner leur vie et d'éviter qu'ils ne tombent dans la délinquance »⁷³.

Une assistance spécifique aux adultes infirmes civils est introduite en 1949, c'est la loi Cordonnier qui : « pose les bases d'une assistance financière pour les personnes « incapables ». Les notions de prévention et de réadaptation apparaissent dans la loi de 1957 relative au reclassement professionnel des travailleurs handicapés »⁷⁴.

Les religieuses qui géraient des institutions privées ont participé elles aussi au fait social, avant que l'Etat ne s'en saisisse et le considère comme son domaine d'intervention pour en faire une nouvelle compétence : une politique sociale.

⁷¹ ODAS, décembre 2015, « Service des allocations de soutien à l'autonomie où en est-on ? », page 62 (visité le 6 juillet 2016), disponible sur internet : http://odas.net/IMG/pdf/cahier_de_odas_decembre_2015.pdf

⁷² DIDIER-COURBIN Ph., GILBERT P., Revue française des affaires sociales (n°2) « Éléments d'information sur la législation en faveur des personnes handicapées en France : de la loi de 1975 à celle de 2005 », page 209 (visité le 9 juillet 2016) : disponible sur internet : www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-2-page-207.htm.

⁷³ Ibid.,

⁷⁴ LOCHEN V., février 2016, Comprendre les politiques sociales, 5^{ème} édition, Paris : Dunod, 456 p.

Je vais maintenant définir ce que l'on entend par politique publique.

Le mot « politique » est ici pris au sens de nom féminin. Le dictionnaire de l'Académie Française nous apprend que le mot politique est apparu au 13^{ème} siècle et que son origine étymologique est le mot grec *politikos* : « qui concerne les citoyens de l'Etat ».

La politique c'est l' : « Ensemble des principes d'action d'un Etat ou d'un gouvernement, qui détermine des objectifs, de manière générale ou dans des domaines particuliers, et décide des moyens à mettre en œuvre pour les atteindre»⁷⁵.

Le mot « publique » est quant à lui pris au sens d'adjectif – il qualifie la politique du titre. Dans ce même dictionnaire, il est possible de constater que le 13^{ème} siècle a vu apparaître ce mot tiré du latin *publicus* : « qui concerne le peuple, qui appartient à l'Etat ». Il signifie : « Qui intéresse tout un peuple, qui concerne la population d'un pays en son entier »⁷⁶.

Le concept de politique publique : « désigne les interventions d'une autorité investie de puissance publique et de légitimité gouvernementale sur un domaine spécifique de la société ou du territoire »⁷⁷.

Les politiques publiques ont trait à un ensemble de décisions, de prestations, d'actions, qui vont avoir des effets attendus ou pas. Elles sont édictées par l'Etat et vont s'appliquer à l'ensemble ou à une partie de la population d'une nation donnée. « Elles mobilisent des activités et des processus de travail. Elles se déploient à travers des relations avec d'autres acteurs sociaux collectifs ou individuels »⁷⁸.

Elles sont le vecteur d'agissement de l'Etat.

L'autorité politique ne laisse pas l'opinion publique insensible quant aux résultats de ses réalisations ou non action puisqu'elle provoque souvent une réaction de la population qui va porter un jugement sur les effets de ses actions ou décisions, voire l'organisation d'un groupe de pression. Une politique publique n'est pas seulement l'objet d'un jugement de la population mais également d'une évaluation par un tiers (Cour des comptes par exemple).

⁷⁵ Dictionnaire de l'académie française, « Neuvième édition, version informatisée », page (visitée le 26 juin 2016), disponible sur internet : <http://atilf.atilf.fr/academie9.htm>

⁷⁶ Ibid.,

⁷⁷ BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P., septembre 2010, Dictionnaire des politiques publiques, 3^{ème} édition actualisée et argumentée, Condé-sur-Noireau : Sciences PO, Les Presses, 771 p.

⁷⁸ Ibid.,

Les politiques publiques ont deux logiques qui vont soit organiser un territoire géographique : région, département ; soit un secteur (on parle alors de politique sectorielle).

Elles ont une finalité, elles sont organisées autour d'objectifs pour atteindre un résultat en vue d'améliorer, de modifier, de faire évoluer une situation donnée, de répondre à une attente, des intérêts ou à une situation problème.

Pour définir et prioriser leurs actions les pouvoirs publics inscrivent les questions, problèmes qu'ils cherchent à résoudre dans l'agenda politique. Cette notion d'agenda a émergé au début des années 1970. « Avant de décider de mesures de politiques publiques, les autorités publiques choisissent de traiter plutôt tels problèmes et de ne pas en traiter tels autres. La compréhension des processus de sélection des problèmes constitue, de ce fait, le premier apport des analyses en termes de mise à l'agenda. Elle suppose de prendre en compte notamment les logiques de mobilisation collective, de médiatisation et de politisation, auparavant fortement négligées dans les analyses de politiques publiques, et conduit à élargir le spectre des acteurs aux mouvements sociaux, aux médias et aux élus. L'ensemble de ces acteurs participe ainsi au cadrage de l'action publique, y compris dans sa phase décisionnelle, en formulant et en construisant des problèmes publics. »⁷⁹.

Différents instruments permettent de faire appliquer la politique d'un gouvernement : ce sont les Lois, les règlements, les dispositifs, les schémas, les modes de financements ...

Une politique sectorielle se structure autour d'une logique professionnelle, elle cible un domaine donné et s'adresse à une population particulière ; on parle par exemple du secteur agricole, de la santé, de l'enseignement, de l'action sociale.

La déclinaison sectorielle concernera alors la politique agricole, politique des personnes âgées « ... toute politique publique va contribuer à formater la structure et les frontières du secteur qu'elle se donne pour cible – d'une certaine façon on peut dire que c'est même l'objet de la politique »⁸⁰.

Les parents d'enfants handicapés qui se sont indignés : « des conditions inhumaines dans lesquelles sont accueillis leurs enfants, considérés comme fous, mélangés aux

⁷⁹ HASSENTEUFEL P., janvier 2010, Informations sociales (n° 157) « Les processus de mise sur agenda : sélection et construction des problèmes publics », page 50 (visité le 8 juillet 2016) disponible sur internet : www.cairn.info/revue-informations-sociales-2010-1-page-50.htm.

⁸⁰ BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P., septembre 2010, Dictionnaire des politiques publiques, 3^{ème} édition actualisée et argumentée, Condé-sur-Noireau : Sciences PO, Les Presses, 771 p.

malades mentaux ou aux personnes âgées ... réclament pour eux le droit à l'intégration et au développement de leurs capacités »⁸¹. Ils sont à l'initiative de la création de nombreuses associations qui se sont notamment structurées entre 1948 et 1975. Elles se sont fortement mobilisées pour faire évoluer la loi en vue d'une meilleure reconnaissance du handicap. Le collectif dynamique de ces associations s'est organisé en groupe de pression, après des années de militantisme, il a contraint les autorités publiques à inscrire dans l'agenda la problématique des handicapés pour construire une réponse en termes d'action publique.

C'est ce qui a participé après 18 mois de débat parlementaires au vote de la Loi phare du secteur (Loi de 1975) en :

- consacrant la place des parents : les professionnels doivent apprendre à travailler avec les parents,
- organisant un « statut » distinctif (considération du handicap),
- créant des services d'aide à domicile,
- développant et organisant l'accueil en institutions spécialisées,
- accompagnant les usagers vers la vie sociale,
- organisant des incitations à l'emploi,
- ouvrant sur l'intégration des handicapés sur le monde ordinaire.

Contribuant ainsi à l'amélioration des droits, des conditions de prise en charge et d'accompagnement des personnes handicapées.

Pour conclure ce paragraphe je pense qu'il est intéressant de s'attacher quelques instants à l'analyse des politiques publiques : « Si l'autorité publique est présumée jouer un rôle central, elle est loin d'agir seule. Elle voit intervenir des tiers – administrations, associations, autorités publiques autres ... qui ont leurs propres logiques ou priorités, qui se comportent comme des acteurs disposant d'autonomie et dont l'intervention perturbe ou infléchit le cours des choses. Ce point devient crucial dans nos sociétés, lorsque la résolution de problèmes dépend de l'intervention de plusieurs niveaux publics et de la coopération d'acteurs non publics »⁸².

C'est ainsi que d'un département à un autre la déclinaison politique peut ne pas être la même : « les gouvernants ne développent pas les mêmes approches qui n'engendrent pas les mêmes solutions »⁸³.

⁸¹ LOCHEN V., février 2016, Comprendre les politiques sociales, 5^{ème} édition, Paris : Dunod, page 187

⁸² Op. cit., BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P., p. 425

⁸³ Op. cit., BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P., p. 426

Je pense que la pluralité des acteurs politiques et de ceux issus de la société civile peut diluer le pouvoir de l'autorité publique dans un jeu d'interactions et ainsi participer à un jeu de contre-pouvoir dans la construction de l'action publique.

Les sciences politiques s'intéressent d'ailleurs à l'analyse sociologique de l'action publique en s'appuyant sur la sociologie des organisations de CROZIER qui nous apprend que pour qu'un changement s'opère : « il faut que tout un système d'action se transforme, c'est-à-dire que les hommes doivent mettre en pratique de nouveaux rapports humains, de nouvelles formes de contrôle social. Sont en question plus particulièrement les jeux qui commandent les rapports sociaux et forment ... la trame des institutions »⁸⁴.

2.2.2 La convergence en question

J'ai déjà abordé dans le chapitre 1.2 les éléments qui ont suggéré l'évolution de la convergence des politiques publiques PA-PH et réalisé un état des lieux de la mise en œuvre de cette politique transversale à l'échelle départementale ; je n'y reviendrai pas.

Je vais dans un premier temps m'attacher à définir quels devraient être les résultats de cette convergence.

Elle aurait dû avoir pour effet de supprimer :

- la discrimination financière en fonction de l'âge pour la compensation du handicap
« A cet égard, la barrière d'âge à 60 ans apparaît discutable : elle ne saurait justifier une différence de traitement entre personnes présentant des situations similaires de handicap »⁸⁵.
- les critères d'âge pour la prise en charge des frais d'hébergement.

Le droit à compensation du handicap défini par l'article L.114-1-1 de la Loi du 11 février 2005 ne fait pas mention de critère d'âge : « La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie »⁸⁶.

Dans les faits, la convergence n'a pas entraîné de changement concernant l'équité du droit d'accès qu'il s'agisse de la garantie des ressources, de la compensation du

⁸⁴ CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, L'acteur et le système, 1^{ère} édition, Paris, Editions du Seuil, p. 383

⁸⁵ GISSEROT H., mars 2007, « Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix », page 9 (visité le 9 juillet 2016), disponible sur internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000235.pdf>

⁸⁶ JORF, février 2005, « LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », page (visité le 8 juin 2016), disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr>

handicap, du financement des établissements médico-sociaux puisqu'il n'est pas le même pour tous.

Après avoir vu les résultats que l'on pouvait attendre de cette convergence, je vais en éclairer la terminologie.

Le dictionnaire de l'académie française nous dit que ce nom féminin du XVIIème siècle signifie : « Action de converger ; résultat de cette action »⁸⁷. Sachant que l'action de converger signifie que l'on se dirige vers un même point, l'action convergente doit nous conduire à la jonction des actions pour obtenir leur unicité : résultat de cette convergence.

L'analyse des politiques publiques nous apprend que ce concept peut être abordé sous trois angles différents.

La convergence :

- « est ... un résultat, à postériori, de la mise en place de politiques publiques »,
- « peut signifier ... l'adoption de politiques publiques identiques dans plusieurs pays, et concerne alors principalement le contenu des politiques publiques adoptées »,
- « renvoie à un processus dynamique de rapprochement entre des politiques publiques menées dans des pays ou territoire différents »⁸⁸.

Appliquée au domaine dont il est question dans mon mémoire, la convergence serait donc un résultat que l'on peut constater après la mise en place de la Loi du 11 février 2005.

Le concept doit être appréhendé au travers de sept dimensions, éléments constitutifs de l'action publique qui peuvent différencier une politique publique :

- « cognitive renvoie à la façon dont sont construits les problèmes, la formulation, la hiérarchisation, la légitimation des objectifs ... »,
- « normative concerne les normes juridiques ... » à l'égal de l'approche normative européenne,
- « institutionnelle porte sur les institutions permettant la formulation, l'adoption et la mise en œuvre ... », c'est le contenu d'une politique comme par exemple l'élaboration d'un texte juridique, d'un acte administratif,

⁸⁷ Dictionnaire de l'académie française, « Neuvième édition, version informatisée », page (visitée le 10 juillet 2016), disponible sur internet : <http://atilf.atilf.fr/academie9.htm>

⁸⁸ BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P., septembre 2010, Dictionnaire des politiques publiques, 3^{ème} édition actualisée et argumentée, Condé-sur-Noireau : Sciences PO, Les Presses, 771 p.

- « instrumentale renvoie aux instruments d'action publique adoptés et à leur mode d'utilisation »,
- « processuelle concerne les modalités de mise sur agenda, d'adoption et de mise en œuvre ... donc la structure des interactions entre acteurs d'une politique publique »,
- « politique prend en compte les acteurs dominants ... », c'est l'ensemble des acteurs publics ou privés qui participent par exemple à la construction d'une politique,
- « des effets d'une politique publique porte sur les résultats de la mise en œuvre ... »⁸⁹, ce sont ici les acteurs publics ou privés qui participent à l'application d'une politique.

Ces dimensions permettent de voir où convergent les politiques publiques et si elles s'organisent dans un rapprochement total, partiel ou limité.

P. HASSENTEUFEL nous dit que : « Les travaux actuels de comparaison de politiques publiques centrés sur la question de la convergence, qui s'inscrivent dans une démarche de comparaison transnationale, ... soulignent les limites de la notion ... La convergence est souvent partielle ... mais aussi, ... les modèles extérieurs font l'objet de réappropriations, de réinterprétations et de dérivations »⁹⁰.

La seconde limite est constitutive des « ressources, représentations et intérêts des acteurs impliqués dans les processus de construction collective de l'action publique »⁹¹.

Quatre dynamiques caractérisent ce qui est à l'origine du mouvement d'évolution des politiques publiques vers la convergence :

- « Juridique : ... adoption de normes contraignantes pour un ensemble de pays ...
- Fonctionnelle : la convergence résulte de la confrontation à des problèmes similaires, par exemple le vieillissement des sociétés occidentales ...
- Cognitive : ... diffusion, par des institutions internationales et des experts ... d'orientations, de contenus
- Politique : ... imposition à un autre pays placé en situation de dépendance ou de domination ... »⁹².

Ce concept a évolué sous un jour différent depuis que la CNSA, au travers du prisme des 48 membres de son Conseil (Cf. annexe 7) a adopté une vision différente, par le développement d'une culture nouvelle partagée, construite notamment autour de l'idée

⁸⁹ BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P., septembre 2010, Dictionnaire des politiques publiques, 3^{ème} édition actualisée et argumentée, Condé-sur-Noireau : Sciences PO, Les Presses, 771 p.

⁹⁰ Ibid., p.185

⁹¹ Ibid., p.186

⁹² Ibid., p. 182

d'une « convergence sans confusion ». Le conseil a : « précisé la notion de convergence et ce qu'elle recouvre. Le conseil l'a défini comme l'approche des situations de handicap uniquement pour ce qu'elles sont, quel que soit l'âge de celui ou celle qui les subit »⁹³.

La Loi du 11 février 2005 fait partie des lois sociales de l'hexagone, à ce titre, je souhaite profiter de ce chapitre pour préciser quelle est l'influence de l'Europe sur notre politique sociale. En 1957, le traité de Rome n'avait pas prévu de compétence sociale aux pays membres. Le rapport 2006 de l'IGAS indique : « L'Europe sociale est ainsi largement « résiduelle », dans la mesure même où les règles de solidarité et de protection sociale font partie de celles qui fondent les spécificités nationales. Les États s'en sont saisis au premier chef et de longue date. Le traité énonce ainsi que la Communauté agit « en respectant pleinement la responsabilité des États-membres »⁹⁴ ; ce qui limite un débordement sur les compétences nationales.

Dans le domaine social, l'IGAS reconnaît une influence à double flux du droit communautaire sur le droit français. Cependant la France dépasse souvent, en ce domaine, la norme européenne car elle a développé une législation et un niveau de protection sociale très élevés.

L'Europe a un droit : « d'interventions communautaires de l'ordre de la coordination, de la convergence ou du soutien »⁹⁵. Ce droit a prévalu à la création d'une recommandation qui a sans nul doute influencé la réalisation de la Loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement (Loi ASV).

2.2.3 Les freins à la convergence : lectures avis et discussion

Je pense qu'il est ici utile de faire, en préambule, un petit rappel concernant la nature des prestations qui peuvent être attribuées aux personnes pour compenser une perte d'autonomie. Cette prestation diffère selon qu'il s'agit d'une personne âgée ou handicapée. Pour les personnes qui en font la demande, un dossier pour l'obtention d'une aide qui sera versée par le conseil départemental, est :

- instruit par les MDPH pour les personnes handicapées de moins de 60 ans (1^{ère} demande) en vue de l'obtention de la PCH.

⁹³ Collectif d'auteurs, novembre 2015, « L'année de l'action sociale 2016 – Le nouveau cadre territorial », Paris : Dunod, 312 p.

⁹⁴ IGAS, 2006, « Rapport annuel de l'IGAS 2006 – La dimension européenne des politiques sociales », page 18 (visité le 10 juillet 2016), disponible sur internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000882.pdf>

⁹⁵ Ibid.,

C'est la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui en valide le montant.

- accompagné par les CLIC (inégalement représentés sur le territoire) pour les personnes âgées de plus de 60 ans en vue de l'obtention de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA).

C'est le Président du CD qui en valide le montant.

La PCH et l'APA ne sont pas subordonnées à la mise en œuvre de l'obligation alimentaire et ne sont à ce jour pas récupérable sur succession.

La prise en charge (PEC) est évalué au regard du degré d'autonomie (GIR pour l'APA), de la difficulté absolue ou grave d'une ou deux des dix-neuf activités essentielles à la vie quotidienne (GEVA pour la PCH) des personnes. Le montant de l'aide pour cette PEC est calculé en fonction des ressources pour évaluer le reste à charge des personnes :

- ticket modérateur pour l'APA qui vient pondérer l'aide obtenue,
- aide versée dans son intégralité ou avec une diminution maximale de 20 % du montant total de la PCH (prise en compte des ressources moins forte que pour l'APA). De plus 30% du montant de l'allocation perçue doit rester disponible pour le « reste à vivre ».

Dans un contexte général d'augmentation de la dépense publique lié au dynamisme des dépenses sociales, je pense que le législateur (Etat) a souhaité au travers de la Loi de 2005 :

- D'une part faciliter le parcours des personnes handicapées : organiser une fluidité sans rupture et trouver pour chacun une solution adaptée en regard de son âge et de la nature de son handicap, soutenir l'aide du maintien au domicile,
- D'autre part, rationaliser l'offre de prestations et par conséquent les dépenses, pour les diminuer (sans que cela apparaisse vraiment), en posant le principe de convergence des politiques PA-PH.

Au travers, des lectures, j'ai souhaité analyser et comprendre pourquoi cette convergence semble si difficile à mettre en œuvre.

Depuis la parution de l'article 13 de la Loi du 11 février 2005, onze ans se sont écoulés et il semble que la mise en mouvement de ce qui est attendu dans cet article : la convergence des modes de compensation du handicap (extension de la prestation de compensation du handicap après l'âge de 60 ans) et la suppression des critères d'âge pour la prise en charge des frais d'hébergement dans les établissements sociaux et médico-sociaux, restent compliqués à réaliser.

A une question écrite posée en 2010 par Madame DEMONTES (sénateur du Rhône) concernant la tenue d'une rencontre de concertation de l'ensemble des acteurs du

secteur, pour la mise en application de cet article 13, la réponse du Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique montre que dans les cinq ans qui ont suivi :

- Il y a eu une réponse administrative au travers de la place nouvelle donnée en mai 2005 à la CNSA dans le dispositif de gestion et de financement pour : « rassembler les financements consacrés à la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ... premier pas vers la convergence de la prise en charge de la perte d'autonomie quel que soit l'âge des personnes concernées »⁹⁶.
- Il n'est pas prévu : « explicitement l'extension de la prestation de compensation du handicap aux personnes qui en feraient la demande après leur soixante ans »⁹⁷.
- La réalité des convergences de besoins PA/PH existe : « ces convergences se concentrent principalement sur la nécessité d'une prise en charge individualisée et sur la mise au point de méthodes d'évaluation des besoins et d'élaboration des plans d'aide relativement proches »⁹⁸.

Dans un document émis par la Cour des Comptes, j'ai pu constater qu'une allusion à la Loi de 2005 a été faite dans les termes suivants : « rappeler que la loi a retenu, dans un délai de cinq ans, un objectif de convergence des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Aussi bien pour les missions relevant du département « compensation » que pour celles du département « établissements et services »⁹⁹.

La réalisation des missions d'animation du réseau des MDPH et d'expertise sur la compensation du handicap et de la dépendance dévolues à la CNSA semble difficilement réalisable. La cour des comptes souligne en effet une absence de pouvoir : « La caisse a par ailleurs une mission d'animation ... sans avoir dans ces domaines un rôle de décision, et sans disposer de moyens juridiques propres à faire évoluer les pratiques de péréquation et à contribuer à une harmonisation des pratiques départementales »¹⁰⁰.

De plus, la CNSA n'a pas d'équivalence de charge pour les conseils locaux d'information et de coordination (CLIC) qui restent en gestion directe par les conseils départementaux.

Comment dans ce contexte la CNSA peut-elle parvenir à réaliser sa mission de convergence ?

⁹⁶ SENAT, février 2010, « Application de la loi du 11 février 2005 - Question écrite n° 12006 de Mme Christiane Demontès », page (visité le 04 juillet 2016), disponible sur internet : <http://www.senat.fr/questions/base/2010/qSEQ100212006.html>

⁹⁷ Ibid.,

⁹⁸ Ibid.,

⁹⁹ COUR DES COMPTES, juin 2006, « Les conditions de mise en place et d'affectation des ressources de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie », page 10 (visité le 4 juillet 2016), disponible sur internet : <http://www.cnsa.fr/documentation/rapportcnsa1.pdf>

¹⁰⁰ Ibid., p. 9

Sept ans plus tard, un second rapport de la Cour des comptes, paru en novembre 2013 évalue quant à lui : « la place et le positionnement de la CNSA dans la conception et la mise en œuvre des politiques publiques d'accompagnement à la perte d'autonomie, à la fois en matière d'aides individuelles, en matière d'offre collective et dans l'exercice des missions d'appui et d'animation des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) »¹⁰¹.

Il souligne les mêmes difficultés que dans le rapport initial :

- « S'agissant de l'APA, la mise en œuvre de sa mission est gênée car la CNSA n'a pas la compétence pour animer les équipes départementales chargées de l'attribuer »¹⁰².
- L'organisation décentralisée des MDPH « Ne pouvant disposer à l'égard des collectivités décentralisées, que d'un seul pouvoir d'incitation du réseau des MDPH à harmoniser leurs pratiques, la CNSA ne peut mettre en œuvre sa mission ici également qu'a minima »¹⁰³.

Il y est tout de même fait état d'une évolution positive :

- de l'animation du réseau des MDPH (lettre bimensuelle – extranet – formations – informations juridiques) qui reconnaissent l'expertise de la CNSA,
- de l'harmonisation des pratiques des MDPH par la mise à disposition d'outils (GEVA) dont l'usage est cependant assez inégal ; $\frac{3}{4}$ des MDPH en 2011 ne l'utilisent que partiellement. Ces éléments remontent à la CNSA par le biais de rapports d'activités qui s'ils ne sont pas remis sont susceptibles d'entraîner des pénalités : suspension des concours financiers aux départements.

Cependant : « elles ne mettent pas réellement la CNSA en capacité de « veiller à l'équité de traitement des demandes de compensation », comme le prévoit la loi »¹⁰⁴.

Enfin, sous l'impulsion de la CNSA, entre septembre 2012 et décembre 2014, l'ODAS a conduit une étude publiée en 2015, avant la promulgation de la Loi ASV.

Les objectifs de cette étude étaient les suivants :

« - améliorer la connaissance des mécanismes de mise en œuvre de l'APA et de la PCH - préciser les modalités des relations établies entre les opérateurs de services à domicile et les Départements - faire émerger les pistes de rationalisation, de transparence, d'égalité de traitement... à travers l'identification de « bonnes pratiques » au sein des

¹⁰¹ COUR DES COMPTES, novembre 2013, « La mise en œuvre des missions de la CNSA », page 7 (visité le 6 juillet 2016), disponible sur internet : <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/La-mise-en-aeuvre-des-missions-de-la-CNSA>

¹⁰² Ibid., p. 12

¹⁰³ Ibid., p. 86

¹⁰⁴ Ibid., page 95

Départements et avec leurs partenaires - favoriser l'optimisation des moyens financiers et des moyens humains, en s'attachant à l'analyse des éléments de convergence des politiques d'autonomie »¹⁰⁵.

Il y est rappelé que 10 ans après la Loi de 2005, la France se distingue des pays membre de l'Europe puisqu'elle continue à faire des distinctions entre le handicap et la dépendance pour apprécier les droits en fonction de critères d'âge.

L'ODAS a chiffré le coût moyen de la PCH et de l'APA pour les départements ; il s'élève à 7247 € pour la PCH contre 4520 € pour l'APA domicile. Dans sa lettre de juin 2015 l'ODAS constate (Cf. annexe 8) :

- une augmentation du nombre de bénéficiaires de la PCH (+ 7%) par rapport à 2013 alors que le montant moyen de l'allocation diminue de 530 € (effet lié à l'inscription de personnes avec un handicap moins lourd),
- une augmentation de l'APA en établissement (+ 5%) liée à l'avancée en âge et à l'accroissement de la dépendance.

Du fait d'une construction échelonnée dans le temps pour la mise en place des différents dispositifs de soutien à la dépendance et de droit à réparation du handicap, l'ODAS souligne : « la grande diversité des pratiques, des outils, des méthodologies » ajouté à une vraie difficulté des départements pour une mise en œuvre rapide de ceux-ci, imposée par la Loi : « les Départements ont su respecter les échéances prévues par le législateur, mais en continuant de distinguer les deux politiques de soutien à l'autonomie »¹⁰⁶.

Les Maisons Départementales de l'Autonomie (MDA), peu nombreuses, qui participent de l'approche convergente de la perte d'autonomie, ont procédé à un rapprochement des organisations pour un partage convergent des pratiques : accueil, information, évaluation, instruction des dossiers APA et PCH ... Selon l'ODAS, elles sont au nombre de 12 et pourraient voir leur nombre augmenter car la Loi ASV reconnaît les MDA.

Pour autant, l'ODAS ponctue cette création en indiquant que : « le développement des MDA s'avère difficilement compatible avec l'architecture initiale voulue par le législateur ... Les MDPH ont en effet été constituées en groupement d'intérêt public pour associer à leur gouvernance l'ensemble des financeurs du champ du handicap mais aussi les associations représentatives de ce secteur. Or cet équilibre ne peut pas être remis en

¹⁰⁵ ODAS, décembre 2015, « Service des allocations de soutien à l'autonomie où en est-on ? », page 7 (visité le 6 juillet 2016), disponible sur internet : http://odas.net/IMG/pdf/cahier_de_odas_decembre_2015.pdf

¹⁰⁶ ODAS, décembre 2015, « Service des allocations de soutien à l'autonomie où en est-on », page 48 (visité le 6 juillet 2016), disponible sur internet : http://odas.net/IMG/pdf/cahier_de_odas_decembre_2015.pdf

cause. C'est pourquoi, même lorsqu'il y a MDA, les instances de décision spécifiques à la MDPH subsistent »¹⁰⁷.

Après avoir étudié ce concept de convergence dans sa dimension théorique et parcouru différents supports pour éclairer ce qui peut ralentir cette convergence, je souhaitai échanger avec un acteur territorial pour entendre son expérience et sa vision de la situation.

Le directeur du Pôle autonomie du CD du Rhône a bien voulu m'accorder un rendez-vous pour aborder ce sujet délicat. C'est ainsi que j'ai pu recueillir son avis sur les possibles freins à la mise en œuvre de la convergence des politiques PA/PH.

Au sein du pôle autonomie le directeur intègre dans son périmètre d'activité le pilotage de trois chefs de service : PA, PH et MDMPH. Sa direction correspond à l'une des deux exceptions soulevées dans le cahier de l'ODAS qui observe la recherche de solutions convergentes pour la rationalisation des organisations : « Dans ce cas de figure, le directeur de l'autonomie assure généralement aussi la direction de la MDPH, comme dans le Doubs ou le Rhône »¹⁰⁸.

Pour élargir le questionnement, j'ai souhaité d'abord connaître sa vision du « zéro sans solution ».

Il m'a indiqué que le CD :

- depuis plusieurs années a créé des places en foyer d'accueil médicalisé (FAM) et Foyers de vie
- a mis en place une commission MDPH qui a lieu 1 à 2 fois par mois.
Elle concerne environ 100 jeunes qui sont en attente d'une place pour entrer dans un établissement pour adultes. Cette difficulté est liée au manque d'anticipation de l'arrivée des « Creton » : « L'amendement Creton » à la loi du 13 janvier 1989 permet le maintien, dans l'attente d'une solution adaptée, de jeunes handicapés âgés de plus de vingt ans dans les établissements médico-sociaux pour enfants handicapés qui les accueillent »¹⁰⁹.
- s'est doté d'un outil informatique « Rhône Plus » qui facilite la gestion des listes d'attente : demande de place immédiate, à deux et cinq ans,
- a créé des structures d'accompagnement (SAVS).

¹⁰⁷ ODAS, décembre 2015, « « Service des allocations de soutien à l'autonomie où en est-on », page 53 (visité le 6 juillet 2016), disponible sur internet : http://odas.net/IMG/pdf/cahier_de_odas_decembre_2015.pdf

¹⁰⁸ Ibid., page 54

¹⁰⁹ DREES, avril 2005, « Etudes et résultats – N° 390 », page (visité le 7 juillet 2016), disponible sur internet : http://www.vie-publique.fr/documents-vp/drees_etud390.pdf

Il déplore la problématique du co-financement avec l'ARS (longueur d'attente des réponses) lié à un manque de souplesse pour la validation des projets et à une baisse des moyens financiers.

A la question concernant les points de blocage :

Il a « une véritable interrogation qui concerne le milieu associatif du handicap. Les associations revendiquent leur étiquette et n'acceptent pas de lâcher leurs usagers au profit d'un autre établissement. Les E.H.P.A.D. n'ont pas forcément toujours joué le jeu de l'intégration quand la dépendance prend le pas ». Il note cependant une évolution.

Il relève une mobilisation difficile des élus concernant certains cas particuliers ; véritable point de blocage pour faire entendre qu'une problématique sanitaire peut relever du médico-social (exemple cité : hyperphagie). Les élus dans ce cas peinent à entendre qu'une création de FAM serait souhaitable.

J'ai souhaité avoir son avis sur les enjeux financiers de cette convergence PA/PH :

Il note que « le CD n'a plus de marge de manœuvre financière. Les emprunts toxiques sont venus grever les finances et les élus ne veulent pas augmenter les impôts.

La priorité des élus est d'apporter des réponses :

- par une meilleure utilisation de l'argent : recouvrer l'argent perdu par le non-respect des conventions collectives de certaines associations du champ du handicap pour appliquer la règle des congés payés (2 M€ de pertes),
- faire évoluer les mentalités concernant les animations proposées aux usagers (sur occupation et diminuer les activités coûteuses : cheval par exemple) ».

Sa vision est la suivante :

S'il reconnaît « que pour les établissements PA, la contrainte économique est déjà forte et que les moyens en personnels sont contraints, il pense que pour les établissements PH il faudrait revoir les prix de journée (2,5 à 3 fois supérieur à ceux des PA) et travailler sur l'optimisation des moyens.

Il ne croit pas à la convergence tarifaire car la réforme de la tarification (état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) ne se fait pas en simultanéité pour les structures PA et PH.

Il avance que la convergence est possible au niveau des pratiques professionnelles ».

Pour conclure cet entretien, il me précise qu'il faut sortir de cette logique de tutelle pour s'ouvrir au dialogue avec les établissements, comprendre leurs difficultés et attentes. Il pense que les CPOM pourraient être un outil de discussion. Il pousse ses tarificateurs à sortir de leur service pour aller à la rencontre des directeurs d'établissements.

Je pense que cette question de la convergence est complexe, mais qu'au-delà des freins dont j'ai fait état dans les paragraphes précédents, il semble se profiler une solution qui pourrait être acceptable pour tous et surtout pour les personnes handicapées et âgées. Alors qu'il est d'usage, pour les PA de parler de dépendance alors que pour les PH il est question de perte d'autonomie. Il pourrait être intéressant de rassembler sous une même notion l'ensemble des personnes dont l'altération des capacités revêt différentes formes : physique, sensorielle, cognitive ...

Une piste autour de la notion de perte d'autonomie pourrait être la façon d'approcher cette problématique de convergence PA/PH.

En mars 2007, c'est H. GISSEROT, - procureure générale auprès de la Cour des Comptes – qui, dans un rapport destiné à questionner les conditions relatives à l'équilibre des dépenses pour la garantie du financement du risque dépendance, s'est interrogée.

Elle y fait référence à un débat sur la terminologie opposable entre dépendance et perte d'autonomie : « Les deux termes sont sans doute, l'un et l'autre, peu appropriés : le premier renvoie à un état de soumission dans lequel la personne prise en charge ne doit justement pas être placée ; le second est ambigu sur sa portée. Qu'est-ce que l'autonomie en effet ? En principe, l'autonomie désigne « le droit de l'individu à se déterminer librement ». Elle est un attribut du citoyen que l'altération des capacités physiques ou mentales ne doit pas remettre en cause. La compensation de la perte d'autonomie ne porte pas sur ces aspects et c'est heureux. La France n'a pas fait le pas d'un néologisme pour désigner ceux qui, du fait de l'altération de leurs capacités, ne peuvent réaliser seuls des actes de la vie quotidienne »¹¹⁰.

S'il est vrai que la dépendance des personnes âgées est une forme de handicap : en référence à la loi de 2005 : « La dépendance est ainsi juridiquement une sous-catégorie du handicap et les personnes dépendantes sont des personnes handicapées ... »¹¹¹. Alors la convergence pourrait prendre forme autour de la notion de perte d'autonomie.

Mais peut-on affirmer que les personnes âgées ont les mêmes besoins que les personnes handicapées et réciproquement ?

Qu'elle soit qualifiée de PA ou de PH, je pense que l'approche de la personne doit se faire sous l'angle de son vieillissement qui en constitue le rapprochement, au travers du handicap et de la perte d'autonomie qui l'affecte.

¹¹⁰ GISSEROT H., mars 2007, « Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marge de choix », page 6 (visité le 6 juillet 2016), disponible sur internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000235.pdf>

¹¹¹ Ibid., p. 11

Les besoins ne pourront jamais être les mêmes, même s'il peut y avoir des besoins similaires observés au cours de la réalisation des projets de vie. Il y a ici et là des objectifs de prise en charge et d'accompagnement qui se ressemblent parce que les déficits observés sont quelquefois proches.

Cependant, je reste persuadée qu'il est indispensable de personnaliser l'approche et que la personne quelle qu'elle soit, soit considérée en regard de sa singularité et de ses différences pour la construction de son projet personnalisé d'accompagnement.

La question suivante sera tournée sur le traitement de la compensation du handicap.

Les membres du conseil de la CNSA dont H. GISSEROT a fait partie en 2009, en tant que : « personne qualifiée nommée par le ministre des Affaires sociales (Arrêté du 29 septembre 2009) »¹¹² ont sans nul doute été influencés par son rapport et ont retenu l'idée d'une « convergence sans confusion ».

Idée soutenue par cette personne dans son rapport précédemment cité où elle dit : « Si les politiques de compensation du handicap et de la dépendance doivent donc être pensées de façon cohérente, cela ne signifie pas néanmoins aboutir à une convergence complète, c'est-à-dire la confusion dans un dispositif unique de compensation égal quelle que soit la situation de la personne. Les différences de traitement doivent s'appuyer sur des réalités médicales, fonctionnelles et situationnelles, en évitant la barrière arbitraire de l'âge. Chacun sent que la confusion des dispositifs de prise en charge de la dépendance et du handicap se heurte aux représentations sociales les plus courantes du handicap. Si pour une part ces représentations doivent être combattues, il n'en reste pas moins que l'identité des personnes handicapées et des personnes âgées « en état de fragilité » s'est construite par rapport à ces représentations. Vouloir les confondre serait une erreur. ... Le baromètre de la DREES31 dégage à cet égard des résultats particulièrement frappants : une grande majorité des français (74%) considèrent que c'est aux pouvoirs publics (État et collectivités) de prendre en charge les personnes handicapées, contre seulement une courte majorité (56%) pour les personnes âgées dépendantes, pour lesquelles une plus grande proportion des français trouve légitime de solliciter les familles (22% contre 9%). Les écarts sont suffisamment nets pour conclure que les français n'attendent pas des pouvoirs publics un investissement équivalent en matière de dépendance, à celui réalisé en matière de handicap. »¹¹³.

¹¹² LA LETTRE DE LA CNSA, décembre 2009, « Gouvernance, le conseil de la CNSA singulier et pluriel », page (visité le 11 juillet 2016), disponible sur internet : <http://www.lalettrecnsa.cnsa.fr/lettre13/gouvernance/le-conseil-de-la-cnsa-singulier-et-pluriel.html>

¹¹³ GISSEROT H., mars 2007, « Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marge de choix », page 11 (visité le 6 juillet 2016), disponible sur internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000235.pdf>

Il est vrai que les personnes âgées ne sont pas concernées, ni confrontées au problème d'insertion et d'accès au travail comme le sont les personnes handicapées et que la plupart du temps elles ont des capacités de financement liées au patrimoine qu'elles ont pu acquérir.

La CNSA retient que ce sont les processus d'évaluation qui doivent être identiques (ils faciliteraient en effet le travail d'évaluation des équipes médico-sociales) et que pour ce qui concerne les dispositifs de compensation : « ... les modalités de solvabilisation (c'est-à-dire le niveau et les sources de financement) de ces réponses de compensation ne seront pas nécessairement les mêmes pour les personnes selon leur âge »¹¹⁴.

Ainsi l'opinion du directeur du pôle autonomie du Rhône converge avec celle défendue par le conseil de la CNSA qui en 2015 constate que : « les représentations du grand public n'ont pas encore assez évolué dans le sens d'une vision unifiée des questions d'autonomie quel que soit l'âge »¹¹⁵ ; ce qui participe sûrement de la non effectivité de la convergence tarifaire.

Je pense toutefois que la mise en relation des différents acteurs à différents endroits (réunions du conseil de la CNSA, des groupes de travail pour l'élaboration des schémas départementaux) aura permis et permettra aux représentants des ESMS du champ du handicap et des personnes âgées d'échanger, de se concerter, de se rencontrer, d'avancer ensemble, pour une meilleure connaissance des univers de chacun. Je souhaite qu'elle oriente sur une confiance qui devrait aboutir à la complémentarité des acteurs au bénéfice des personnes quelle que soit leur situation.

¹¹⁴ Collectif d'auteurs, novembre 2015, « L'année de l'action sociale 2016 – Le nouveau cadre territorial de l'action sociale », Paris, Dunod, 312 p.

¹¹⁵ Ibid., p. 267

3 Impulser la réorientation de l'offre d'accueil : savoir s'appuyer sur les partenaires institutionnels

Ma priorité sera tournée vers la présentation au Conseil d'Administration (CA) du projet, pour obtenir sa validation, ce qui lui donnera une légitimité naturelle : vecteur sous forme de caution qui engagera l'adhésion de l'Equipe. Mon projet devrait obtenir l'assentiment du CA car le Groupe a débuté la diversification de son accueil en ouvrant deux foyers de vie et le directeur d'exploitation (N+1) m'a donné le feu vert pour « débroussailler » le sujet.

Pour adapter l'E.H.P.A.D. à l'accueil de ce nouveau public de PHV en situation de handicap mental, il me paraît indispensable d'avoir une vision stratégique claire pour ce projet. Elle me permettra de lui donner corps et sens pour les équipes et de formaliser le plan d'actions, son évaluation et sa planification.

Le plan d'actions que je vais construire se nourrit des lectures que j'ai pu faire sur le sujet, des recommandations des bonnes pratiques de l'ANESM, des retours d'expériences et de mon expérience de terrain.

Il va s'articuler autour de deux axes principaux :

- les mesures externes qui s'intéresseront aux partenariats à construire, développer et/ou entretenir, orientés à la fois sur l'utilisateur et le personnel,
- les mesures internes qui concerneront le projet d'établissement (PE), la mobilisation des ressources humaines, le fonctionnement de l'UVPHA et les modalités d'accompagnement des PHV.

J'ai bien conscience qu'il y aura rétroaction entre les mesures internes et externes.

3.1 Les partenariats locaux une force pour influencer le changement

L'établissement avec ses ressources propres ne peut suffire à influencer la réussite de l'accueil et de l'intégration de PHV, c'est pourquoi je suis persuadée qu'il faut créer et développer des partenariats notamment avec les associations du champ du handicap concernées.

Elles détiennent des compétences : un savoir être, un savoir-faire et un savoir que nous n'avons pas, qu'il faut acquérir et mobiliser pour accompagner l'intégration, personnaliser l'accueil et éviter les ruptures brutales de parcours.

3.1.1 Déployer le conventionnement inter institutionnel

Partant du principe que deux associations du champ du handicap seront partenaires pour ce projet, je vais distinguer le conventionnement qui concernera chacune d'elle.

Le foyer occupationnel du Reynard :

Une convention avec cet établissement existe déjà (Cf. annexe 9) pour la livraison du pain. Une mission pour l'entretien des espaces verts leur a par ailleurs été confiée.

C'est ainsi que plusieurs résidents du foyer occupationnel, accompagnés d'un moniteur éducateur, interviennent avec régularité pour la taille des arbustes, la tonte de la pelouse, le ramassage des feuilles. Ils sont peu à peu familiers de l'E.H.P.A.D..

Pour préparer l'entrée de certains d'entre eux, je vais les inviter à venir sur l'établissement pour participer à des temps festifs, partager un repas ; cela leur permettra d'approcher non seulement les résidents mais également les personnels et inversement.

L'ANESM recommande de faciliter les transitions : « En se rapprochant des structures envisagées par la personne pour déterminer avec elle quelles modalités de découverte peuvent être proposées (visites, accueils temporaires, périodes de préadmission ...) »¹¹⁶ et de préparer la réorientation : « Avant le départ de la personne, accompagner le changement afin de limiter les risques de ruptures brutales ou le « ressenti de rupture » (ce ressenti pouvant avoir un impact négatif sur sa santé somatique et psychique, et plus globalement sur sa qualité de vie) »¹¹⁷.

Différentes occasions permettront une acculturation progressive : la cérémonie des vœux du maire et la participation à certaines animations (atelier gym douce, anniversaires, animations musicales, ateliers culinaires ...).

Une convention orientée sur cette préparation permettra d'acter cette approche et d'impliquer les personnels éducatifs (éducateur ou moniteur éducateur) dans l'accompagnement à l'insertion en vue de leur intégration future. Elle devra aussi faciliter les allers et venues des résidents PHV entre l'E.H.P.A.D. et le foyer occupationnel afin de leur permettre de conserver et d'entretenir des liens avec leurs anciens collègues de «travail » et relations sociales.

Comme le souligne le Conseil économique et social : « Il y a donc risque, à terme, d'une rupture totale dans les modes de vie perte d'un environnement affectif et social dans lequel on avait trouvé une certaine stabilité voire une émulation »¹¹⁸. Je tiens à garder une

¹¹⁶ ANESM, mars 2015, «Synthèse – L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes », page 3 (visité le 4 juin 2016), disponible sur internet : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM-RBPP_Synthese-Adaptation_Personnes_handicapees_vieillissantes-Mars_2015.pdf

¹¹⁷ ANESM, mars 2015, L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes », page 72 (visité le 4 juin 2016), disponible sur internet : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM-RBPP-Adaptation_Personnes_handicapees_vieillissantes-Interactif.pdf

¹¹⁸ Section des affaires sociales, Conseil économique et social, novembre 1998, « Avis adopté par le conseil économique et social », page 49 (visité le 12 mai 2016), disponible sur internet : <http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/98/98112522.pdf>

vigilance forte sur ce sujet qui pourrait enclencher un processus de dépression chez le résident PHV.

L'association AFIPAEIM :

Il n'y a pas de conventionnement en cours. Tout est à construire avec cette association qui a manifesté son intérêt pour orienter des résidents PHV sur notre structure et a rédigé une lettre d'intention dans ce sens (Cf. annexe 10).

Au cours des échanges que j'ai pu avoir avec l'assistante sociale ^{NB} de l'AFIPAEIM, il a été envisagé que nous signions une convention de partenariat.

Celle-ci permettrait de mutualiser les compétences et de faire bénéficier nos personnels de l'expertise formation pour développer les connaissances théoriques relatives au handicap. Nous avons aussi abordé la question de la mise à disposition d'un moniteur éducateur qui faciliterait la connaissance des habitudes de vie, du comportement du nouveau résident et permettrait ainsi d'aider à la construction du projet de vie du résident PHV.

3.1.2 L'immersion professionnelle : une opportunité à ne pas négliger

Dans le cadre de mon travail d'approche avec l'assistante sociale de l'AFIPAEIM, j'ai pu apprendre qu'un E.H.P.A.D. situé à Saint Quentin Fallavier en Isère héberge dans une unité dédiée des PHV en situation de handicap mental. Un contact pris avec la responsable de cette unité m'a permis d'aller sur site visiter la Résidence BOIS BALLIER. Pour ce rendez-vous, j'étais accompagnée de la responsable du pôle soins (RPS) de Rémy François.

Ce fut pour nous, l'occasion d'échanger sur les points de vigilance et les facteurs de réussite pour l'intégration de résidents PHV. Cette rencontre était encourageante et nous a confortées dans l'idée que le projet était tout à fait réalisable.

Ce temps de travail m'a permis, dans la perspective de la réalisation du plan d'actions, d'envisager un partenariat permettant l'immersion professionnelle de deux à trois salariées de l'E.H.P.A.D.. Elle s'effectuera sur une à deux journées et permettra aux personnels volontaires de prendre contact avec la réalité, de se projeter dans le futur et de démystifier si besoin l'accompagnement de ce public.

^{NB} : Je me suis assurée que cette personne disposait de la légitimité nécessaire pour être un interlocuteur fiable

La cadre de santé en sa qualité de responsable du pôle soins participera à cette immersion ; elle pourra ainsi ajuster son propos pour éclairer avec toute la pédagogie nécessaire les personnels qu'elle encadre.

3.1.3 Renforcer la coopération pour prévenir l'isolement social

L'établissement maintient depuis plusieurs années un partenariat avec les Petits Frères des Pauvres. C'est ainsi qu'à chaque nouvelle saison estivale, je programme avec l'animatrice des sorties à la semaine ou à la journée pour les personnes âgées qui le souhaitent. Une convention de mise à disposition contractualise cette collaboration (Cf. annexe 11).

C'est l'occasion pour les PA de quitter la résidence, de profiter du charme d'une maison de maître et de son environnement. CHARMANON est une belle bâtisse située aux portes des Monts du Lyonnais à Grézieu la Varenne. Dans cet univers dépaysant tout est fait pour que le résident se sente accueilli tel un « VIP » et vive son séjour comme à l'hôtel.

Je formaliserai un partenariat par la signature d'une convention complémentaire afin d'élargir le périmètre des séjours vacances au-delà du département du Rhône. Ainsi les résidents PHV pourraient eux aussi rompre avec le quotidien pour vivre des moments différents.

3.2 Mobiliser les ressources humaines pour accompagner les changements

Les changements d'organisation sont souvent compromis par la peur de l'inconnu et par l'incompréhension qu'ils peuvent susciter. Je pense que la communication, gage de la transparence de toute modification d'organisation, est garante d'un climat de confiance qui rassure indéniablement les salariés et tend à augmenter leur engagement dans l'évolution recherchée. J'ai pu l'expérimenter au cours de la réorganisation du travail que j'avais mise en place à mon arrivée pour la restructuration architecturale lourde de l'E.H.P.A.D.. La communication interne, associée à un travail participatif, ont été assurément un facteur de réussite.

La théorie d'HABERMAS a ici pris tout son sens ; les salariés bien qu'engagés dans une collaboration asymétrique se sont saisis de cet espace de communication comme étant un moyen pour échanger et adhérer au projet bien que leur but ne soit pas identique au mien.

HABERMAS dit que : « Le langage peut aider à coordonner les actions des individus s'il favorise l'intercompréhension. Cette compréhension mutuelle est rendue possible parce que le langage repose sur trois prétentions : une prétention à la vérité, une prétention à la véracité et une prétention à la justesse. La première fait référence au monde extérieur et aux objets, la seconde aux sentiments vécus par le locuteur, et la troisième aux normes et aux croyances partagées. Pour qu'un acte de parole réussisse, c'est-à-dire pour qu'il y ait communication authentique et donc intercompréhension, celui qui le reçoit doit accepter ces prétentions »¹¹⁹.

La construction, puis le déploiement du plan d'actions en vue de sa réalisation sont donc étroitement liés à l'adhésion des salariés. Cela nécessite que les personnels dans leur ensemble soient impliqués dans la démarche de structuration et de mise en œuvre du projet. C'est le seul moyen pour que chacun puisse comprendre, accepter, intégrer et s'approprier la démarche.

3.2.1 Le projet d'établissement : levier/support de mobilisation de l'intelligence collective

Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité, l'établissement est entré dans la phase de préparation du projet d'établissement. J'ai voulu que son élaboration soit le fruit d'une réflexion participative ; les salariés, la déléguée du personnel et un représentant du centre communal d'action sociale (CCAS) ont été invités, depuis quelques semaines, à participer à différents groupes de travail pour identifier ce qui fonctionne bien, penser à nos axes de progrès, mais aussi à l'évolution de l'E.H.P.A.D. dans son contexte territorial. C'est ainsi que nous avons défini cinq axes de travail qui sont les suivants :

- prendre soin du résident,
- construire une Equipe structurée et solidaire,
- améliorer le cadre de vie,
- préserver notre environnement,
- ouvrir l'établissement à et sur son environnement.

C'est l'axe cinq qui permettra aux équipes de faire un travail réflexif et d'envisager le projet d'UVPHA dont j'ai antérieurement fait valider la communication aux équipes par ma hiérarchie.

¹¹⁹ DUBÉ B., FACAL J., MAZOUZ B., février 2009 « La communication, un outil de gouvernance des partenariats public-privé. Quelques enseignements tirés du cas « BonjourQuébec. com » », pages 291-306 (visité sur internet le 4 juin 2016), disponible sur internet : www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2009-2-page-291.htm.

En effet, l'écriture du projet d'établissement sera un moment clef pour atteindre les équipes, les informer, les sensibiliser, les interroger sur le devenir de l'E.H.P.A.D., d'autant que sa réécriture est légitimée puisqu'elle est une action inscrite dans la CT n°2 et une attente forte des évaluateurs qui ont conduit l'évaluation externe (EE).

Les personnels impliqués dans les groupes de travail seront alors particulièrement sensibles et réceptifs, surtout s'ils sont positionnés en tant qu'acteurs et peuvent y entrevoir leurs intérêts individuels et collectifs. P. BERNOUX dit que : « sans les acteurs, rien n'est possible. Les directions d'entreprise peuvent impulser toutes les nouveautés qu'elles souhaitent, si les exécutants ne donnent pas sens à ces changements et ne les portent pas, alors les innovations resteront lettre morte »¹²⁰.

Depuis quelques mois, le Conseil d'Administration (CA) souhaite que les directeurs présentent eux-mêmes leur projet d'établissement ; la communication que j'en ferai et sa validation par le CA permettra d'entériner ma démarche de direction.

Elle sera suivie d'une communication en conseil de la vie sociale (CVS) et auprès des instances représentatives du personnel (IRP).

Il sera de plus essentiel que le projet d'établissement vienne démontrer qu'une réflexion éthique institutionnelle a été conduite autour de l'accueil de ce public.

3.2.2 Communiquer pour susciter l'engagement du personnel

Je suis persuadée que le temps et l'espace seront des éléments déterminants pour communiquer sur la conduite du projet.

Le temps ne devra surtout pas être négligé d'autant que le projet engage une perspective de changement. Il permettra de communiquer très en amont et à espaces réguliers afin d'entretenir et de soutenir la communication. Je pense qu'il appartient au directeur de donner du sens à l'action, d'être l'animateur ; la pédagogie est importante, le champ sémantique aussi : le choix des mots utilisés devra permettre la compréhension de tous et notamment des personnels non qualifiés (agents de service hôteliers). Les salariés devront être considérés comme des acteurs à part entière de l'organisation.

J'entends par espace les différents groupes qui seront sollicités :

- le Comité de Pilotage (COFIL) composé des cadres et des agents de maîtrise :
L'équipe de direction est stable, mobilisée et travaille en cohésion dynamique. Elle est reconnue par le personnel de terrain pour son implication, ce qui ne laisse pas de

¹²⁰ BERNOUX P., novembre 2004, « *Sciences humaines* (n°154) - Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations », page (visité le 4 juin 2016), disponible sur internet : www.cairn.info/magazine-sciences-humaines-2004-11-page-48.htm.

place aux doutes quant à la fiabilité des démarches entreprises au bénéfice des résidents et de leurs familles.

Les cadres seront la courroie de transmission de l'information auprès des équipes de terrain ; ils donneront eux aussi le sens mais également de la légitimité aux actions.

- les Instances Représentatives du Personnel (IRP) seront associées et consultées, ce qui aura pour effet de rassurer le personnel sur le bien-fondé de la démarche.
- les réunions avec l'ensemble du personnel : j'anime toujours deux réunions (équipe/contre équipe) quand je m'adresse au personnel ce qui permet à chacun d'y participer, d'interagir, sur son temps de travail et d'entendre les mêmes informations dans un espace-temps de 48 heures (ce qui évite souvent les déformations).

Elles permettront de faire un lien d'approche transversale sur les différents axes du projet, de le rendre lisible, d'apporter les explications nécessaires.

3.2.3 Organiser les savoirs : plan de formation et partage d'expérience

La question de la gestion prévisionnelle des compétences est au cœur du projet ; elle concernera notamment la transmission de savoirs nouveaux. Cette question se pose immédiatement pour permettre une harmonisation des compétences afin de garantir l'intégration et l'accompagnement des résidents PHV.

C'est pourquoi, en amont de l'effectivité du projet, je construirai un plan de formation qui permettra aux personnels, toutes compétences confondues, d'acquérir les connaissances nécessaires avant l'accueil de ce nouveau public.

Le plan de formation sera porté à la connaissance des IRP qui pourront ainsi exprimer leur appréciation et leur questionnement.

Le temps dédié aux entretiens annuels d'évaluation sera accolé à un temps d'entretien professionnel désormais rendu obligatoire.

Les cadres seront mobilisés pour guider les salariés sur des formations et/ou sensibilisations à :

- la connaissance des risques liés à la santé des personnes handicapées vieillissantes,
- l'appréhension des caractéristiques du vieillissement des PHV,
- l'écoute et l'attention portées aux signes de changements observés,
- l'acquisition de modes de communication adaptée (en appui sur le savoir-faire de l'aidant).

Elles permettront aux personnels : « de favoriser une intelligence des situations »¹²¹ pour :

- avoir une bonne réactivité face à des situations pouvant orienter sur une alerte, la sollicitation d'un avis spécialisé (équipe mobile de psychiatrie), le réajustement du projet personnalisé d'accompagnement,
- acquérir une culture, un langage et un regard convergent qui devrait faciliter la compréhension dans les échanges professionnels et avec les aidants, autour de l'évaluation, des bilans de prise en charge des résidents.

Je solliciterai nos partenaires pour :

- construire et réaliser ces temps de formation interne,
- organiser des temps d'observation externes (immersion au sein d'autres structures).

3.2.4 Organiser la permanence au sein de l'UVPHA

Trois questions se posent d'emblée : Sera-t-il possible de valoriser des compétences individuelles et collectives ? Des moyens nouveaux seront-ils nécessaires ? Comment obtenir des moyens supplémentaires et lesquels pour faire un accompagnement qualitatif ?

Avant d'aborder l'organisation des compétences au sein de l'unité de vie, il me faut préciser que l'accueil sera séquentiel, l'unité sera ouverte et accessible aux résidents PHV de 10 heures 30 à 17 heures 30.

Les entretiens d'évaluation annuels des personnels de soin seront l'occasion de souligner les compétences acquises, de susciter leur intérêt et de mesurer leur propension à évoluer au sein de l'établissement et à vouloir expérimenter le travail d'accompagnement des résidents au sein de l'UVPHA.

Je donnerai la priorité aux personnels en CDI et ferai dans un premier temps appel à eux pour désigner et affecter les personnels qui s'engageront, sur le mode du volontariat, dans la mise en mouvement de cette unité dédiée. Si personne ne manifeste d'intérêt, j'y affecterai les AMP que je recruterai en regard de leur profil et des compétences attendues.

Je donnerai la possibilité à ceux qui voudront investir ces nouvelles missions d'envisager un turn-over, selon la même périodicité existante pour les changements d'étage, ce qui permettra :

- d'étendre les compétences à plusieurs personnes,
- d'éviter le cloisonnement de certains personnels,

¹²¹ JACOB P., Avril 2013, « Un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement – Rapport », page 37 (visité le 6 juin 2016), disponible sur internet : <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-pjacob-0306-macarlotti.pdf>

- de développer « l'œil écoute » pour enrichir le discernement,
- de prévenir les risques psycho-sociaux,
- d'éviter l'usure professionnelle, la lassitude.

Les rencontres et les réponses obtenues à mon questionnaire d'enquête (Cf. annexes 5 – 12 – 13) m'ont permis de voir que ce sont soit des moniteurs éducateurs, soit des aides médico-psychologiques (AMP) qui ont été choisies pour renforcer les compétences déjà assises au sein des établissements.

Je ferai le choix d'écarter les moniteurs éducateurs car je pense que la personne handicapée vieillissante est une personne adulte qui n'a plus de besoin éducatif, n'a plus l'envie de se réaliser dans le faire au sens de l'accomplissement d'une tâche (travail) puisqu'elle exprime son envie de se reposer et sa fatigabilité. Les AMP seront à mon sens plus adaptées et compétentes pour participer au soutien de leur vie sociale, à la réalisation d'activités créatives, à leur écoute.

C'est pourquoi pour accompagner les usagers, j'augmenterai le ratio des AMP, la quotité des temps de travail de la psychologue, de l'animatrice et je recruterai un 0,30 ETP d'ergothérapeute (poste déjà acquis dans la CT n°2 mais non utilisé) qui permettra de répondre aux besoins d'évaluation et de conseil sur les orientations à prendre, devant l'évolution des déficiences des PHV.

Une communication et une négociation avec les autorités de contrôle et de tarification seront nécessaires. Elles seront sollicitées pour l'octroi de moyens complémentaires. Les ETP existants aujourd'hui seront insuffisants pour favoriser un accompagnement de qualité et bienveillant. La forte notoriété du Président de l'association et plus largement du CA pourrait être un atout que je ne négligerai pas et dont je mesurerai l'intérêt avec ma hiérarchie pour appuyer les échanges et la concertation concernant l'accompagnement des demandes de moyens auprès de l'ARS et du CD.

Je songe à cette possibilité car l'ARS et le CD sont des partenaires qui n'hésitent pas à solliciter le Groupe pour déployer des expérimentations conduites dans les E.H.P.A.D., je pense notamment aux lits de soins palliatifs qui ont été récemment installés dans un E.H.P.A.D. du Groupe.

Partant du principe que le ratio d'encadrement devra être sensiblement équivalent à celui dont je dispose actuellement, j'ai évalué les moyens nouveaux nécessaires à 2,40 ETP qui se répartiront comme suit ; ils auront une incidence sur les sections budgétaires :

- les deux AMP :
 - 0,30 ETP sur la section dépendance => 0,60 ETP
 - 0,70 ETP sur la section soins => 1,40 ETP

- Le temps de psychologue :
 - 0,20 ETP La section dépendance
- Le temps de l'animatrice :
 - 0,20 ETP sur la section hébergement

L'animatrice qui exerce à 0,80 ETP pour 1 ETP budgété demande depuis quelques mois à reprendre son activité à temps plein.

	2016	RATIO	2019-2020	RATIO
Section Hébergement	15.80 ETP	0,23 ETP	16 ETP	0,20 ETP
Section Dépendance	8.73 ETP	0,12 ETP	9,53 ETP	0,12 ETP
Section Soins	15.44 ETP	0,22 ETP	16,84 ETP	0,21 ETP
Total ETP	39.97	0,57 ETP	ETP	0,53 ETP
<i>dont ETP à temps partiel</i>	6.86			
<i>dont ETP à temps plein</i>	33			

La masse salariale globale ne devrait pas être fortement impactée car le glissement vieillesse technicité permettra d'amortir les coûts financiers de l'institution. En effet quatre départs à la retraite sont prévus d'ici à 2020 et j'organiserai des recrutements de personnels plus jeunes ayant moins d'ancienneté.

La projection salariale montre une variation positive de 71744 € selon la répartition suivante :

Chiffrage du recrutement par section tarifaire et métier				
	Hébergement	Dépendance	Soin (S)	
AMP	-	17 097,51	39 894,19	56 991,70
Psychologue	-	8 573,97	-	8 573,97
Animatrice	6 178,30	-	-	6 178,30
Totaux	6 178,30	25 671,48	39 894,19	

Chiffrage du recrutement par section tarifaire et comptes de charges				
	Hébergement	Dépendance	Soin (S)	
641000	4 145,40	17 224,56	26 767,44	48 137,40
6451000	1 355,27	5 631,28	8 751,17	15 737,72
6311000	677,63	2 815,64	4 375,58	7 868,86
Totaux	6 178,30	25 671,48	39 894,19	

La section S est une section sensible puisqu'elle est calculée sur la base de la validation du PMP, cependant dans le cadre de la signature des CPOM, il devrait être possible de faire intégrer sa modification à la hausse. En effet notre PATHOS a été réévalué par le médecin coordonnateur en mai 2016 : il est à 198 (+ 44 points).

L'inspectrice de l'ARS auprès de laquelle je souhaitai faire acter cette hausse, m'a suggéré de faire une demande de crédit de médicalisation en lieu et place de la révision du PMP. L'ARS refuse d'examiner toute nouvelle demande concernant leur révision dans la mesure où nous sommes à l'aube des CPOM. En effet la CT n° 2 va échoir alors que les CPOM seront obligatoires.

Il est vrai que les futurs résidents PHV ne donneront pas ou peu de points pour le calcul du PMP ; cependant l'augmentation fortement marquée de la dépendance et des pathologies associées au grand âge des personnes âgées qui rejoignent la structure devrait permettre d'équilibrer celui-ci.

Des compétences externes, acquises dans le cadre d'un conventionnement, permettront d'ajouter quelques heures de participation de moniteurs éducateurs issus des associations partenaires. Ils participeront à la réalisation du projet de vie des PHV.

3.3 Concilier projets de vie et singularité des publics

L'accueil de ce nouveau public pose d'emblée la question de son intégration, de sa situation au sein de l'établissement : faut-il que je favorise leur socialisation en organisant un accueil diffus ou plutôt leur placement dans une unité spécifiquement dédiée ?

Je pense qu'une réponse de type binaire n'est pas la solution. En effet, je considère que si nous voulons pouvoir observer une modification de l'état de santé ou du comportement des résidents PHV, si minime soit-il, c'est par l'attention fine qui sera portée et permise par une unité « contenante », que nous pourrons envisager un réexamen rapide du projet personnalisé qui permettra d'opérer le ou les réajustements nécessaires à la poursuite de leur accompagnement.

C'est pourquoi je ferai le choix de les orienter dans l'UVPHA (unité de vie pour personne handicapée âgée) qui leur sera accessible en journée, de 10 h 30 à 17 h 30, et dévolue à l'organisation et au soutien de leur vie sociale, au bénéfice de la préservation et de l'entretien de leurs acquis.

En effet, je ne souhaite pas que les personnes accueillies dans cette unité courent le risque d'une stigmatisation. La souplesse de l'accueil sera déterminante pour éviter cet écueil ; en conséquence il y aura une organisation des animations qui permettra la rencontre et la mixité des publics. Ils auront un accès privilégié dans cette unité distincte mais seront, comme Thérèse et Jacky, logés dans une chambre individuelle au cœur de l'établissement (dans les différents secteurs), partageront leur repas avec les autres résidents et auront ainsi la liberté d'aller et venir dans l'ensemble de la résidence.

C'est ce qui a permis à T. et J. de ne pas être perçus par les familles et les autres résidents comme des personnes différentes, le regard porté sur eux est un regard bienveillant. Comme le souligne E. GOFFMAN : « Etre avec quelqu'un, c'est arriver en sa compagnie ... à faire partie de son groupe ... Le point important est que, dans certaines circonstances, l'identité sociale de ceux avec qui se trouve un individu peut servir de source d'information sur son identité sociale à lui, partant de l'hypothèse qu'il est ce que les autres sont »¹²².

3.3.1 Réaliser le projet de vie pour faciliter l'inclusion en E.H.P.A.D.

Pour réaliser le projet de vie d'une personne et respecter sa singularité, il est essentiel de toujours bien connaître la qualification et les retentissements de son affection pour aborder qualitativement la question du projet de vie et en faciliter sa réalisation.

Pour Philippe GABAÏ, ancien directeur d'une structure d'accueil qui regroupe neuf cent résidents handicapés à la Force en Dordogne : « La modeste expérience acquise par la Fondation John-Bost en matière d'accompagnement et de soins des personnes handicapées vieillissante autorise à poser que ce projet, bien que difficile, est possible ... Quelles que soient les formules institutionnelles choisies (et elles sont variables en fonction de la nature et de l'intensité des difficultés rencontrées par les personnes handicapées, il ne faut pas perdre de vue que l'avancée en âge positionne le soin (au sens large) comme une exigence prépondérante »¹²³.

La réalisation du projet de vie ou projet personnalisé d'accompagnement (PPA) doit répondre à un préalable éthique, de grands principes posés par la Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale : « Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché »¹²⁴.

¹²² GOFFMAN E., 1975, Stigmate, Dépôt légal 2012, Lonrai : Les éditions de minuit, 170 p.

¹²³ ZRIBI G., BONFILS F., GABBAI Ph., 2012, Le vieillissement des personnes handicapées mentales, 3^{ème} édition, Mayenne : Presses de l'EHESP, 166 p.

¹²⁴ LEGIFRANCE, Janvier 2002, « LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale », section 2 – 3° (visité le 10 juin 2016), disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/1/2/2002-2/jo/texte>

Il est en effet impensable de ne pas faire participer la personne à l'élaboration de son projet de vie, même s'il est quelquefois compliqué de faire participer pleinement l'utilisateur.
« Le préalable essentiel réside dans le partage des informations entre les proches aidants, les intervenants professionnels et les personnes elles-mêmes qui doivent savoir le maximum de ce qui les concerne quant à leur état de santé et leur situation, y compris lorsque leur handicap est sévère. ... C'est également une des conditions pour que la prévention puisse donner tous les résultats qui en sont attendus »¹²⁵.

A l'entrée à l'E.H.P.A.D. d'un nouveau résident PHV, l'équipe pluridisciplinaire s'appuiera sur le projet de vie qui a été élaboré dans la structure d'hébergement initiale pour éviter toute rupture brutale de son parcours et de son accompagnement quotidien.

Ce projet initial fera cependant l'objet d'une réévaluation qui sera réalisée dans une démarche de co-construction, dans le mois qui suivra l'entrée de la personne handicapée vieillissante, de façon à :

- identifier rapidement et en concertation, les attentes et besoins individuels et singuliers de chaque résident,
- partager les observations des personnels sur les changements positifs ou négatifs avec celles exprimées par le résident et/ou ses proches.

L'équipe pluridisciplinaire sera associée à l'élaboration du projet de vie, le résident sera invité à y participer, son parent âgé ou les frères et sœurs seront conviés pour y apporter leur éclairage mais surtout accompagner et rassurer le résident. Les professionnels tiennent dans cette instance une place subtile qui : « consiste à créer un cadre facilitant une expression différenciée des attentes : celles de la personne, celles des proches, celles du représentant légal »¹²⁶.

Une attention toute particulière sera portée au respect des souhaits de la personne concernée qu'il s'agisse de sa participation et de son expression, dans la mesure de la faisabilité des besoins exprimés et des objectifs qui seront définis.

La Loi ASV repose le même principe éthique que celui de la Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 concernant la recherche du consentement des personnes : « Une prise en charge et un

¹²⁵ IGAS, Octobre 2013, « L'avancée en âge des personnes handicapées – Contribution à la réflexion – Rapport tome I – GOHET P. », page 24 (visité le 10 juin 2016), disponible sur internet : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Avancee_en_ages_des_PH_TOME_I_DEF.pdf

¹²⁶ ANESM, Janvier 2009, « Les attentes de la personne et le projet personnalisé », page 14 (visité le 17 mai 2016), disponible sur internet : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet.pdf

accompagnement individualisé ... respectant son consentement éclairé ... A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché¹²⁷».

Le projet de vie sera ensuite réexaminé une fois par an, à moins qu'un évènement ne nécessite de le réévaluer en fonction d'une observation sujette à préoccupation pour le résident.

Au cours des évaluations externes qui ont été conduites dans les établissements du Groupe, l'accent avait été mis sur la nécessité pour chaque résident de disposer d'un projet personnalisé d'accompagnement. C'est ainsi que depuis 2014, j'ai impulsé une dynamique forte de réalisation des PPA pour chacun des résidents. Il paraîtrait impensable aujourd'hui aux personnels que cette règle absolue ne soit plus de mise.

En effet, chacun, au regard du chemin parcouru, a pu mesurer que le PPA est un fabuleux outil de communication, de régulation qui, au-delà de sa fonction de mise en œuvre des objectifs définis pour le résident, facilite les relations avec son entourage, permet de créer la confiance, voire d'apaiser des tensions naissantes.

Une attention particulière sera portée sur la participation effective des familles, en effet, plus que pour tout autre résident, les familles auront besoin d'être considérées, de se sentir écoutées et entendues. Les résidents PHV sont souvent considérés par leurs parents comme étant fragiles et vulnérables à l'égal de ce que pourraient être le risque envisagé pour des enfants.

3.3.2 Préserver et entretenir le lien avec les précédents lieux de vie pour favoriser l'intégration

Dès son plus jeune âge l'être humain, avant même d'être en capacité de parler, cherche à établir le contact, pour entrer notamment en relation avec sa mère, il communique avec elle par le regard. C'est ainsi que naît la satisfaction à exister dans le regard de l'Autre, la sensation de plénitude et la confiance. Tout être humain a besoin d'entretenir des relations pour se sentir vivant, pour exister, avoir une utilité sociale.

Le résident handicapé vieillissant n'est pas différent, il est primordial qu'il puisse garder des liens avec son précédent lieu de vie et les personnes qu'il aura côtoyées une majeure partie de son existence.

¹²⁷ LEGIFRANCE, Juin 2016, «LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 – Titre II - Chapitre IV - Section 1 - Article 27 – art. L311-3 (V)», page (visité le 19 juin 2016), disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731&dateTexte=20160619><https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731&dateTexte=20160619>

En fonction de son parcours de vie, il sera issu du domicile ou d'une institution médico-sociale : foyer de vie, ESAT. Les personnes avec lesquelles il aura tissé des liens seront certes différentes (parents, usagers, professionnels) mais auront un rôle majeur à jouer pour favoriser son bien-être et son intégration progressive au sein de l'établissement.

La réalisation précoce du projet de vie permettra de repérer l'environnement relationnel du résident. C'est ce qui permettra d'en dessiner les contours afin de favoriser autant que possible le maintien des liens amicaux, familiaux et d'évaluer les possibilités de communication.

Si le maintien de ces relations ne s'avérait pas possible, il m'appartiendra avec les équipes, en appui sur notre projet d'animation, d'anticiper afin de trouver le moyen de prévenir l'isolement social du résident.

3.3.3 Construire un plan d'activités pour favoriser la vie sociale et la mixité des populations

L'un des premiers éléments que j'ai revisité à ma prise de poste fut l'organigramme. En effet entre autre fonctions, il m'est apparu indispensable d'être en lien hiérarchique direct avec l'animatrice.

Ce lien de subordination me permet de piloter au plus près la vie sociale des résidents de l'E.H.P.A.D. et de faire évoluer la dynamique de celle-ci ; en effet elle revêt à mes yeux une importance capitale. Les résidents de Rémy François bénéficient d'une vie sociale particulièrement riche et diversifiée. La palette des activités est large, ils peuvent participer à des activités :

- mémorielles (atelier mémoire, chansons à trou, jeu de cartes, scrabble ...),
- manuelles (peinture, tricot, collage, jardinage, atelier culinaire),
- intellectuelles (conférences, atelier lecture, visite de musée),
- physiques (gymnastique SIEL BLEU),
- détente bien-être (massage mains pieds – atelier coiffure – atelier beauté),
- intergénérationnelles (visite des enfants de la garderie, concert de l'école de musique, déplacement sur le club du 3^{ème} âge du village),
- récréatives (spectacles : musical, interprétations de chansons, music-hall),
- extérieures (balades au bord du Rhône, pique-nique dans le jardin, journée à Charmanon, rencontre des résidents d'autres E.H.P.A.D.),
- ayant une dimension de maintien de la fonction sociale (boutique âge d'or, organisation de sorties pour effectuer des achats en boutique, déjeuner des hommes).

Cependant, le projet d'animation n'a jamais été formalisé. C'est pourquoi, il sera rédigé à l'occasion de la réécriture du projet d'établissement.

Il tiendra compte de l'arrivée future de résidents PHV. Ils seront plus jeunes que les résidents PA et demanderont certainement à bénéficier de plus de temps d'animation. La diversité des activités est déjà très large ; elle sera surtout orientée sur l'ouverture de séjours vacances en partenariat avec les Petits Frères des Pauvres.

L'animatrice et les bénévoles intervenants au sein de l'établissement seront sollicités pour faire de nouvelles propositions d'animations ; des conventions complémentaires seront alors signées, en tant que de besoin (Cf. annexe 14).

Dans l'attente de nouvelles élections, je consulterai la présidente du CVS pour inviter les résidents PHV à assister aux réunions et ainsi pouvoir requérir leur avis.

La résidence est de plus dotée d'une borne mélo que j'ai acquis dans le cadre d'un subventionnement. Elle offre un large répertoire qui permet d'écouter librement de la musique classique et des chansons variées ; elle permet d'animer une activité karaoké. D'un usage facile, elle est de plus équipée de roulettes qui en font une borne « nomade » et accessible à tous.

Ils devraient pouvoir également bénéficier de séance de balnéothérapie sèche en complément de l'activité détente bien-être existante. J'ai instruit un dossier de financement « + de vie » auprès de la fondation des Hôpitaux de France (Pièces Jaunes) pour m'aider à acquérir un lit de flottaison et en diminuer le coût d'acquisition.

Thérèse et Jacky participent activement avec les autres résidents à l'ensemble des animations proposées. Quand ils sont fatigués, comme les résidents plus âgés, ils déclinent l'invitation de l'animatrice.

Je ne peux que souhaiter que les activités proposées à l'ensemble des résidents leur permettent de se rencontrer, de s'épanouir, de se sentir vivants dans une structure où la bienveillance et la recherche de la qualité de vie sont les lignes directrices d'un projet qui se veut au service exclusif du mieux vivre. Puissent-elles leur faire oublier la dimension collective qui quelquefois vient contraindre et bousculer le besoin d'intimité.

3.3.4 Les indicateurs au service de l'évaluation du projet

Avant d'envisager les critères qui permettront de conduire l'évaluation du projet, il me semble intéressant de citer CONTANDRIOPOULOS : « Évaluer consiste fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention en mettant en œuvre un dispositif permettant de fournir des informations (...) sur une intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes, de façon à ce que les différents acteurs

concernés (...) soient en mesure de prendre position sur l'intervention et de construire un jugement qui puisse se traduire en actions »¹²⁸.

Pour l'ANESM qui recommande aux établissements d'évaluer leurs actions : « évaluer les effets, c'est apprécier les changements ou apports, attendus ou effectifs, prévus ou imprévus, pour les usagers ..., que vise une intervention et pour lesquels on peut raisonnablement dire qu'ils ont été influencés par un aspect de l'accompagnement »¹²⁹.

L'évaluation doit permettre de :

- donner une information pour améliorer une action en cours,
- mesurer les actions conduites avec l'ensemble des personnels de l'Equipe,
- déterminer les effets d'une action pour décider s'il faut la maintenir, la transformer ou l'interrompre.

L'évaluation d'un projet est indispensable, elle consiste à s'assurer de sa pertinence et de son efficience, elle permet de l'optimiser. C'est un support d'aide à la prise de décision pour le directeur et ses collaborateurs.

C'est pourquoi en amont, dès la construction du projet je penserai à son évaluation et choisirai des indicateurs qui permettront de mesurer son efficacité (retentissement sur l'usager). Plus concrètement, les indicateurs devront me permettre de mesurer :

- les bénéfices pour les résidents PHV et PA. L'apport que pourra offrir le partage de la vie quotidienne des PA et PH est intéressant. J'ai pu observer Thérèse (T) ^{NB} et Jacky (J) ^{NB} et les bénéfices à double flux que procurent les « services » qu'ils rendent aux personnes âgées. T. et J. sont heureux de nouer une serviette, d'accompagner un résident en fauteuil roulant et se sentent capables de réaliser des actes qui donnent du bonheur aux résidents qui apprécient à leur tour la gentillesse et l'attention qui leur sont portées.
- le degré de satisfaction de chacun des résidents de l'établissement,
- l'acquisition d'un savoir-faire nouveau et d'une culture nouvelle pour les professionnels,
- la motivation et la satisfaction des personnels.

¹²⁸ INPES, janvier 2013, « Evaluation en santé publique – Concepts et méthodes », page (visité le 19 juin 2016), disponible sur internet : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/evaluation/concepts.asp>

¹²⁹ ANESM, juillet 2009, « La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services », page 21 (visité le 19 juin 2016), disponible sur internet : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_conduite_evaluation_interne_anesm.pdf

^{NB} J'utilise l'initiale du prénom des résidents, non par manque de respect mais pour éviter de réécrire plusieurs fois leurs prénoms respectifs

Les indicateurs que je choisirai seront les suivants :

- réalisation des objectifs inscrits dans les fiches actions du projet d'établissement,
- évaluation de la satisfaction des personnels au travers des entretiens annuels conduits,
- nombre de participation dans les différentes activités des PHV et PA,
- mise en perspective des actions de formation inscrites au plan de formation et participation effective des professionnels,
- degré de satisfaction des usagers mesurables au travers d'une enquête de satisfaction,

Le questionnaire pourrait être co-construit et travaillé au cours de la tenue d'un CVS

- nombre de participation des partenaires pour la réalisation des PPA,
- nombre de participation des résidents PHV aux animations,

Le logiciel de soins permet d'entrer pour chaque résident le suivi des participations aux différentes animations

- nombre de participation des résidents PHV à la commission d'animation.

Pour ce qui concerne la planification des actions à court, moyen et long terme, j'utiliserai la plateforme AGEVAL - logiciel qui permet la construction informatisée de plan d'actions. J'ai pu obtenir une session test pour poser quelques objectifs et leurs échéances. D'un usage facile et ludique il me sera d'une grande utilité puisque outre la visualisation concrète du plan d'actions généré, il crée des alertes automatiques de relance sur les échéances à respecter concernant la réalisation des objectifs (Cf. annexe 15).

Les indicateurs ne seront pas figés et évolueront avec les réajustements qui pourront s'opérer au fil du temps.

Rémy François est un établissement dynamique, dont l'une des préoccupations concerne l'amélioration constante et progressive de la qualité de vie et d'accompagnement des résidents.

Je nourris l'espoir que ce projet innovant, puisse retenir l'attention favorable du Conseil d'Administration et des autorités de contrôle et de tarification en vue de sa réalisation. Puisse son évaluation, par extension, démontrer l'intérêt de sa réalisation et contribuer à l'avancement des savoirs acquis dans sa mise en œuvre : transfert de connaissances qui pourraient orienter sur la promotion de celui-ci voire sur un transfert de pratiques, utilisables par d'autres sur un territoire. La diffusion de ce mémoire auprès des membres du CA pourrait servir utilement le projet du Groupe.

Conclusion

Le travail de recherche documentaire que j'ai effectué pour la rédaction de ce mémoire m'a permis, outre la découverte et la connaissance d'un secteur dont j'ignorai tout ou presque, de murir et de formaliser mon projet d'accueil de personnes en situation de handicap mental confrontées à l'avancée en âge. Il m'a fait découvrir toute la complexité de la législation et des financements du secteur. J'ai été surprise par l'avalanche des rapports qui sont rédigés par différents acteurs qui viennent analyser, évaluer l'action publique et émettre des préconisations.

Les investigations conduites m'ont donné la possibilité de rencontrer et de partager des informations avec des professionnels du champ du handicap dont j'ai apprécié la disponibilité, la qualité et la sincérité des échanges.

Au travers de la réalisation de ce mémoire j'ai redécouvert le plaisir d'écrire. Il a inscrit ma trajectoire professionnelle dans une démarche de progression.

Dans les prochaines semaines je vais pouvoir déposer mon dossier projet auprès de l'ARS et du CD pour, je l'espère, faire entendre sa pertinence et emporter l'adhésion des autorités de tarification afin d'entériner sa mise en œuvre.

Je pense grâce à ce mémoire disposer de tous les éléments nécessaires à l'argumentation du projet en lequel je crois. J'espère dans sa réalisation future pouvoir démontrer qu'il faut savoir s'ouvrir à de nouvelles initiatives et offrir des réponses différentes aux personnes que nous accompagnons.

En ma qualité de directrice, je suis prête à participer à l'élaboration d'une recommandation de bonnes pratiques professionnelles afin de diffuser l'expérience et pouvoir de ma modeste place participer à l'évolution des politiques publiques.

La mutualisation des moyens par une mise en réseau de l'ensemble des partenaires peut conduire j'en suis sûre à un rapprochement des secteurs pour créer une unité dans la réflexion du parcours des usagers et permettre la création d'un outil commun d'évaluation de pertes de capacités des personnes.

Tout au long de la construction de ce projet, Thérèse et Jacky n'ont pas quitté mes pensées, je sais qu'il est possible de contribuer à leur équilibre de vie et d'apporter du bonheur à ces résidents handicapés vieillissants. Ils savent se faire apprécier des personnes âgées auxquelles ils proposent spontanément de l'aide redécouvrant ainsi qu'ils ont des capacités. Elles participent et c'est loin d'être négligeable à leur « renarcissisation ».

La citation de F. HUNDERTWASER a pris ici tout son sens pour moi, je crois qu'il est possible de rêver (penser) et que si les professionnels rêvent (pensent) ensemble à une nouvelle réalité pour les usagers, c'est le début d'une possible alliance : complémentarité des compétences au service d'un parcours sans rupture, de l'épanouissement, dans le respect de la singularité et de la différence des personnes accompagnées.

Ce projet innovant participera peut-être de l'évolution des représentations et de la disparition progressive de la stigmatisation sous-jacente : vision négative de la vieillesse et de la perte d'autonomie qui quelquefois perdure.

Bibliographie

ARTICLES – REVUES

- ANIMAGINE., N°95 : « Dossier – L'accueil de personnes handicapées vieillissantes ». Mars 2016, Langres, Pétrarque, 52 p.
- DIRECTIONS., N°116 : « Entretien avec Patrick GOHET – Anticiper le phénomène de l'avancée en âge ». Décembre 2013, Montrouge, Editions législatives, 47 p.
- E.H.P.A.D. Magazine, Numéro 18. Disponible sur internet : <http://www.atout-synergia.fr/wp-content/uploads/2013/12/E.H.P.A.D.-Magazine-N%C2%B018.pdf>
- GERONTOLOGIE ET SOCIETE., Disponible sur internet : <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2004-3-page-47.htm>
- GEROSCOPIE., Procédures d'appels à projets : quoi de neuf. Disponible sur le site : http://www.geroscopie.fr/procedure-d-appels-a-projets-quoi-deneuf_2F689E558A4797.html
- INFORMATIONS SOCIALES., Les processus de mise sur agenda : sélection et construction des problèmes publics. Disponible sur le site : www.cairn.info/revue-informations-sociales-2010-1-page-50.htm.
- REVUE FRANCAISE D'ADMINISTRATION PUBLIQUE., N°130 : « La communication, un outil de gouvernance des partenariats public-privé - Quelques enseignements tirés du cas « Bonjourquébec. com » ». Disponible sur internet : www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2009-2-page-291.htm.
- REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES., N°2 : « Éléments d'information sur la législation en faveur des personnes handicapées en France : de la loi de 1975 à celle de 2005 ». Disponible sur internet : www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-2-page-207.htm.
- SCIENCES HUMAINES., N°154 « Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations ». Disponible sur internet : www.cairn.info/magazine-sciences-humaines-2004-11-page-48.htm.

CAHIER DES CHARGES – ETUDES – PLAN D'ACTION - RAPPORTS – RECOMMANDATIONS – SCHEMA

- A.N.C.R.E.A.I., Les politiques territoriales en faveur des personnes âgées à travers les schémas départementaux et régionaux d'organisation médico-sociale. Disponible sur internet : http://ancreai.org/sites/ancreai.org/files/pol_terr_pa_ancreai_web_1.pdf
- ANESM., L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes », Disponible sur internet : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM-RBPP-Adaptation_Personnes_handicapees_vieillissantes-Interactif.pdf

- A.N.E.S.M., Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Synthèse - La bientraitance, définition et repères pour la mise en œuvre. Disponible sur le site : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/Anesm_synthese-bleu-bientraitance.pdf
- A.N.E.S.M., Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. La conduite de l'évaluation interne dans l'établissement et les services visés. Disponible sur le site : <http://www.anesm.sante.gouv.fr/>
- ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Disponible sur internet : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet.pdf
- ARS Nord Pas de Calais., Cahier des charges expérimental prise en charge des personnes handicapées âgées en E.H.P.A.D. au sein d'unité de vie. Disponible sur internet : http://www.uniopss.asso.fr/resources/npca/pdfs/2013/04_avril2013/CAHIERDESCHARGE_SEXPERIMENTAL.pdf
- ARS Rhône Alpes, Schéma régional d'organisation médico-sociale. Disponible sur internet : http://www.prs-rhonealpes.fr/fileadmin/Documents/Supports_PRS_Telechargement/SROMS.pdf
- CISAME., Analyse de la littérature internationale sur les dispositifs et pratiques spécifiques pour l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes. Disponible sur internet : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Revue_Litterature_CISAME-ANESM.pdf
- CNSA., La lettre de la CNSA « Gouvernance, le conseil de la CNSA singulier et pluriel », Disponible sur internet : <http://www.lalettrecnsa.cnsa.fr/lettre13/gouvernance/le-conseil-de-la-cnsa-singulier-et-pluriel.html>
- CNSA., Les mémos de la CNSA. Disponible sur internet : <http://www.cnsa.fr/documentation/cnsa-memo-16.pdf>
- CNSA., Manuel d'accompagnement du GEVA – Disponible sur internet : http://www.cnsa.fr/documentation/manuel_geva_mai_2008-2.pdf
- CONSEIL DE L'EUROPE., Plan d'action du Conseil de l'Europe pour la promotion des droits et de la pleine participation des personnes handicapées à la société : améliorer la qualité de vie des personnes handicapées en Europe 2006-2015. Disponible sur internet : http://www.coe.int/t/dg3/disability/ActionPlan/PDF/Rec_2006_5_Francais.pdf
- CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL., Section des affaires sociales - Avis adopté par le conseil économique et social. Disponible sur internet : <http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/98/98112522.pdf>
- CONSEIL GENERAL, mars 2016, « Schéma autonomie du département de l'Isère 2011-2015 », page 12 (visité le 13 mars 2016), disponible sur internet : https://www.isere.fr/mda38/professionnel/pa/Documents/Schema_autonomie_2011-2015.pdf
- COUR DES COMPTES., Rapport CNSA1 - Les conditions de mise en place et d'affectation des ressources de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Disponible sur internet : <http://www.cnsa.fr/documentation/rapportcnsa1.pdf>

- COUR DES COMPTES., La mise en œuvre des missions de la CNSA. Disponible sur internet : <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/La-mise-en-aeuvre-des-missions-de-la-CNSA>
- CREAL., Observation médico-sociale régionale - Focus personnes handicapées vieillissantes. Disponible sur internet : <http://www.creai-ra.com/Dialogues-Acteurs/Dossiers-publications/Rapports>
- Denis PIVETEAU, Rapport « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leur proches. Tome 1. Disponible sur internet : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_zero_sans_solution_.pdf
- DISABILITY ASSESSMENT OF DEMENTIA (DAD)., Disponible sur internet : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/dus/durehabilitationneuropsych/echelleDemenceDADRotrou.pdf>
- DREES., Etudes et résultats – N° 390 Avril 2005. Les jeunes relevant de l'amendement Creton. Disponible sur internet : http://www.vie-publique.fr/documents-vp/drees_etud390.pdf
- DREES., Etudes et résultats – N° 180 Mai 2013. Les établissements et services pour adultes handicapés – Résultats de l'enquête ES 2010. Disponible sur internet : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat180.pdf>
- IGAS., Rapport annuel de l'IGAS 2006 – La dimension européenne des politiques sociales. Disponible sur internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000882.pdf>
- IGAS., Rapport tome I - L'avancée en âge des personnes handicapées – Contribution à la réflexion. Disponible sur internet : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Avancee_en_ages_des_PH_TOME_I_DEF.pdf
- INPES, janvier 2013, « Evaluation en santé publique – Concepts et méthodes. Disponible sur internet : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/evaluation/concepts.asp>
- KPMG, Observatoire des E.H.P.A.D.. Disponible sur internet : <http://www.kpmg.com/fr/fr/issuesandinsights/articlespublications/pages/observatoire-ehpad-2014.aspx>
- GISSEROT H., « Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix », page 9 (visité le 9 juillet 2016), disponible sur internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000235.pdf>
- Pascal JACOB., Rapport – Un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement. Disponible sur internet : <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-pjacob-0306-macarlotti.pdf>
- ODAS., La lettre de l'ODAS – Les dépenses départementales d'action sociale en 2014 : le doute n'est plus permis. Disponible sur internet : <http://odas.net/Lettre-de-l-Odas-Depenses-departementales-d-785>
- ODAS., Cahiers de l'ODAS - Service des allocations de soutien à l'autonomie où en est-on ? Disponible sur internet : http://odas.net/IMG/pdf/cahier_de_odas_decembre_2015.pdf

- ODAS., Cahiers de l'ODAS – Du soutien à la dépendance au soutien à l'autonomie. Disponible sur internet : <http://odas.net/Du-soutien-a-la-dependance-au-soutien-a-l>
- O.M.S., Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Disponible sur internet : <http://www.who.int/fr/>
- O.M.S., Vieillesse et santé – Aide-mémoire n° 404. Disponible sur internet : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/fr/>
- RESEAU QUEBECOIS DE RECHERCHE SUR LE VIEILLISSEMENT., Banque d'instruments francophones de mesure. Disponible sur internet : http://www.rqrv.com/fr/banque_inst.php
- RHONE LE DEPARTEMENT., Schéma départemental 2009-2013 – accompagner vers l'autonomie personnes âgées et personnes handicapées. Disponible sur internet : https://www.rhone.fr/solidarites/personnes_agees/action_du_departement/le_schema_pa_ph_2009_2013
- SENAT., Application de la Loi du 11 février 2005 : Question écrite n° 12006 de Mme Christiane Demontès. Disponible sur internet : <http://www.senat.fr/questions/base/2010/qSEQ100212006.html>
- SENAT., Travaux parlementaires - Loi handicap, pour suivre la réforme. Disponible sur internet : <http://www.senat.fr/rap/r06-359/r06-35914.html#toc104>
- SERAFIN-PH., Nomenclatures, besoins et prestations détaillées. Disponible sur internet : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/nomenclatures_serafinphdetaillees_mars_16.pdf
- SERAFIN-PH., Journal de projet. Disponible sur internet : <http://journaldeprojet-cnsa-dgcs-sgmapjournaldeprojetserafin.cmail1.com/t/ViewEmail/t/1F17ACCCB80DFD0A/D33B9D26F00A20AB9A8E73400EDACAB4>

LOIS – DECRETS

- CASF., Décembre 2015 – Article L313-1-1. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006797757&dateTexte=&categorieLien=cid>
- LEGIFRANCE., JORF du 3 janvier 2002 page 124 – texte n° 2. LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/1/2/2002-2/lo/texte>
- LEGIFRANCE., JORF n° 36 du 12 février 2005 – texte n°1. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&categorieLien=id>
- LEGIFRANCE., LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731&dateTexte=20160619>
- LEGIFRANCE., Décret n° 2016-801 du 15 juin 2016 modifiant la procédure d'appel à projets et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des

familles. JORF n° 0140 du 17 juin 2016. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/6/15/AFSA1606291D/jo/texte/fr>

- LEGIFRANCE., Code de l'action sociale et des familles - Article L313-1-1. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006797757&dateTexte=&categorieLien=cid>

OUVRAGES

- BOUSSAGUET L., JACQUOT S., RAVINET P., 2010, Dictionnaire des politiques publiques, 3^{ème} édition actualisée et augmentée, Paris, Presses de Sciences Po., 771 p.
- Collectif d'auteurs, 2015, L'année de l'action sociale 2016, Paris, Dunod, 312 p.
- CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, L'acteur et le système, 1^{ère} édition, Paris, Editions du Seuil, 500 p.
- DESHAIES JL., 2014, Stratégies et management : briser l'omerta, Rennes, Presses de l'EHESP, 269 p.
- DICTIONNAIRE DE L'ACADEMIE FRANCAISE, neuvième édition, version informatisée, Disponible sur internet : <http://atilf.atilf.fr/academie9.htm>
- GOFFMAN E., 2012, Stigmate, édition française, Lonrai, Les éditions de minuit, 170 p.
- LIBERMAN R., 2015, Handicap et maladie mentale, 9^{ème} édition, Mayenne, Presses universitaires de France, 127 p.
- LOCHEN V., 2016, Comprendre les politiques sociales, 5^{ème} édition, Paris, Dunod, 458 p.
- ZRIBI G., BONFILS F., GABBAI Ph., 2012, Le vieillissement des personnes handicapées mentales, 3^{ème} édition, Mayenne : Presses de l'EHESP, 166 p.

SITES INTERNET

- HANDICAP.FR., Déficience intellectuelle et handicap mental par l'UNAPEI. Disponible sur internet : <https://informations.handicap.fr/art-handicap-mental-73-3110.php>
- TALENTEO.FR., 2015 : les chiffres clefs du handicap. Disponible sur internet : <http://www.talenteo.fr/chiffres-handicap-2015/>
- METROPOLE DE LYON., Disponible sur internet : <http://www.grandlyon.com/metropole/bienvenue-a-la-metropole.html>
- UNAPEI., Le handicap mental. Disponible sur internet : <http://www.unapei.org/Le-handicap-mental-sa-definition.html>
- UNAPEI., Modèle d'accompagnement personnalisé – Guide pratique version 3. Disponible sur internet : http://www.unapei.org/IMG/pdf/Guide_Map_-_Extraits.pdf
- WIKIPEDIA., Le handicap mental. Disponible sur internet : https://fr.wikipedia.org/wiki/Handicap_mental

Liste des annexes

Annexe 1 : Les résidents – Une chambre de l'établissement	page II
Annexe 2 : Tableaux DREES et CREAL	page III
Annexe 3 : File active – Association AFIPAEIM	page IV
Annexe 4 : Tableaux : Périmètre – Contenu – Opinion	page VIII
Annexe 5 : Questionnaire E.H.P.A.D. « Le pain d'alouette »	page IX
Annexe 6 : Organigramme Résidence Rémy François	page XIII
Annexe 7 : Composition du Conseil de la CNSA	page XIV
Annexe 8 : Tableaux : Evolution PCH – Allocation moyenne APA	page XV
Annexe 9 : Convention Foyer Le Reynard	page XVI
Annexe 10 : Lettre d'intention AFIPAEIM	page XVIII
Annexe 11 : Convention Petits Frères des Pauvres	page XIX
Annexe 12 : Questionnaire E.H.P.A.D. « Les épiaux »	page XXII
Annexe 13 : Questionnaire E.H.P.A.D. « Haute rivoire »	page XXIV
Annexe 14 : Convention de bénévolat Rémy François.....	page XXVI
Annexe 15 : Illustrations - plan d'actions + alerte échéance	page XXIX

Annexe 1 : Les résidents – Une chambre de l'établissement



Les personnes qui apparaissent sur ce cliché ont toutes signées une autorisation de droit à l'image, conformément aux obligations faites par la loi qui fait référence au respect du droit à l'image et à la protection de la vie privée.



Annexe 2 : Tableaux DREES et CREA

Tableau de la DREES : Age moyen des personnes accueillies dans les structures du champ du handicap

Âge des adultes entrés et accueillis selon le type de structure en 2010

	Âge moyen des adultes présents au 31 décembre		Part des 50 ans et plus (en %)		Part des 60 ans et plus (en %)		Âge moyen des adultes entrés dans l'année	
	2010	2006	2010	2006	2010	2006	2010	2006
Établissements pour le travail et la formation								
Établissement et service d'aide par le travail (ESAT)	38	38	18	14	0,5	0,3	29	29
Centre de rééducation professionnelle (CRP)	39	37	13	6	0,1	0,1	39	37
Établissements pour l'hébergement								
Foyer occupationnel ou foyer de vie pour adultes handicapés	42	41	31	27	8	5	37	35
Foyer d'hébergement pour adultes handicapés	40	40	25	21	3	2	31	31
Maison d'accueil spécialisée (MAS)	42	40	31	23	8	5	38	34
Foyer d'accueil médicalisé pour adultes handicapés (FAM)	44	41	37	28	12	7	43	39
Foyer d'accueil polyvalent pour adultes handicapés	43	41	31	25	9	7	36	33
Établissement expérimental pour adultes handicapés	40	38	25	22	6	6	37	35
Établissement d'accueil temporaire d'adultes handicapés	39	33	28	12	5	1	-	-
Services d'accompagnement à la vie sociale								
Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)	42	41	30	23	7	4	41	40

Lecture • L'âge moyen des adultes présent en ESAT au 31/12/2010 est de 38 ans. L'âge moyen des personnes entrées dans un ESAT en 2010 et présentes au 31/12/2010 est de 29 ans.
Champ • Personnes accueillies dans les structures pour personnes handicapées (hors Centres de préorientation), France entière.
Source • Enquêtes ES 2010 et ES 2006, DREES.

Source DREES – Enquête ES 2010

Tableau du CREA : Nombre de PHV allocataire de l'aide sociale accueilli en EHPAD

	40-44	45-49	50-54	55-59	Total <60	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	>90	Total Général
Ain	0	0	2	11	13	38	32	11	13	4	2	0	113
Ardèche	1	1	7	17	26	74	NR	NR	NR	NR	NR	NR	100
Drôme													
Isère	1	2	13	56	72	0	0	0	0	0	0	0	72
Loire	3	5	22	63	93	119	88	35	24	15	4	5	383
Rhône	1	4	5	42	52	42	25	11	9	8	3	-	150
Savoie					0	28	41	32	27	18	3	5	154
Haute-Savoie													
Total					256								972

Source : CREA – Observation médico-sociale régionale – Focus personnes handicapées vieillissantes



Mme VALAT Christine
Directrice
Résidence Rémi François
2, route du Recru
69420 AMPUIS

Pont Evêque, le 12 mai 2016

**Service
d'Accompagnement
à la Vie Sociale**

Objet : document de travail

Madame la Directrice,

Veillez trouver ci-joint le listing actualisé des personnes handicapées âgées de 57 ans et plus à compter du 1^{er} janvier 2016.

Ce repérage est réalisé à partir des données Afipaeim du FH -SAJ, ESAT, SAVS et Service Autonomie de Vienne, (professionnels de l'évaluation PCH).

Nos préoccupations sont les suivantes:

- Les PH qui arrivent à 60 ans et qui sont en foyer hébergement doivent être orientées dans le secteur personnes âgées et principalement en EHPAD, bien qu'elles ne soient pas dans la grande dépendance. Ces personnes ont besoin d'une prise en charge collective. (cf politique du Département de l'Isère en faveur des PHV).
- Comment permettre aux personnes handicapées de notre territoire de rester sur leur bassin de vie pour leur retraite ? EHPAD « classique » ?, unité spécifique ? Création avec un projet adapté ?... Les personnes en foyer d'hébergement devront trouver un accueil en EHPAD mais la majorité des personnes ainsi que leurs proches souhaitent rester dans une proximité géographique.
- Les personnes en maintien à domicile avec leur famille vivent en majorité avec un parent très âgé. Si décès ou hospitalisation, la personne handicapée ne pourra pas rester seule au domicile d'où une demande vers un EHPAD. Parfois un accueil conjoint doit être sollicité.
- Serait-il possible de penser un accueil de jour pour les PH et les PA de plus de 60 ans qui ne relèvent pas des troubles apparentés à la maladie d'ALZHEIMER ? Cela pourrait contribuer à une amélioration pour la qualité du maintien à domicile et préparerait à une entrée éventuelle en EHPAD

En espérant que vous obtiendrez un avis favorable pour votre projet de création d'unité spécifique PHV avec des places pour les personnes iséroises vivant à proximité d'Ampuis et que nous pourrions travailler en collaboration.

Dans l'attente de notre prochaine rencontre, je vous prie d'agréer, Madame, mes salutations distinguées.

Sylvie WINCKLER
Assistante Sociale
SAVS AFIPAEIM

Copie : Mme DI PASQUALE - Chef de Service mission Avancée en Age
Mr GOUTTENOIRE - Directeur SAVS
Mme BARBIER - Chef de Service Autonomie Vienne

GRENOBLE □
Administratif et éducatif
15, rue des Bergeronnettes
38100 Grenoble
Tél. : 04 76 23 11 23
Fax : 04 38 49 98 74
savsv@afipaeim.org

PONT-ÉVÊQUE □
Administratif et
avancée en âge
4, plan des Aures
1^{er} étage
38790 Pont-Evêque
Tél. : 04 74 16 18 64
Fax : 04 74 57 63 49
savsv.pontevêque@afipaeim.org

BOURGOIN-JALLIEU □
Éducatif
Tél. : 04 74 93 92 44
Fax : 04 74 93 92 45
savsv.bourgoin@afipaeim.org

VOIRON □
Éducatif
Tél. : 04 76 05 86 61
Fax : 04 76 65 73 41
savsv.voiron@afipaeim.org

VIENNE □
Éducatif
Tél. : 04 74 53 40 31
Fax : 04 74 53 66 01
savsv.vienne@afipaeim.org

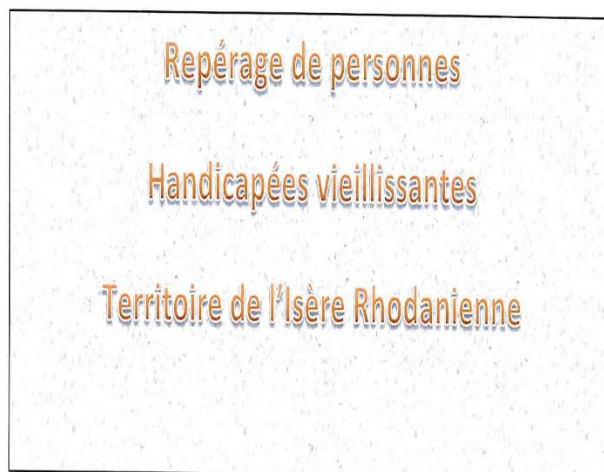


www.afipaeim.org

Association familiale de l'Isère
pour enfants et adultes
handicapés intellectuels

Association déclarée n°4596
et reconnue d'utilité publique
(décret du 11 mars 1968)

co-financé par
isère
www.isere.fr



- Recensement réalisé avec les données des Etablissements et Services de l'afipaem et du Service Autonomie de Vienne

- ✚ L'ESAT
- ✚ Les Foyers d'Hébergements
- ✚ Service d'Activité de jour
- ✚ Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
- ✚ Equipe d'évaluation PCH du Service Autonomie

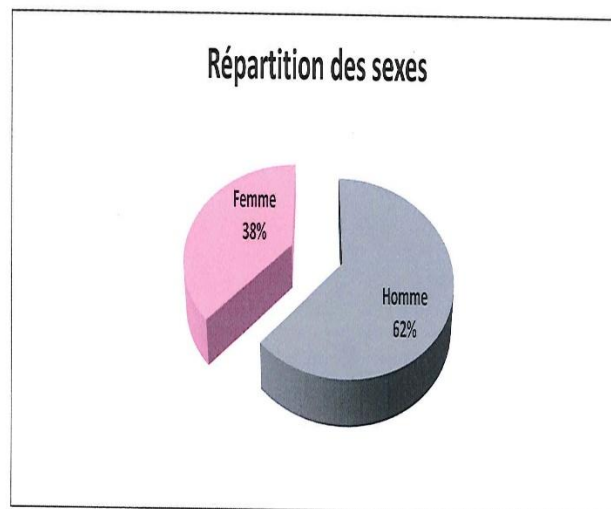
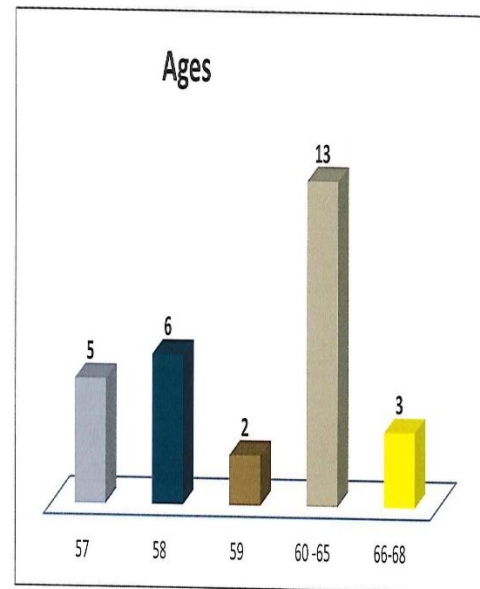
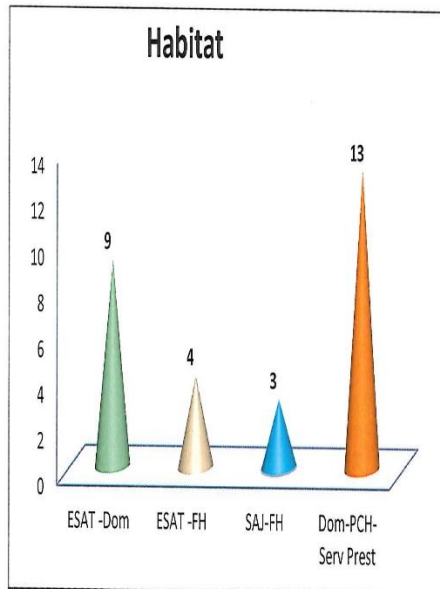
SAVS Afip mai 2016 Document de travail S Winckler

Annexe 3 : File active – Association AFIPAEIM

Repérage des personnes handicapées âgées de 57 ans et plus au 1er janvier 2016

Nbre	Initiale	Sexe	Date de Naissance	Age	Lieu de vie	commune
1	GA	M	08/01/1959	57	ESAT +Domicile	Vienne
2	RA	F	12/05/1959	57	ESAT +Domicile	Givors
3	GJM	M	14/02/1959	57	Domicile	Vienne
4	BC	F	09/10/1959	57	FH-SAJ	Vienne
5	PD	M	09/05/1959	57	FH-SAJ	Vienne
6	PL	M	26/02/1958	58	ESAT+Domicile	Vienne
7	VJM	M	18/01/1958	58	ESAT +Domicile	Vienne
8	PP	M	04/08/1958	58	ESAT +Domicile	Cheyssieu
9	GA	M	25/12/1958	58	ESAT +Domicile	Vienne
10	BG	F	20/08/1958	58	Domicile+PCH	Pont Evêque
11	CC	M	04/02/1958	58	ESAT +Domicile	Reventin V
12	FC	F	15/12/1957	59	Domicile+PCH	Vienne
13	FG	M	19/09/1957	59	ESAT-FH	Vienne
14	MS	F	07/07/1956	60	ESAT +Domicile	Vienne
15	DE	M	10/10/1955	61	Domicile+PCH	Salaise s/ Sanne
16	BB	M	10/07/1955	61	ESAT +Domicile	Vienne
17	MH	F	04/02/1955	61	ESAT-FH	Vienne
18	DJP	M	31/01/1955	61	Domicile + Service Prest	ST Maurice l'Exil
19	PF	M	04/06/1954	62	ESAT-FH	Péage de R
20	AA	M	09/10/1954	62	FH-SAJ	Vienne
21	OJ	F	30/08/1954	62	ESAT-FH	Vienne
22	AB	M	17/08/1954	62	Domicile	Ville s/s Anjou
23	PR	M	15/03/1953	63	Domicile	
24	PMM	F	11/11/1953	63	Domicile	St Claire du R
25	AF	F	03/11/1952	64	Domicile+PCH	Les Roches de C
26	MJ	M	27/08/1952	64	Domicile+Service Prest	Vienne
27	KB	F	15/05/1950	66	Domicile+ PCH	Roussillon
28	MS	F	06/01/1950	66	Domicile + Service Prest	Vienne
29	MA	M	07/07/1948	68	Domicile + Service Prest	Vienne

SAVS Afip mai 2016 Document de travail S Winckler



SAVS Afip mai 2016 Document de travail S Winckler

Tableau du périmètre des schémas départementaux :

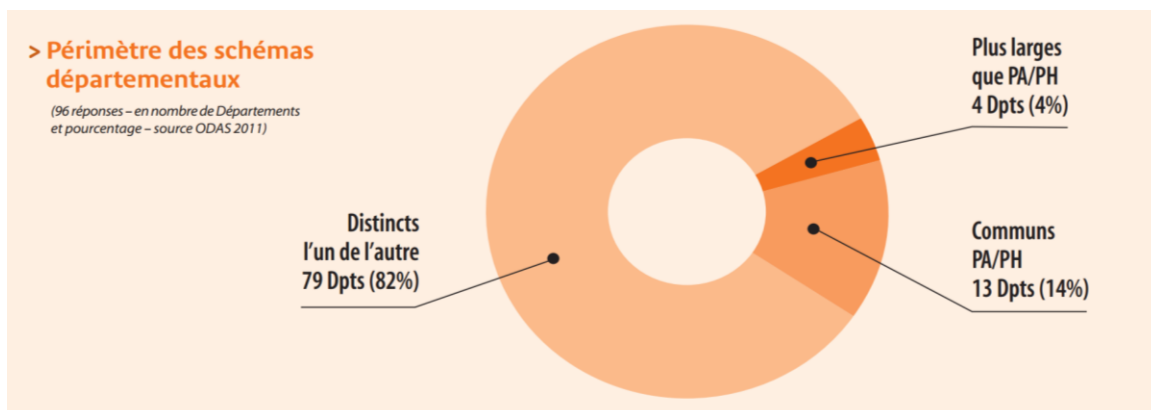


Tableau du contenu des schémas « handicaps » en cours d'application ou d'élaboration :

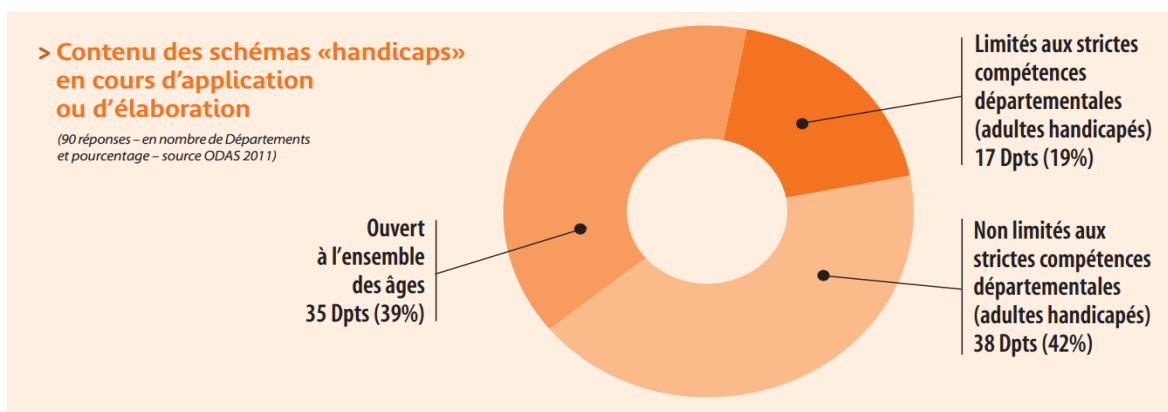
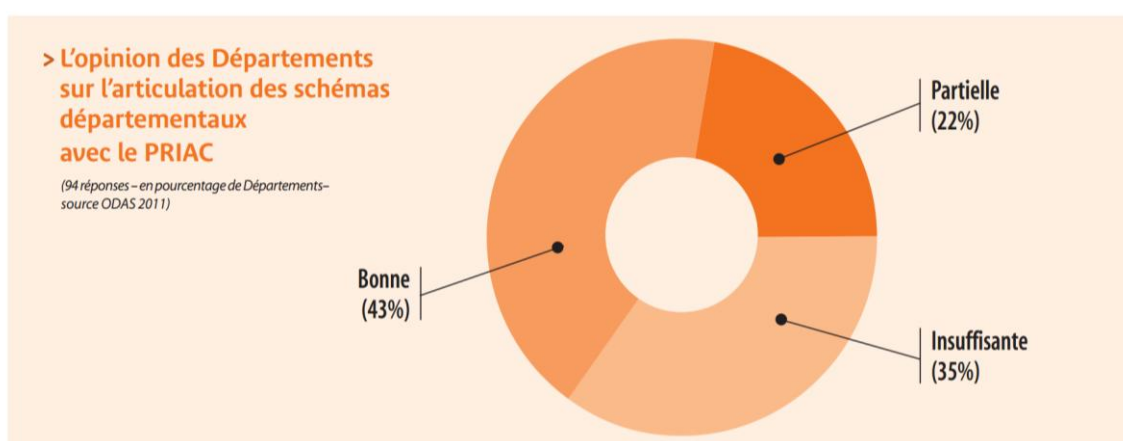


Tableau de l'opinion des départements :



¹³⁰ ODAS, juillet 2011, « Du soutien à la dépendance au soutien à l'autonomie », pages 8, 9, 10 (visité le 20 mars 2016), disponible sur internet : <http://odas.net/IMG/pdf/cahierAUTONOMIE.pdf>

QUESTIONNAIRE OUVERTURE UVPHA en E.H.P.A.D.

E.H.P.A.D. LE PAIN D'ALOUETTE

Je vous remercie de bien vouloir prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire qui me permettra d'éclairer les points forts et les freins que vous avez rencontré à l'occasion de l'ouverture et de la mise en mouvement de votre UVPHA.

En quelle année avez-vous ouvert votre UVPHA ?

- L'UVPHA est ouvert depuis le 9 décembre 2013

Cette ouverture a-t-elle été réalisée dans le cadre de la réponse à un appel à projet ?

- NON

Si non, votre projet répondait-il à un engagement lié à votre convention tripartite (par exemple : projet d'extension pour dé densifier des chambres doubles) ?

- C'est suite à une demande du Conseil Départemental du Pas de Calais, dans le cadre d'une expérimentation de création de nouvelles solutions pour les personnes handicapées vieillissantes que le projet a vu le jour.

Avez-vous obtenus des moyens humains supplémentaires et combien ?

- Oui, l'établissement a obtenu une subvention de 80 000€ afin d'allouer du personnel à l'unité. Le choix pouvait être fait soit par une embauche directe soit par l'intervention d'une équipe du SAVS. L'établissement a fait le choix d'embaucher le personnel.
- Ensuite une enveloppe de 5000€ a été allouée pour financer la vie sociale de l'unité. L'établissement a fait le choix de les utiliser pour l'embauche de professionnels supplémentaires.

Quels sont les métiers que vous avez recrutés et pourquoi avez-vous fait ce choix ?

- Encouragés par le Conseil Départemental, nous avons recrutés un éducateur spécialisé (1 ETP) et des aides médico-psychologiques (1.6 ETP) ayant une expérience dans le domaine du handicap.

Comment assurez-vous l'équilibre économique de votre projet UVPHA ?

- La plupart des résidents en UVPHA sont à l'aide sociale ce qui assure une pérennité de fonctionnement.
- Le taux d'occupation de l'unité est de 100% grâce à la file active qu'a pu se constituer l'établissement grâce à ses partenaires
- La subvention annuelle du Conseil Départemental finance les professionnels

Quel est votre canal d'intégration de PHV (partenariats – conventions) ?

- Convention avec l'APEI de Lens depuis le 28 juin 2013 (soit avant l'ouverture de l'unité) : Le SAVS et le SAMSAH
- Travail étroit pour comprendre les besoins et méthodes de travail de chacun des secteurs
- Partenariat avec le centre hospitalier de Lens (dont le centre de psychiatrie de Pussin)
- Centre médico-psychologique de la ville d'Avion
- CCAS de la ville de Sallaumines

Quelle est la nature du handicap des PHV que vous accueillez : Handicap psychique – handicap mental, handicap moteur ... ?

- Déficience intellectuelle (avec ou sans troubles associés)
- Handicap psychique stabilisé (avec ou sans troubles du comportement)
- Pluri handicap

Les résidents accueillis sont-ils sous tutelle, ont –ils des parents et dans quelle proportion ?

La plupart des résidents en UVPHA sont sous tutelle (11/13). D'autres ont leurs parents ou proches famille pour les accompagner.

Les résidents ayant encore des liens avec leur famille, ayant des visites, nouvelles sont au nombre de 7. 4 des familles viennent en visite et 3 ont des liens plus éloignés, il s'agit d'un contact ponctuels. Seuls 4 des 13 résidents ont encore leurs parents.

Certains résidents n'ont plus leurs parents mais les frères et sœurs continuent à être présents. Nous avons eu l'occasion d'héberger un couple et deux frères au sein de l'unité. Deux résidents ont leurs mères en unité de vie Alzheimer au sein de la résidence.

Quel rôle joue ou a joué la MDPH ?

- La grille de vieillissement a été élaborée par les médecins de la MDPH. Ces derniers donnent un avis d'orientation pour la personne grâce aux critères qu'ils ont pu construire. Le diagnostic de la personne est complété éventuellement par une dérogation d'âge du Conseil Départemental afin d'entrer dans une structure telle que l'E.H.P.A.D. dans une unité UVPHA.
- Les réorientations des personnes sont aussi prises en charge par la MDPH lorsque la pathologie de la personne évolue et qu'elle nécessite un changement de prise en charge (changement de structure).

Quelle est la place réservée aux familles, tuteurs ?

- Les familles sont parties prenantes de l'organisation : elles participent aux CVS, aux manifestations et peuvent participer à des activités, spectacles avec leurs proches et peuvent se rendre à l'E.H.P.A.D. comme bon leur semble (visites).
- Les tuteurs sont présents lors des réunions des projets de vies. Ils jouent un rôle l'aide à l'élaboration du budget des résidents en collaboration avec l'éducatrice spécialisée. Ils se rendent dans l'établissement à raison d'une fois par trimestre pour une rencontre avec le majeur.

Comment faites-vous vivre votre CVS ? Est-il spécifique ?

- Le CVS n'est pas spécifique à l'UVPHA. Au sein de l'établissement le CVS est commun à l'ensemble des unités. Ces instances est une possibilité de remonter et diffuser les informations de la résidence. Les représentants des résidents, familles et professionnels ont pour mission de faire part des réclamations et questions des résidents.
- Lors de la réunion du CVS, un professionnel accompagne les résidents dans leur prise de parole.
- En plus des représentants au sein de l'établissement, il existe un représentant de l'APEI de Lens.

Comment les résidents handicapés vieillissants sont-ils perçus par les autres résidents (personnes âgées dépendantes) ?

- Certaines personnes de l'E.H.P.A.D. « classique » apprécient leur spontanéité et leur contact facile et discutent volontiers avec eux
- D'autres personnes ayant un esprit « moins ouvert » refusent la possibilité de faire des activités avec les résidents de l'UVPHA

Comment les résidents qui vivent au sein de l'UVPHA se sont-ils intégrés dans la vie collective ? Quels ont été les éléments facilitateurs ?

- L'intégration à la vie collective

La plupart ont vécu en collectivité dans le cadre de foyers de vies avant l'E.H.P.A.D., donc ils se sentent facilement intégrés. Le rythme plus adapté de l'UVPHA a permis une intégration facile pour tous.

- Eléments facilitateurs

L'organisation de facilités ouvertes à tous les résidents a permis à tous de se rencontrer. Le spectacle construit en commun est aussi quelque chose qui a été important pour construire une identité collective, facteur d'intégration.

Il y a des temps en collectivité (inter unité) et avec les résidents de l'UVPHA (en comité plus restreint). Cela donne la possibilité d'avoir des lieux et moments (déjeuners, repas) et garder des rythmes particuliers.

Le cahier des charges expérimental du Pas de Calais vous a-t-il été utile et de quelle façon ?

- Le cahier des charges est le fruit de négociations et d'écritures communes entre associations du secteur du handicap et des personnes âgées. Les réflexions ont été utiles.

Avec le recul, quels conseils me donneriez-vous pour la création d'une UVPHA au sein de l'E.H.P.A.D. que je dirige ?

- Construire un projet de territoire en amont :

Annexe 5 : Questionnaire E.H.P.A.D. Le pain d'alouette

Pour faciliter la compréhension des deux secteurs (personnes handicapées/personnes âgées) et décloisonner les secteurs pour en saisir le meilleur des pratiques

- Assurer un partenariat avant l'ouverture et tout au long de la vie de l'établissement :

De l'accompagnement à la création à l'écriture du projet de l'unité)

Assurer « une file active » des résidents en UVPHA

Etre en collaboration avec le secteur psychiatrique dans la prise en charge des personnes en UVPHA. L'établissement à part exemple, le projet de mettre en place une vacation de professionnels au sein de la résidence.

- Une Co-construction du projet avec le conseil départemental :

Possible dotation : recherche de financements pour l'augmentation du ratio de personnes et le financement de la vie sociale de l'unité (supérieurs à la base tarifaire de l'EHAPD « classique »)

- En termes de fonctionnement :

Etre rigoureux dans les critères d'admission afin de différencier les pathologies pour une homogénéité du groupe (distinguer psychiatrie et maladie mentale)

Réflexions sur l'attribution des espaces individuels et collectifs (depuis la création des plans jusqu'à l'organisation au quotidien)

Avoir un véhicule pour faciliter les sorties (grande demande UVPHA)

Rendre les résidents responsables (ex. distribution de courrier, lavage du véhicule de la résidence...) pour qu'ils aient un sentiment d'utilité

Proposer une unité ouverte facilitant le passage et le contact avec les autres unités de vies avec une ouverture extérieure (ex. jardin, balcon)

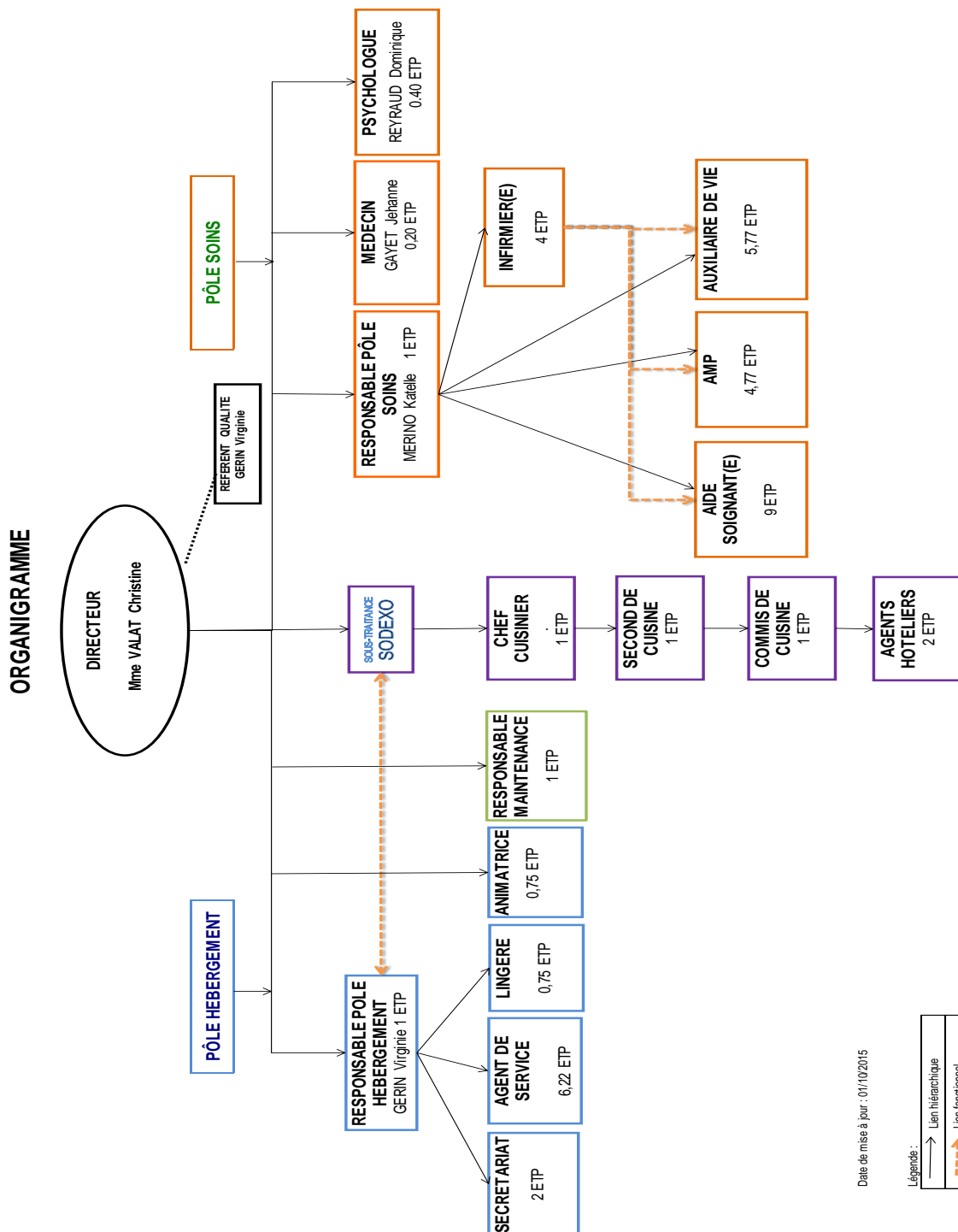
Pouvoir permettre aux personnes de se retrouver dans de petits espaces conviviaux (salons, salle à manger, salle d'activités propres à l'unité)

- Les professionnels :

Avoir un ratio au moins équivalent à 0,7 ETP/ place

Proposer des formations et des actions de sensibilisation aux professionnels de l'ensemble de l'E.H.P.A.D. autour du handicap, du vieillissement de la personne handicapée et des troubles associés

Annexe 6 : Organigramme Résidence Rémy François



Composition du Conseil



Source : CNSA

Annexe 8 : Tableaux : Evolution PCH – Allocation moyenne APA

Tableau évolution de la PCH :

Evolution de la PCH de 2008 à 2014

France métropolitaine – Source ODAS

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Dépense brute⁽¹⁾	550	830	1 050	1 220	1 400	1 520	1 620
Bénéficiaires⁽²⁾	78 000	116 000	150 000	180 000	201 000	216 000	231 100
Allocation moyenne⁽³⁾	9 400	8 560	7 890	7 390	7 350	7 290	7247

(1) En millions d'euros

(2) Nombre de bénéficiaires de la PCH au 31 décembre

(3) L'allocation moyenne est calculée en divisant la dépense de l'année par la demi-somme du nombre de bénéficiaires au 31 décembre de l'année en cours et au 31 décembre de l'année précédente.

131

Tableau allocation moyenne APA :

Allocation moyenne d'APA en établissement de 2010 à 2014

France métropolitaine - Dépense en millions d'euros et allocation moyenne en euros

	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution 2013 - 2014
Dépense brute d'APA en établissement	1 910	2 010	2 110	2 160	2 270	5,1%
Nombre de bénéficiaires au 31/12	460 000	476 000	490 000	502 000	512 000	2,0%
Allocation moyenne d'APA en établissement*	4 210	4 290	4 370	4 350	4 480	3,2% (1,4% en moyenne annuelle de 2012 à 2014)

*L'allocation moyenne est calculée en divisant la dépense de l'année par la demi-somme du nombre de bénéficiaires au 31/12 de l'année en cours et au 31/12 de l'année précédente.

132

¹³¹ ODAS, décembre 2015, « Service des allocations de soutien à l'autonomie où en est-on ? », page 40 (visité le 6 juillet 2016), disponible sur internet : http://odas.net/IMG/pdf/cahier_de_odas_decembre_2015.pdf

¹³² ODAS, juin 2015, « La lettre de l'ODAS – Le doute n'est plus permis », page 16 (visité le 6 juillet 2016), disponible sur internet : http://odas.net/IMG/pdf/lettre_de_l_odas_de_penses_de_partementales_d_action_sociale_2015.pdf



FOYER DE VIE-SERVICE ATJH LE REYNARD-69420 AMPUIS

Convention de partenariat

Livraison du pain

Article 1 :

La présente convention précise les modalités de mise à disposition du foyer Le Reynard entre :

D'une part l'Etablissement-Foyer Le Reynard

1 rue du Port
69420 AMPUIS
04-74-56-10-30
lereynard@adsea69.fr

Représenté par Madame KRICHI-FUMEY Directrice

D'autre part la Maison de Retraite Les Sinoplies
2 Route du Recru
69420 AMPUIS
04-74-56-18-33.

Représentée par Madame VALAT Directrice.

Article 2 :

Le foyer le Reynard répond favorablement à la demande de Madame VALAT pour une relation de partenariat. Ainsi le Foyer Le Reynard assure la livraison du pain le mercredi matin et le jeudi matin et cela pour l'année 2014.

Les objectifs de ce partenariat sont, entre autres d'inscrire les personnes accueillies dans la vie du village des résidents concernés, de créer des liens avec les personnes qui travaillent qui sont accueillies à la Maison de retraite.

Article 3 :

Pour l'organisation de la livraison, il est convenu que sous la responsabilité du foyer Le Reynard, un ou plusieurs résident (s)

Livre (ent) le pain les mercredis et jeudis de 10 heures à 11 heures.

Annexe 9 : Convention – Foyer Le Reynard

FOYER DE VIE-SERVICE ATJH LE REYNARD-69420 AMPUIS

La Maison de retraite a pris contact avec le boulanger pour l'informer de ces dispositions.

Article 4 :

Par délégation de la direction du Reynard, ce partenariat est assuré par Monsieur Patrick DAVIGNON moniteur technique atelier fer, qui prendra en interne les dispositions nécessaires pour organiser éventuellement l'accompagnement des personnes et maintenir la continuité du service.

Le salarié et les personnes accueillies demeurent pendant cette activité sous la responsabilité du Foyer Le Reynard.

Article 5 :

En cas d'accident survenant dans l'enceinte de la Maison de Retraite, Madame VALAT prendra toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence, (médecin, pompiers, Samu) et préviendra le Foyer Le Reynard dont le numéro de téléphone est le :

04-74-56-10-30.

Article 6 :

En compensation de ce partenariat la Maison de Retraite les Sinoplies offre 5 places de cinéma par mois au foyer.

Article 7 :

Un point sera fait régulièrement avec Monsieur Patrick DAVIGNON, afin de juger de la pertinence de ce service, de sa qualité et éventuellement d'en adapter les modalités.

Fait en deux exemplaires le 17 mars 2014.

La Maison de Retraite
Les Sinoplies
Madame VALAT
Le : *[Signature]*
Mme VALAT Christine
DIRECTRICE
2 Route du Recru
69420 Ampuis

Tél. 04 74 56 18 33 - Fax 04 74 56 19 76

Le Foyer de Vie-Service ATJH
Le Reynard. **ADSEA 69**
Madame KRICHI FUMEY de vie
Le Reynard ATJH
Le : *27/03/2014*
1, rue du Port - Bp 300420 AMPUIS
Tél. 04 74 56 10 30 - Fax 04 74 56 13 22
lereynard@adsea69.fr

Le moniteur technique
Monsieur DAVIGNON
Le : *19/03/2014*
[Signature]

Les résidents du Reynard : Le : *19/03/2014*
Mademoiselle GROGEORGES : *[Signature]*
Monsieur PATRY : *PAIRY*
Monsieur THOLON : *bibien*
Monsieur BARHI : *[Signature]*

Association Départementale du Rhône pour la Sauvegarde de l'Enfance, de l'Adolescence et de l'Adulte - adsea69
16 rue Nicolai 69007 LYON - métro garibaldi (ligne D) Tél. 04 37 65 21 21 - Fax 04 37 65 21 19 - direction.generale@adsea69.fr - www.adsea69.fr
Association régie par la loi de 1901 / SIRET 775 647 498 / APE 8810 C



Grenoble le 16 novembre 2015

Réf : JL/CP/2015.053

Le directeur général

3, avenue Marie Reynoard
CS 70003
38029 Grenoble Cedex 2

Tél. : 04 76 46 39 66
Fax : 04 76 12 13 38
direction.generale
@afipaeim.org

Madame la Directrice,

Pour faire suite à nos différentes rencontres, l'AFIPaeim affirme par la présente, sa volonté de collaborer avec la résidence Rémi FRANCOIS d'AMPUIS, dans son projet d'accueillir des personnes handicapées vieillissantes au sein de son établissement.

Dans ce cadre, via nos services en milieu ouvert, notre coopération pourrait se construire autour des thèmes suivants :

- Concourir, par la mission Avancée en Age du SAVS de l'AFIPaeim, à l'évaluation de situations et à l'accompagnement de certaines situations iséroises, notamment dans la période de transition et d'intégration au sein de votre établissement.
- Partager notre expertise en matière de connaissance des personnes en situation de handicap et avançant en âge.
- Animer des sessions de formations pour sensibiliser le personnel de la résidence à l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes.

Par ailleurs, l'EHPAD d'AMPUIS qui s'inscrit dans la filière gériatrique de l'Isère Rhodanienne, est situé à proximité de VIENNE. Au regard de ce contexte, certaines personnes en situation de handicap, bénéficiaires de l'aide sociale de l'ISERE pourraient profiter de l'opportunité d'être accueillies au sein d'une unité spécifique en EHPAD tout en restant sur leur bassin de vie, cela leur permettrait de maintenir des liens avec leur famille et leur réseau social.

En espérant une collaboration riche et fructueuse,

Recevez, Madame la Directrice, nos bien cordiales salutations.



www.afipaeim.org

Association familiale de l'Isère
pour enfants et adultes
handicapés intellectuels

Association déclarée n°4596
et reconnue d'utilité publique
(décret du 11 mars 1968)

CCP n° 167 98 - Grenoble

Jacques LARMET

Copie : Georges VIE, Président de l'AFIPaeim



**CONVENTION DE MISE A DISPOSITION
DE LA MAISON DE CHARMANON**

Depuis 1988, « Les petits frères des Pauvres » mettent à disposition la maison « Charmanon » à GREZIEU LA VARENNE pour les personnes âgées vivant en établissement gériatrique de la région lyonnaise.

Les accueils à la journée permettent aux personnes âgées et aux professionnels des établissements de se rencontrer autrement et par conséquent de vivre des moments privilégiés.

Sur ces bases que nous souhaitons communes, nous serons heureux de collaborer avec votre établissement, dans un « temps fort » pour les personnes âgées, et leurs accompagnateurs.

CONDITIONS ET ENGAGEMENT

Entre les soussignés :

1-Les petits frères des Pauvres

2, rue Saint Gervais - 69008 LYON
Tél. : 04 72 78 52 52 - Fax : 04 72 78 52 50

Représenté par le Directeur, Pascal ISOARD-THOMAS,

d'une part,

2-Les petits frères des Pauvres AGE - CHARMANON

3, Grande Rue - 69290 GREZIEU-LA-VARENNE
Tél. : 04 78 44 83 33 - Fax : 04 78 57 20 86

Représenté par François AUFRAY

Et l'Etablissement :

**RESIDENCE REMY FRANCOIS
2 ROUTE DE RECRU
69420 AMPUIS**

Représentée par Christine VALAT

d'autre part.

Annexe 11 : Convention Petits frères des pauvres

I – PLACE ET RÔLE DES DIFFERENTS ACTEURS

- Sandrine VURBIER

Référente du territoire Sud Ouest de notre association, elle est votre interlocutrice pour l'ensemble des actions « petits frères des Pauvres », menées avec votre établissement. Elle travaille en étroite collaboration avec François AUFFRAY, qui est le référent sur place.

- François AUFFRAY

Responsable de la maison « Charmanon ». Il est référent pour la programmation, la gestion et le fonctionnement des accueils, vis à vis de l'établissement accueilli, et le garant de leur mise en oeuvre.

- La cuisinière de Charmanon

Elle assure la préparation de votre repas. Vous pouvez lui suggérer des souhaits pour votre menu. Ces propositions doivent être faites au plus tard une semaine avant la date de votre accueil.

- Les bénévoles « petits frères »

Des bénévoles de notre association sont présents afin d'apporter leur disponibilité relationnelle auprès des personnes âgées. Ils s'associent aux professionnels de l'établissement pour mettre le couvert, assurer le service du repas et faire la vaisselle

Ils ne peuvent assurer d'acte auprès des personnes sans l'avis des professionnels de l'établissement accueilli (aller aux toilettes, promenade.....).

- Les soignants de l'établissement accueilli

Ils assurent la continuité des soins pour les personnes âgées (responsabilité de la prise des médicaments, soins infirmiers, nursing ...). Ils participent à l'animation et au déroulement ; ceci en collaboration avec le personnel de la maison et les bénévoles).

L'équipe doit comporter le nombre nécessaire d'accompagnants, en fonction des besoins des personnes âgées.

II – CAPACITE

Pour chaque accueil à la journée, notre capacité est de **15 personnes maximum** (accompagnateurs compris).

III –RESPONSABILITE

- L'organisme qui profite de la maison de Charmanon assure la pleine et entière responsabilité des personnes présentes, ainsi que des biens mis à disposition et s'engage à avoir les couvertures d'assurances adéquates.

- Le transport aller-retour est à l'initiative et sous la responsabilité de l'établissement y compris les éventuels rapatriements durant l'accueil.

IV – GARANTIE MEDICALE

La maison n'étant pas médicalisée, il revient à l'équipe d'encadrement de l'établissement d'être formée aux gestes de premiers secours en cas de nécessité.

Annexe 11 : Convention Petits frères des pauvres

VI – COÛT

La participation financière demandée est de 5 €/personne âgée, gratuité faite pour les accompagnateurs.

VII – ENGAGEMENT

Le retour de ce document signé vaut engagement. En cas d'annulation, il sera exigé le remboursement des frais engagés au titre de la réservation soit un montant forfaitaire de **50,00 €**. **Nous vous rappelons qu'il est indispensable de confirmer auprès de la maison de Charmanon le nombre de personnes une semaine avant votre venue (le matin auprès de Mme Ponomarenko – 04.78.44.83.33).**

VIII – DATE RESERVEE

Résidence Rémy François	
Dates accueils à la journée (4)	
Mercredi	18 mai
Mercredi	08 juin
Mercredi	22 juin
Mercredi	28 septembre

IX – FACTURATION / REGLEMENTS

La facturation des accueils vous sera transmise par le service comptabilité des petits frères de Lyon, et les règlements sont à libeller à l'ordre des **petits frères des Pauvres, et à envoyer au :**

2 rue Saint Gervais – 69008 LYON

Date et Signature(s) précédée(s) de la mention « **Lu et approuvé** »

Résidence Rémy FRANCOIS

Madame VALAT

A Lyon, le 18/04/2016

Les petits frères des Pauvres

Pascal ISOARD-THOMAS

A Lyon, le 13-4-2016

PPF-Age Charmanon

François AUFFRAY

A Grézieu-la-Varenne, le 29/03/16.



Résidence
Rémy François

Mme VALAT Christine
DIRECTRICE
2 Route du Recru
69420 Ampuis
Tél. 04 74 56 18 33 - Fax 04 74 56 19 76

Pascal Isoard-Thomas
Les petits frères des Pauvres
2, rue St-Gervais
69008 LYON
Tél. 04 72 78 52 52

CHARMANON
Les Petits Frères des Pauvres
3 grande Rue
69290 Grézieu la Varenne

QUESTIONNAIRE OUVERTURE UVPHA en E.H.P.A.D.

E.H.P.A.D. LES EPRIAUX

Je vous remercie de bien vouloir prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire qui me permettra d'éclairer les points forts et les freins que vous avez rencontré à l'occasion de l'ouverture et de la mise en mouvement de votre UVPHA.

En quelle année avez-vous ouvert votre UVPHA ?

01/12/2013

Cette ouverture a-t-elle été réalisée dans le cadre de la réponse à un appel à projet ?

Suite aux demandes d'admission en nombre croissant déposées par l'APEI, présentation du projet auprès du CG et l'ARS en partenariat avec APEI -

Si non, votre projet répondait-il à un engagement lié à votre convention tripartite (par exemple : projet d'extension pour dé densifier des chambres doubles) ?

Objectif évoqué dans le projet d'établissement afin d'améliorer l'accompagnement de ces personnes

Avez-vous obtenus des moyens humains supplémentaires et combien ?

Pour une unité de 16 places = 1.80 ETP moniteurs éducateurs et intervention du SAVS de l'APEI à raison de 6h/semaine

Quels sont les métiers que vous avez recrutés et pourquoi avez-vous fait ce choix ?

Les métiers recrutés sont des moniteurs éducateurs afin d'assurer l'accompagnement spécifique dans l'unité ouverte de 10h30 à 17h30 – en dehors de ces horaires, les résidents sont pris en charge dans leur unité respective dans l'E.H.P.A.D.

Comment assurez-vous l'équilibre économique de votre projet UVPHA ?

L'unité a été aménagée en interne par le personnel de maintenance (salle à manger, cuisine, salles d'activité, salon, 1 salle de bains, 2 toilettes, bureau pour le personnel, sortie extérieure donnant sur un jardin

Quel est votre canal d'intégration de PHV (partenariats – conventions) ?

Partenariat avec l'APEI

Quelle est la nature du handicap des PHV que vous accueillez : Handicap psychique – handicap mental, handicap moteur ... ?

Handicap psychique et mental

Les résidents accueillis sont-ils sous tutelle, ont –ils des parents et dans quelle proportion ?

Les résidents sont sous tutelle / 1 résident a encore sa maman, 9 d'entre eux sont entourés par la fratrie

Quel rôle joue ou a joué la MDPH ?

La MDPH intervient au démarrage du dossier pour la décision d'orientation

Quelle est la place réservée aux familles, tuteurs ?

Préserver les liens familiaux, participer à la réalisation et les évaluations du projet de vie individuel

Comment faites-vous vivre votre CVS ? Est-il spécifique ?

CVS : au minima = 3 réunions par an

Représentation de l'UVPHA par un résident de l'unité

Représentation de l'APEI par un membre dirigeant

Comment les résidents handicapés vieillissants sont-ils perçus par les autres résidents (personnes âgées dépendantes) ?

Très bonne intégration – rendent des services aux résidents de l'E.H.P.A.D. (ex : accompagner les résidents en salle à manger)

Comment les résidents qui vivent au sein de l'UVPHA se sont-ils intégrés dans la vie collective ? Quels ont été les éléments facilitateurs ?

Depuis 2008, nous accueillons régulièrement des personnes handicapées car nous sommes voisins avec les structures de l'APEI (ESAT qui intervient pour les espaces verts, les résidents des foyers qui viennent rendre visite à leurs amis accueillis

Par ailleurs, d'un point de vue architectural, une dérogation nous a été accordée afin que les résidents soient hébergés dans les diverses unités de l'E.H.P.A.D.. L'UVPHA est ouverte de 10h30 à 17h30

Le cahier des charges expérimental du Pas de Calais vous a-t-il été utile et de quelle façon ?

Oui pour le montage du dossier

Avec le recul, quels conseils me donneriez-vous pour la création d'une UVPHA au sein de l'E.H.P.A.D. que je dirige ?

Certes le cahier des charges préconise une unité spécifique destinée à accueillir 24/24 les résidents handicapés. Notre expérience nous permet de constater que l'hébergement éclaté dans l'E.H.P.A.D. favorise l'adaptation en E.H.P.A.D. quand l'évolution de l'état de santé d'un résident ne relève plus de l'UVPHA.

MERCI DE VOS REPONSES.

QUESTIONNAIRE OUVERTURE UVPHA en E.H.P.A.D.

E.H.P.A.D. DE HAUTE RIVOIRE

Je vous remercie de bien vouloir prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire qui me permettra d'éclairer les points forts et les freins que vous avez rencontré à l'occasion de l'ouverture et de la mise en mouvement de votre UVPHA.

En quelle année avez-vous ouvert votre UVPHA ?

2010 dans sa configuration actuelle avec 20 lits-----

Cette ouverture a-t-elle été réalisée dans le cadre de la réponse à un appel à projet ?

non-----

Si non, votre projet répondait-il à un engagement lié à votre convention tripartite (par exemple : projet d'extension pour dé densifier des chambres doubles) ?

non-----

Avez-vous obtenus des moyens humains supplémentaires et combien ?

Oui, 3 postes d'AMP-----

Quels sont les métiers que vous avez recrutés et pourquoi avez-vous fait ce choix ?

Comment assurez-vous l'équilibre économique de votre projet UVPHA ?

-pas de souci particulier, la dotation se suffit à elle-même-----

Quel est votre canal d'intégration de PHV (partenariats – conventions) ?

Partenariat privilégié avec l'ADAPEI-----

Quelle est la nature du handicap des PHV que vous accueillez : Handicap psychique – handicap mental, handicap moteur ... ?

Handicap psychique en majorité-----

Les résidents accueillis sont-ils sous tutelle, ont –ils des parents et dans quelle proportion ?

---tous les résidents sont sous tutelle, 1/3 ont des liens extérieurs avec leur famille-----

Quel rôle joue ou a joué la MDPH ?

Aucun-----

Quelle est la place réservée aux familles, tuteurs ?

-de bons contacts avec les familles, associées au projet individuel de vie. Des relations plus compliquées avec les tuteurs, qui se déplacent peu, qui obligent l'établissement à s'organiser pour la distribution de l'argent de poche -----

Comment faites-vous vivre votre CVS ? Est-il spécifique ?

-----le CVS n'est pas spécifique, nous avons également une activité E.H.P.A.D.. Ayant aussi une activité sanitaire, nous réunissons ensemble CRUQ et CVS. Un représentant de l'unité PHV participe régulièrement aux réunions. Globalement, peu d'échanges dans ces réunions mais maintien d'une fréquence trimestrielle-----

Comment les résidents handicapés vieillissants sont-ils perçus par les autres résidents (personnes âgées dépendantes) ?

Les PHV sont plus jeunes et moins dépendants que les résidents en E.H.P.A.D. du site ; leur énergie est parfois appréciée par les résidents, cette même énergie va parfois les agacer -----

Comment les résidents qui vivent au sein de l'UVPHA se sont-ils intégrés dans la vie collective ? Quels ont été les éléments facilitateurs ?

La mixité des populations est intéressante, elle dynamise la vie collective nous organisons des activités, des sorties et même des vacances communes pour maintenir les liens issus de la mixité-----

Un cahier des charges expérimental vous a-t-il guidé pour cette ouverture et de quelle façon ?

non-----

Avec le recul, quels conseils me donneriez-vous pour la création d'une UVPHA au sein de l'E.H.P.A.D. que je dirige ?

Définir en amont les critères de prise en charge : la prise en charge du handicap psychique n'est pas simple en foyer de vie. Remplir une unité uniquement avec des travailleurs handicapés vieillissants issus des ESAT n'est toutefois pas réaliste. Il faut mixer les deux populations, et entretenir les partenariats pour recruter rapidement un nouveau résident quand une place se libère. Le recrutement des agents est également primordial : au-delà de la fonction, AS ou AMP, l'agent doit se situer dans une prise en charge qui ne sera pas que soignante, mais également occupationnelle-----

MERCI DE VOS REPONSES.



Convention et charte définissant la place et le rôle des Bénévoles à la Résidence "Rémy François"

Vu l'article L. 1112-5 du code de la santé publique,

Il est convenu ce qui suit :

Entre,

L'établissement "Rémy François" situé "2 route du Recru – 69420 AMPUIS", géré par l'association ACPPA – Accueil et Confort pour Personnes Agées - association reconnue de bienfaisance, déclarée en préfecture du Rhône, régie par la loi du 1^{er} juillet 1901,

l'UES Les Sinoplies

dont le siège social est sis 7 chemin du Gareizin, 69340 Francheville, représentée par sa Directrice d'établissement, Christine VALAT
qui reconnaît et accepte l'engagement de la personne nommée comme Bénévole.

Et d'autre part,

Madame CROIZAT Jacqueline,
demeurant à
Téléphone : 0

Préambule

Le Bénévole agit en collaboration avec les équipes administratives et soignantes. Il contribue à l'accueil et au soutien des personnes accueillies et de leur entourage, lors des activités.

Le partenariat entre l'établissement et le Bénévole est fondé sur le respect réciproque.

Article 1 : Objet de la convention

La présente convention a pour objet de fixer les règles du partenariat établi entre l'établissement et le Bénévole en vue d'organiser son activité dans l'établissement.

Article 2 : Activités et disponibilités du Bénévole au sein de l'établissement

L'établissement autorise le Bénévole à intervenir en son sein. Il favorise son intervention. L'établissement et le Bénévole définissent ensemble les modalités de celle-ci au sein de la structure.

Annexe 14 : Convention de bénévolat Rémy François

Les disponibilités du Bénévole, compte-tenu que l'Établissement fonctionne douze mois sur douze, sont :

Pour une présence occasionnelle :

- ✦ 1 mercredi tous les 15 jours de 15 heures à 17 heures (avec une organisation des présences définie un mois à l'avance)

Il assure les activités suivantes :

- ✦ Atelier d'échanges et de partage (lecture de texte – recueil de l'expression des résidents – activités manuelles)

Article 3 : Référent institutionnel

Dans le cadre des activités du bénévole, l'établissement "Rémy François" désigne un référent institutionnel : Madame Elisabeth RAMARD - Animatrice qui organise l'action des Bénévoles auprès des résidents et le cas échéant de leur entourage. Il assure la liaison avec les équipes soignantes et administratives et s'efforce d'aplanir les difficultés éventuelles survenues lors de l'intervention d'un Bénévole.

Article 4 : Relations entre l'établissement et le Bénévole

Préalablement à la signature de la convention, la Direction de l'établissement informe le Bénévole sur le cadre institutionnel et l'ensemble de l'activité de l'établissement.

Elle lui fait connaître les relations mises en place avec le réseau local et communique sur la démarche d'ouverture de l'établissement sur l'extérieur.

Article 5 : Engagement du Bénévole

Après 1 à 2 mois d'expérience au sein de l'établissement, lors d'une rencontre ayant pour objectif de réaliser un premier bilan, le Bénévole clarifiera son engagement en signant la présente convention et la charte du Bénévole au sein du Groupe ACPPA.

Néanmoins si après 1 à 2 mois de présence le Bénévole ne souhaite pas continuer son action, il sera mis fin à son intervention au sein de l'établissement. Un courrier adressé au Bénévole actera de cette fin de convention.

Un badge est remis au Bénévole qui doit le porter de manière visible dès qu'il intervient dans l'enceinte de l'établissement. Ce badge comporte le logo de l'établissement, le nom et/ou le prénom du Bénévole et devra être restitué par le Bénévole à son départ.

Article 6 : Conditions matérielles

L'établissement prend les dispositions matérielles nécessaires à l'intervention du Bénévole en son sein soit :

- ✦ la salle d'animation

Article 7 : Litiges

Il pourra être mis fin, à tout moment, à l'action du bénévole :

Annexe 14 : Convention de bénévolat Rémy François

- ✦ Soit d'un commun accord ;
- ✦ Soit à la demande du bénévole ;
- ✦ Soit à la demande de la Résidence Rémy François, après justification.

En cas de litige entre le Bénévole et l'établissement, chacune des parties, sauf situation d'urgence visée à l'article 9 ci-dessous, s'efforce d'aboutir à un règlement amiable en concertation avec l'autre partie.

Article 8 : Assurances

Le Bénévole déclare être couvert en responsabilité civile, par l'assurance, pour les dommages susceptibles d'être causés lors de ses interventions au sein de l'établissement. Il s'engage à fournir à l'établissement une attestation d'assurance à ce titre.

L'établissement garantit en responsabilité civile les dommages susceptibles d'être occasionnés au Bénévole en son sein.

Article 9 : Date d'effet, durée et résiliation

La présente convention prend effet à la date de sa signature. Elle est établie pour une durée d'un an et sera renouvelée par tacite reconduction, à défaut d'être dénoncée par les parties, deux mois avant son échéance.

Dans le cas d'incompatibilité du Bénévole avec la vie collective, les faits sont établis et portés à la connaissance du Bénévole, par la Direction.

La décision définitive est notifiée par la Direction au Bénévole par courrier.

Article 10 : Droit à l'image

J'autorise la Résidence Rémy François à utiliser, pour la promotion de ses actions et de sa vie associative, toute image me concernant sous quelque support que ce soit ayant été prise dans le cadre de mon activité Bénévole.

Je n'autorise pas la Résidence Rémy François à utiliser mon image.

Fait à Ampuis, le 7 mai 2013.....

Pour l'établissement "Rémy François"
Christine VALAT
Directrice

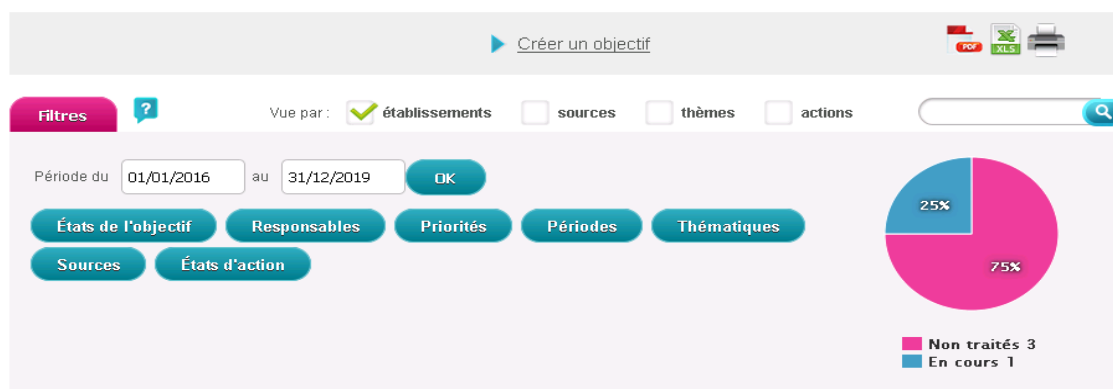


Le Bénévole
Jacqueline CROIZAT

.....


Annexe 15 : Illustrations - plan d'actions + alerte échéance

Plan d'actions Rémy François présenté avec son niveau de réalisation :



Établissement : REMY FRANCOIS

Objectifs	Thèmes	Sources	Responsables	Échéances	Priorités	Avancement		
?	Déployer le conventionnement inter institutionnel.	Accueil d'un résident	- Projet ENI	VALAT Christine	31/01/2017	1		
?	Organiser les savoirs	Manager les compétences	- Projet ENI	VALAT Christine	03/09/2018	1		
?	Mobiliser l'intelligence collective pour élaborer et rédiger le projet d'établissement	Projet d'établissement	- Evaluation externe	VALAT Christine	06/12/2016	1		
?	Renforcer la coopération pour prévenir l'isolement social des résidents PHV	Vie sociale résidents	- Projet ENI	VALAT Christine	28/02/2018	2		

Au 27/07/2016

Plan d'actions Rémy François présenté/thématiques :

Thème : Accueil d'un résident

Objectifs	Sources	Responsables	Échéances	Priorités	Avancement		
?	Déployer le conventionnement inter institutionnel.	- Projet ENI	VALAT Christine	31/01/2017	1		

Thème : Manager les compétences

Objectifs	Sources	Responsables	Échéances	Priorités	Avancement		
?	Organiser les savoirs	- Projet ENI	VALAT Christine	03/09/2018	1		

Thème : Projet d'établissement

Objectifs	Sources	Responsables	Échéances	Priorités	Avancement		
?	Mobiliser l'intelligence collective pour élaborer et rédiger le projet d'établissement	- Evaluation externe	VALAT Christine	06/12/2016	1		

Thème : Vie sociale résidents

Objectifs	Sources	Responsables	Échéances	Priorités	Avancement		
?	Renforcer la coopération pour prévenir l'isolement social des résidents PHV	- Projet ENI	VALAT Christine	28/02/2018	2		

Au 27/07/2016

Annexe 15 : Illustrations - plan d'actions + alerte échéance

Alerte échéance :

DSRF (Christine VALAT)

De: Ageval Solutions <noreply@ageval.fr>
Envoyé: lundi 25 juillet 2016 07:05
À: DSRF (Christine VALAT)
Objet: Alertes du plan d'action Ageval

Bonjour Christine VALAT,

Voici les derniers évènements concernant votre plan d'actions.

Alerte

- Votre action "Mettre en place des animations flash pour les résidents du 1er étage" est arrivée à sa date d'alerte. *Le responsable de l'objectif "Développer des animations adaptées aux résidents qui ont une démence sénile." est Elisabeth RAMARD.*

Cordialement,
L'équipe Ageval.

VALAT

Christine

Novembre 2016>

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service
d'intervention sociale**

ETABLISSEMENT DE FORMATION : ARAFDES Lyon

**CONDUIRE L'ADAPTATION D'UN E.H.P.A.D. EN VUE DE L'ACCUEIL
DE PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP MENTAL
CONFRONTEES A L'AVANCEE EN AGE
Concilier projets de vie et singularité des publics**

Résumé :

Situé dans le Rhône, l'E.H.P.A.D. Rémy François arrive à un moment clef de son existence. Du fait de l'engagement pris dans le cadre du second conventionnement tripartite et pour répondre au besoin d'intimité des résidents, il s'est engagé à supprimer ses chambres doubles, au bénéfice exclusif de leur remplacement par des chambres individuelles.

Pour permettre la réalisation de cette restructuration, la construction d'une extension est indispensable. Une étude de besoin sur son territoire d'implantation a été réalisée afin de concilier la création de cette extension avec une augmentation de sa capacité d'accueil de 10 places, pour porter la capacité totale de l'établissement à 80 lits.

Le département du Rhône étant bien doté en termes de place d'accueil pour personnes âgées, l'étude de besoin a permis d'identifier un manque de place pour accueillir des personnes handicapées vieillissantes en situation de handicap mental.

Dans un contexte de convergence des politiques personnes âgées/personnes handicapées, l'établissement projette de créer une unité de vie pour ces personnes.

Mots clés :

E.H.P.A.D. – Convergence – Partenariat - Accueil - Autonomie - Handicap mental -
Parcours – Politique publique - Projet personnalisé - Résidents

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.