



**EHESP**

---

**DESSMS**

Promotion : **2014-2015**

Date du Jury : **2015**

---

**LA SPECIFICITE DES PERSONNES  
HANDICAPEES AGEES ET DE LEUR  
ACCOMPAGNEMENT EN EHPAD**

- L'exemple de l'EHPAD Mer et Pins  
de Saint Brévin les Pins -

---

**Tagrid Delecourt-Lefeuve**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier Fabienne Ménard, directrice de l'EHPAD *Mer et Pins*, pour m'avoir accueilli dans son établissement pendant 8 mois, pour sa disponibilité et sa confiance. Elle a su me transmettre 20 ans d'expérience professionnelle, et me faire confiance pour piloter ce groupe de travail autour de l'accueil des personnes handicapées âgées.

Je remercie également Madame Lafargue, médecin coordinateur et Madame Blondeau, coordinatrice générale des soins de l'EHPAD *Mer et Pins*, qui ont porté cette réflexion autour des PHA, bien avant mon arrivée. La qualité de leur réflexion et de nos échanges m'ont beaucoup apporté et ont largement contribué au contenu de ce mémoire.

Je remercie également toutes les personnes qui ont accepté de répondre à mes questions, mes entretiens, qui ont participé aux groupes de travail, ou qui m'ont permis de passer du temps à leur côté, en observatrice. J'ai apprécié leur engagement dans leur travail. Ce sont elles qui contribuent au quotidien à améliorer l'accueil des personnes en établissement.

Je remercie enfin les résidents des *Pervenches*, des *Cèdres* et du foyer de vie *Les Abris de Jade* pour ce qu'ils sont : spontanés, pleins de vie et attachants. Ils n'ont fait que confirmer mon envie de mettre mon énergie et mes compétences à leur service. Ils sont une formidable raison de partir travailler chaque matin.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Cadre et méthodologie</b> .....	<b>5</b>
1.1 Cadre de l'étude .....	5
1.1.1 Cadre légal et son évolution.....	5
1.1.2 Notions centrales.....	5
1.1.3 Constats nationaux.....	6
1.1.4 Une prise en considération de la question des personnes handicapées âgées au niveau local.....	7
1.2 Méthodologie de l'étude.....	10
<b>2 Diagnostic des besoins et de l'offre</b> .....	<b>11</b>
2.1 Les besoins identifiés des PHA .....	11
2.1.1 Le profil des personnes handicapées âgées vivant à l'EHPAD <i>Mer et Pins</i> .....	11
2.1.2 Des besoins et des attentes objectivés.....	13
2.2 L'accueil des PHA en EHPAD : une nécessaire adaptation .....	20
2.2.1 Les atouts de l'EHPAD <i>Mer et Pins</i> , comme lieu de vie pour les personnes handicapées âgées.....	20
2.2.2 Les limites actuelles de l'accueil de personnes handicapées en EHPAD .....	24
<b>3 Les leviers d'action favorisant un meilleur accueil et accompagnement des personnes handicapées âgées en EHPAD</b> .....	<b>33</b>
3.1 Proposer un projet de service et de soins spécifiques et formalisés au sein de locaux dédiés .....	33
3.2 Améliorer l'accompagnement du handicap .....	35
3.2.1 Soutenir les professionnels soignants.....	35
3.2.2 Penser l'intégration progressive des nouveaux résidents, dans une logique de parcours.....	38
3.2.3 Définir des outils d'évaluation plus fins des besoins.....	40
3.3 Améliorer la qualité de vie à l'EHPAD : un lieu de vie avant d'être un lieu de soins .....	43
3.3.1 Faire de l'accompagnement social et de l'animation une priorité du plan de soins.....	43
3.3.2 Ouvrir davantage l'EHPAD vers l'extérieur .....	44
3.3.3 Assurer le respect de la vie intime et sexuelle des résidents .....	44
3.3.4 Améliorer la qualité de l'offre hôtelière.....	45
3.3.5 Faire évoluer l'image de l'EHPAD et les représentations qu'il renvoie.....	46
<b>Conclusion</b> .....	<b>49</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>53</b>
<b>Liste des annexes</b> .....	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ACTP : Allocation Compensatrice de Tierce Personne  
AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources  
AMP : Aide Médico-Psychologique  
ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux  
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie  
ARS : Agence Régionale de Santé  
AS : Aide Soignant  
ASH : Agent de Service Hospitalier  
Clic : Centres locaux d'information et de coordination gérontologique  
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie  
CH : Centre Hospitalier  
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques  
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées  
EPMS : Etablissement Public Médico-Social  
ESMS : Etablissement Social et Médico-Social  
ETP : Equivalent Temps Plein  
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé  
FHF : Fédération Hospitalière de France  
GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale  
GIR : Groupe Iso-Ressource  
IME : Institut Médico-Educatif  
Maia : Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer  
MDA : Maison Départementale de l'Autonomie  
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées  
PHA : Personne Handicapée Agée  
PHV : Personne Handicapée Vieillissante  
PMP : Pathos Moyen Pondéré  
PSD : Prestation Spécifique Dépendance  
UPHA : Unité pour Personnes Handicapées Agées

## Introduction

A l'instar du reste de la population, les personnes handicapées voient leur espérance de vie s'allonger, traduisant l'amélioration des conditions de vie et les progrès de la médecine. Parallèlement, les recommandations publiées cette année par l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico - sociaux (ANESM), autour de « l'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes », illustrent l'enjeu croissant que représente ce phénomène, en termes d'offre de services.

La perception de l'allongement de l'espérance de vie des personnes handicapées ne date pas d'aujourd'hui. En 1976, René Lenoir, secrétaire d'Etat à l'Action Sociale, prédisait déjà que « les débiles profonds mouraient presque tous à l'adolescence. Ils atteignent maintenant l'âge mûr et nous aurons dans dix ou quinze ans, de grands handicapés du troisième âge<sup>1</sup>. ». Combien de personnes reconnues handicapées avant leur 60 ans, et aujourd'hui âgées de plus de 60 ans y a-t-il en France ? Et quelle est l'évolution de ce nombre depuis 10, 15, 20 ans ? Quelle est la part de ces personnes ayant vécu ou vivant encore en institution ? La question des données statistiques autour des Personnes Handicapées Agées (PHA) est problématique en ce qu'il n'existe pas de chiffres précis à ce sujet. Le rapport de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) de 2010 établit un constat similaire : il existe peu de publications de la communauté scientifique française à ce sujet, du fait, notamment, des difficultés méthodologiques posées par l'étude de « petits nombres » (les effectifs des populations dites « à risque » étant généralement faible)<sup>2</sup>. Mais quelques chiffres laissent entrevoir une véritable tendance. Selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), en 2010, 8% des résidents en foyer de vie ont 60 ans et plus (contre 5% quatre ans plus tôt)<sup>3</sup>. Selon la CNSA, le nombre de résidents en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), de plus de 40 ans, a augmenté de 113% entre 2001 et 2006<sup>4</sup> !

Parallèlement, l'offre de services à destination des personnes handicapées âgées (PHA) est bancal, du fait de son positionnement au croisement du handicap et de la gérontologie. Elle souffre d'un cloisonnement historique et culturel entre les deux

---

<sup>1</sup> PRIOU J., « Quand les nouveaux besoins réinterrogent les principes des politiques sociale » in : JEANNE (Y)/coord., *Vieillir handicapé*, p. 18

<sup>2</sup> CNSA. Aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes, p.9

<sup>3</sup> DREES, L'accueil des adultes handicapés dans les établissements et services médico-sociaux en 2010, p.5

<sup>4</sup> Op.Cit, P.11

secteurs, alimenté par des formations initiales distinctes et très spécialisées, l'une plutôt centrée sur la dimension éducative, l'autre sur la dimension soin. Ce cloisonnement découle également du peu d'échanges et de partenariats entre les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) d'un côté et les institutions spécialisées de l'autre. Il résulte enfin d'une prise en compte très différenciée des deux publics par les politiques sociales, les personnes âgées étant souvent le « parent pauvre » des politiques sociales, ne profitant pas des mêmes mobilisations parentales que dans le handicap.

L'accueil des personnes handicapées âgées en EHPAD pose la question de l'adéquation entre l'offre proposée traditionnellement par ce type d'institution et les spécificités de ce public. D'abord hospice, les lieux d'accueil pour personnes âgées connaissent un tournant avec la loi du 30 juin 1975 qui consacre le secteur social et médico-social et la rupture avec le sanitaire. Les ordonnances du 24 avril 1996 reviendront sur cette autonomie en redonnant aux hôpitaux la possibilité de gérer à nouveau des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS). La loi 2002-2, quant à elle, élargit le champ d'application du social et médico-social, favorisant les concertations et partenariats entre acteurs, initiant la dynamique de décloisonnement entre handicap et gérontologie, et renforçant le droit des personnes accueillies.

L'EHPAD *Mer et Pins*, sur lequel s'appuie la présente étude, illustre bien ces évolutions historiques. Avant d'être EHPAD, l'établissement trouve son origine dans la construction d'un Lazaret, par l'Etat, en 1862<sup>5</sup>. Cet établissement est destiné à recevoir en quarantaine les équipages et les passagers venant de pays infestés par les maladies contagieuses. Au fil du temps, l'établissement change de fonction : pendant la première guerre mondiale, il reçoit des militaires en convalescence, puis des familles de réfugiés. En 1919, on y crée un sanatorium pour enfants. En 1924, le Département achète la propriété à l'Etat et lui donne le nom de « Maison Départementale de Convalescence et de Repos de Mindin ». Cette maison reçoit d'abord des convalescents de tous âges, puis on y fait construire des bâtiments destinés aux colonies de vacances. Parallèlement un hospice est ouvert. Pendant la seconde guerre mondiale, les locaux sont occupés par l'armée allemande. A partir de 1961, la Maison Départementale de Mindin (MDM) commence à accueillir, en plus des personnes âgées, des enfants, des adolescents et des jeunes gens handicapés. La vocation de l'établissement va, dès lors, s'affirmer chaque jour davantage et le nombre d'hospitalisés ne cessera d'augmenter pour accueillir jusqu'à 1200 résidents. En 1998 l'établissement est transformé en quatre entités juridiquement autonomes, avec l'objectif de passer d'une prise en charge massive à une prise en

---

<sup>5</sup> Les principaux éléments de l'histoire du site de Mindin sont tirés d'une présentation faite par le GCSMS *Estuaire* en décembre 2014.

charge individualisée des personnes accueillies. Ces quatre établissements, qui existent toujours à ce jour, sont :

- l'Établissement Public Médico-social (EPMS) *Le Littoral*,
- l'Institut Médico-Educatif (IME) *L'Estuaire*,
- le Foyer de vie *Les Abris de Jade*,
- et l'EHPAD *Mer et Pins*.

Ce dernier est donc un établissement public médico-social relevant de la loi n° 75.535 du 30 juin 1975 modifiée par la loi n°2002 du 2 janvier 2002. Sa mission est double : l'accueil de personnes âgées et celui de personnes handicapées âgées. Il dispose pour cela d'une capacité de 310 places réparties en plusieurs services implantés sur le site administratif de Mindin :

- Les Camélias : 80 places (pour personnes âgées, polyhandicapées)
- Les Pervenches : 80 places (pour personnes handicapées âgées)
- Les Cèdres : 40 places (pour personnes handicapées âgées)

et dans le centre ville de Saint-Brévin :

- Les Sylphes : 60 places (pour personnes désorientées – apparentées Alzheimer)
- Fleur d'ajonc : 50 places (pour personnes âgées)

En janvier 2003, une nouvelle entité est créée par les quatre établissements : le Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS) *Estuaire*. Il est chargé d'assurer des prestations logistiques communes à ces établissements.

L'EHPAD dispose également d'une Pharmacie à Usage Interne, sous forme de Groupement d'Intérêt Collectif avec l'EPMS et l'Hôpital Intercommunal de Pornic.

S'il constitue une chance pour les personnes handicapées âgées, qui voient accroître leur espérance de vie, leur vieillissement est aussi un nouveau défi pour notre société et ses politiques sociales. Il implique de favoriser la mise en place de réponses adaptées à des besoins en pleine évolution et d'organiser le financement de ces actions.

Aussi, au regard de l'expérience de l'EHPAD *Mer et Pins*, quels sont les atouts et les limites de l'accueil des personnes handicapées âgées en EHPAD ?

Cette question amène une série d'hypothèses : Les personnes handicapées âgées sont un public « à part », présentant des besoins qui leur sont spécifiques ; Pour les accueillir et leur proposer un accompagnement « digne » et de qualité, un EHPAD doit adapter son offre d'accueil ; Enfin, cette adaptation ne peut se penser sans un bousculement des pratiques professionnelles et une reconnaissance de la spécificité de cette prise en charge par les politiques sociales ainsi que par un rapprochement des secteurs du handicap et des personnes âgées.

Questionner les spécificités de l'accueil des personnes handicapées âgées en EHPAD implique de replacer cette problématique dans son contexte national et local et de mettre en œuvre une méthodologie permettant d'explicitier les besoins de ce public (I). Après avoir mis en évidence les besoins et envies de ce public, ainsi que les réponses qui leur sont apportées en EHPAD à ce jour (II), il s'agira d'identifier les leviers d'action favorisant l'amélioration de cet accompagnement (III).

La méthodologie utilisée vise à objectiver les besoins et les envies des personnes handicapées âgées, ainsi que l'offre d'accueil qui leur est proposée. Pour cela, elle s'appuie sur le croisement de plusieurs regards, représentant les différentes parties prenantes : les résidents, leur famille, les professionnels, les acteurs institutionnels, les partenaires du territoire, les chercheurs et les intellectuels, chacun appartenant soit au secteur du handicap, soit à celui de la gérontologie. La méthodologie s'attache également à croiser plusieurs méthodes de recueil d'informations : des recueils de données chiffrées ou littéraires, des entretiens individuels ou collectifs, des ateliers filmés et l'observation participative. Elle sera décrite plus en détail ci-dessous.

# 1 Cadre et méthodologie

## 1.1 Cadre de l'étude

### 1.1.1 Cadre légal et son évolution

Il n'existe pas à ce jour, de politiques nationales dédiées à l'offre de services et l'accompagnement dédiés aux personnes handicapées âgées. Au contraire, comme l'analyse Johan Priou, directeur de l'URIOPSS Centre, les politiques sociales françaises souffrent d'une « divergence » des compensations du handicap, articulée autour de la barrière d'âge de 60 ans<sup>6</sup>. Jusqu'à sa disparition, en 2006, l'Allocation Compensatrice de Tierce Personne (ACTP) avait permis d'opérer une convergence des dispositifs et prestations offertes aux personnes, quelque soit leur âge. Mais la création de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD), en 1997 va instaurer cette barrière d'âge de 60 ans. Avant on est handicapé, après on devient dépendant. Ce système introduit une différence de prise en charge selon que le handicap soit intervenant avant ou après 60 ans. Et cette barrière est confirmée avec l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en 2002.

Ainsi, à ce jour, le statut des personnes handicapées âgées ne se retrouve donc dans aucun cadre réglementaire : ni dans la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, ni dans le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, adopté en 1<sup>ère</sup> lecture par l'Assemblée Nationale et en mars dernier par le Sénat.

### 1.1.2 Notions centrales

Le choix a été fait de parler de « personnes handicapées âgées » et non de « personnes handicapées vieillissantes » (PHV). Il s'agit là de différencier le « processus » des personnes vieillissantes (vivant par exemple en foyer de vie), pour lesquelles l'entourage est en phase de « repérage » de signes du vieillissement, de celles qui sont pleinement entrées dans la perte d'autonomie liée à l'âge, qui sont dans un « état » de vieillesse, au point qu'un accompagnement médico-social soit devenu indiscutable.

Malgré cette différence sémantique, la définition des « personnes handicapées âgées » reste proche de celle donnée par le groupe de travail organisé par la CNSA en 2010<sup>7</sup> : ces personnes ont « entamé ou connu [leur] situation de handicap, qu'elle qu'en soit la nature ou la cause, avant de connaître par surcroît les effets du vieillissement ». Dans le cas des personnes accueillies à l'EHPAD *Mer et Pins*, il s'agit d'un public majoritairement originaire de foyer de vie, atteintes d'un handicap mental relativement léger<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> Op.Cit, p. 25

<sup>7</sup> Op.Cit, p. 18

<sup>8</sup> Ce constat sera nuancé un peu plus loin, dans la partie diagnostic, avec l'évolution du public accueilli et l'arrivée de plus en plus importante de personnes venant du secteur psychiatrique.

De même que le spécifie le rapport de la CNSA, l'EHPAD n'impose aucun critère d'âge : les personnes entrent lorsqu'elles en expriment le besoin et l'envie, parfois encouragées par leur entourage d'origine (famille ou institution).

L'autre notion centrale de ce mémoire est celle de « handicap ». De quel type de handicap parlons-nous ? Il s'agit majoritairement d'handicap mental ou psychique, mais ces deux notions restent floues. Le Dr Leguay, médecin psychiatre et coordinateur du CReHPsy des Pays de la Loire, reconnaît lui-même que le concept d'« handicap psychique » n'est pas stabilisé et fait encore l'objet de la recherche d'un consensus au niveau national. Au sein de l'EHPAD, la distinction ou le rapprochement entre handicap et maladie psychiatrique reste une interrogation non résolue. La prise en charge psychiatrique pose de multiples questions : doit-on distinguer handicap et maladie psychiatrique ? Sachant que tous les personnes handicapées ne relèvent pas de psychiatrie. Est-ce qu'une personne atteinte de troubles psychiatriques est handicapée ? Sachant que de plus en plus de personnes du secteur « ordinaire » finissent par être atteintes de troubles psychiatriques, avec l'âge.

### **1.1.3 Constats nationaux**

L'avancée en âge des personnes handicapées, et les besoins en termes d'accueil et d'accompagnement qu'elle induit, est une préoccupation nationale relativement récente, du début des années 2000. Le rapport Blanc en 2006<sup>9</sup>, le groupe de travail piloté par la CNSA en 2010<sup>10</sup> et plus récemment le rapport Gohet en 2013<sup>11</sup>, illustrent la prise de conscience nationale à ce sujet. Pour autant, cette thématique ne fait encore l'objet d'aucun cadre juridique ni d'aucune mesure pérenne dédiée et les deux secteurs, handicap et personnes âgées, continuent de faire l'objet de politiques distinctes. La loi « handicap » de 2005 prévoyait pourtant, dans son article 13, une convergence des deux champs « dans un délai de cinq ans », via la suppression de la « distinction entre les personnes handicapées en fonction de critères d'âge en matière de compensation du handicap et de prise en charge des frais d'hébergement en établissements médico-sociaux ». Mais, comme le relève Johan Priou, force est de constater que l'ambition de cette loi n'est pas arrivée à son terme, et ce, alors même que l'article 13 n'a pas été abrogé !<sup>12</sup> Ainsi, si l'enjeu d'un cinquième risque, autour de la dépendance, est largement partagé, il est peu relayé au niveau national, car son impact financier ne serait pas neutre. En effet, les prestations personnes âgées seraient alignées sur celle du handicap, plus élevées, provoquant une hausse significative des dépenses publiques.

---

<sup>9</sup> Blanc (P). *Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge.*

<sup>10</sup> Op.Cit

<sup>11</sup> Gohet (P). *L'avancée en âge des personnes handicapées. Contribution à la réflexion*

<sup>12</sup> Op.Cit p. 23-24

Notons toutefois quelques tentatives allant dans le sens d'un rapprochement politique entre les deux secteurs. C'est le cas, par exemple, du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, qui prévoit la création des Maison Départementale de l'Autonomie (MDA). Le département de la Mayenne en fait actuellement l'expérience. Sa MDA a absorbé les acteurs principaux du handicap et du vieillissement, dont les 9 centres locaux d'information et de coordination gérontologique (Clic), la maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (Maia), la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et le service chargé de l'APA. Les Clic se sont mués en « antennes territoriales de l'autonomie », apportant « une réponse d'accueil de proximité, respectueuse des spécificités locales » ; et un numéro vert a été créé. Les personnels de la MDPH, des Clic et du conseil général sont devenus polyvalents, traitant à la fois le vieillissement et le handicap.

#### **1.1.4 Une prise en considération de la question des personnes handicapées âgées au niveau local**

L'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire, consciente des besoins suscités par l'avancée en âge des personnes handicapées, a initié en 2014, un groupe de travail régional autour de cette problématique. Composé de représentant de l'ARS, des 5 conseils départementaux, des Fédérations et des représentants des usagers, ce groupe de travail a œuvré à élaborer un « référentiel relatif à l'accompagnement médico-social des personnes handicapées vieillissantes », à domicile comme dans les services. La directrice de l'EHPAD *Mer et Pins* faisait partie des participants, au titre de la Fédération Hospitalière de France (FHF). Elle était accompagnée du médecin coordonateur de l'EHPAD. Le référentiel est donc largement inspiré de l'expérience mise en œuvre par l'EHPAD *Mer et Pins*. Il s'articule autour de deux axes, sur lesquels nous reviendrons plus en détail au moment d'aborder les leviers d'action : d'une part, le repérage du vieillissement des personnes handicapées et l'évaluation de leurs nouveaux besoins et d'autre part l'adaptation du projet de vie et du projet d'établissement et de service à ce vieillissement.

La position des conseils départementaux de la région est plus variée et illustre les inégalités territoriales fréquentes entre les départements. En termes de réflexion politique et d'organisation des services, la tendance est au décroisement et au rapprochement des politiques du handicap et du vieillissement. Hormis en Loire-Atlantique, l'ensemble des départements de la région a élaboré (ou est en voie de le faire) un schéma départemental unique commun aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Cette approche permet notamment d'aborder la dépendance avec plus de cohérence, de décroiser les secteurs du handicap et de la gérontologie pour parler de dépendance et

de parcours. Leurs services sont également communs de sorte qu'il n'y ait qu'un interlocuteur unique pour les acteurs des deux secteurs.

L'ensemble des départements de la région se dit préoccupé par la question de l'accueil des PHA, pour deux raisons<sup>13</sup> :

- Le vieillissement des personnes handicapées est relativement récent, leur espérance de vie étant souvent moins élevée que celle des personnes du milieu « ordinaire » (notamment pour certaines formes de handicap telles que la Trisomie 21). L'accueil et l'accompagnement de ces personnes vers la perte d'autonomie est donc un besoin nouveau auquel il faut s'adapter en développant de nouvelles prises en charge.
- L'offre de services dans le secteur du handicap adulte (foyers de vie, foyers d'hébergement) est engorgée et ne permet pas d'accueillir de nouveaux jeunes arrivants, d'où une multiplication des « amendements Creton »<sup>14</sup> et un engorgement par ricoché des IME. Il devient donc indispensable d'envisager une fluidification de ces services et un accueil ciblé des plus âgés.

Face à ces préoccupations, certains départements de la région ont d'ores et déjà agi, en identifiant des places dédiées aux PHA dans des EHPAD, pour lesquelles est alloué un budget spécifique.

- En Sarthe, l'EHPAD public relevant du Centre Hospitalier (CH) de Saint Calais accueille 45 PHV et bénéficie, pour ces places, d'un budget spécifique et d'un tarif majoré, accordé par le Conseil Départemental 72, tout en maintenant son droit à l'aide sociale. Ces moyens supplémentaires, comparé à un EHPAD classique, financent notamment 2,5 Equivalent Temps Plein (ETP) d'animation. L'établissement a également transformé des postes d'Aide Soignant (AS) et d'Agent de Service Hospitalier (ASH) en poste d'Aide Médico-Psychologique (AMP)<sup>15</sup>.
- En Mayenne, la résidence associative *Saint-Georges-de-Lisle* à Saint Fraimbault propose, au sein d'une même structure physique, 42 places en foyer de vie et 36 en EHPAD pour des PHA. L'EHPAD bénéficie pour cela d'un tarif majoré de 67€/jour (contre une moyenne départementale de 53€/jour) et du déplafonnement de l'aide sociale, la grande majorité des résidents pouvant y prétendre. Comme pour l'EHPAD de Saint Calais, ces moyens supplémentaires financent essentiellement du temps d'animation (2 ETP d'animation pour 46 résidents).

---

<sup>13</sup> Source : entretiens avec les directeurs des services concernés dans les 5 conseils départementaux des Pays de la Loire entre octobre 2014 et avril 2015

<sup>14</sup> Personnes de plus de 18 ans, toujours accueillies en IME (la limite d'âge étant normalement de 18 ans)

<sup>15</sup> Source : services du Conseil Général 72 – avril 2015

- En Maine et Loire, l'EHPAD *Saint Martin*, de l'association *Sainte Famille* à Beaupréau, propose une Unité pour Personnes Handicapées Agées (UPHA) de 19 places (sur 190 places d'EHPAD) est s'est vu valider, dans sa convention tripartite, un tarif majoré pour les résidents de cette unité de 78€/jour, tout en restant éligible à l'aide sociale (contre 58€ pour les autres résidents de l'EHPAD).

En Loire-Atlantique, le Conseil Général a pour le moment fait le choix de ne pas reconnaître la spécificité de l'accueil des PHA proposé par l'EHPAD *Mer et Pins*. Seule l'ARS l'a fait, en allouant pour trois ans, à titre d'expérimentation, une enveloppe de 202 000€ annuelle, visant à couvrir des moyens fléchés vers ce public.

La Vendée, également préoccupée par cette problématique, a pour projet de lancer conjointement avec l'ARS, d'ici fin 2015, deux appels à projet en ce sens:

- La transformation de 32 places d'EHPAD en places pour PHV (sous forme d'unités de 8 à 12 places, au sein de différents établissements). Ces places bénéficieraient d'un tarif adapté afin de financer, notamment, du temps d'animation.
- La création de places d'EHPA pour les PHV plus autonomes (sortant d'ESAT par exemple), au sein de foyers de vie ou de foyers d'hébergement.

## 1.2 Méthodologie de l'étude

La méthodologie mise en œuvre au cours de cette étude avait pour objectif d'évaluer et objectiver les besoins et les envies des personnes handicapées âgées afin de proposer des moyens d'actions adaptés. Les constats et propositions dont cette étude fait état, sont le fruit du croisement de regard de plusieurs parties prenantes et de plusieurs méthodes de recueil de données.

A partir du terrain de stage de professionnalisation qu'a représenté l'EHPAD Mer et Pins, j'ai réalisé ou co-réalisé une trentaine d'entretiens<sup>16</sup>, répartis de la manière suivante :

- Des entretiens individuels<sup>17</sup> avec :
  - Des familles et des résidents de l'EHPAD
  - Des professionnels de l'EHPAD : cadres, médecin, soignants, animateur, ...
  - Des professionnels du Foyer de vie voisin : cadres, infirmier, animateur, ...
  - Des acteurs « extérieurs » : conseil départemental, ARS, CNSA, MDPH, ADAPEI, etc.
- Des entretiens collectifs avec des éducateurs, moniteurs du foyer de vie voisin
- Des ateliers filmés de résidents de l'EHPAD, à qui il était demandé de s'exprimer, par le biais du dessin, autour des thématiques suivantes :
  - Qu'est-ce que l'amour ?
  - Qu'est ce que la maison idéale ?
  - Qu'est-ce que la retraite ?

Les dessins ont été le moyen pour les résidents, de dépasser leur difficultés d'expression orale et de servir de support aux échanges qui ont suivi. L'intérêt de les filmer réside dans la possibilité, ensuite, d'analyser leur comportement et l'environnement nécessaire à leur expression. Ces films permettent également de partager un certains nombre de constats lors des restitutions de ce travail. Ils parlent souvent davantage que les écrits de ce mémoire.

A ces entretiens se sont ajoutés :

- Des observations participatives, au sein des services des *Pervenches* et des *Cèdres* de l'EHPAD *Mer et Pins*
- La participation a une formation des professionnels de l'EHPAD, autour de l'accompagnement des personnes atteintes de troubles mentaux et psychiatriques
- Le recensement de données chiffrées à propos des résidents handicapés de l'EHPAD : âge actuel, âge à l'entrée, lieu d'origine, type de handicap, fréquence des visites, etc.<sup>18</sup>
- La lecture de sources littéraires

---

<sup>16</sup> Annexe 1: Tableau de synthèse des entretiens menés

<sup>17</sup> Annexe 2: Base de grille d'entretien vierge

<sup>18</sup> Annexe 3: Extrait du tableau de recensement des données résidents

## 2 Diagnostic des besoins et de l'offre

### 2.1 Les besoins identifiés des PHA

#### 2.1.1 Le profil des personnes handicapées âgées vivant à l'EHPAD *Mer et Pins*

Sur les 120 places proposées aux personnes handicapées âgées (PHA) par l'EHPAD, 113 étaient occupées au moment du recensement des données, en janvier 2015. Les PHA se distinguent des résidents accueillis dans des EHPAD classiques sur plusieurs aspects.

##### A) Un parcours institutionnalisé

87% d'entre eux ont connus un parcours institutionnalisé, avant leur entrée à l'EHPAD. 62% sont originaires des établissements de Mindin, la moitié étant même arrivée avant la scission des 4 établissements en 1998. Certains sont nés à Mindin, ont connu l'IME puis les structures handicap adultes mindinoises, et donc ses professionnels, qui pour certains, exercent toujours à l'EHPAD. Plus de la moitié des PHA étaient en foyer de vie *Les Abris de Jade* avant d'entrer à l'EHPAD. Du leur passé institutionnel résulte une transition parfois brutale entre un secteur du handicap bien doté en terme de moyens (avec une présence humaine importante et de nombreuses activités) et un secteur gérontologique plus modeste (avec des ratios de 1 pour 10 le matin, 1 pour 20 l'après-midi et une culture soignante qui laisse peu de place aux animations). Cependant, ces parcours institutionnalisés expliquent que de nombreux résidents s'adaptent assez facilement à la vie en EHPAD. Ils sont d'ores et déjà habitués à vivre en collectivité. Notons une diversification des profils à l'entrée, avec l'arrivée de personne en provenance du domicile (11%) ou du secteur de la psychiatrie (16%). Sur ce dernier point, il convient d'apporter une précision. La part de personnes ayant séjourné en psychiatrie et entrant à l'EHPAD pourrait être plus importante. Mais l'expérience de certains de mes collègues, au sein de la psychiatrie, montre qu'il existe des « hospitalisations inadéquates » liées au refus de certaines familles de quitter l'hôpital pour l'EHPAD, pour des raisons financières. En effet, l'EHPAD a un coût bien supérieur, en termes de reste à charge, que l'hôpital psychiatrique. De plus, le système de tarification au forfait – et non à l'activité – des hôpitaux psychiatriques, peut parfois inciter les médecins psychiatres à l'« hospitalisation inadéquate » de patients moins lourds à prendre en charge, pour un même coût, allégeant ainsi la charge de travail des professionnels<sup>19</sup>.

---

<sup>19</sup> Source : échanges avec une collègue de la promotion, ayant réalisé son stage au sein d'un hôpital psychiatrique, lors du point sur l'avancée du mémoire, animé par M. Le Rat, le 6 juillet 2015.

## B) Une relative jeunesse

Bien qu'il y ait une tendance à l'allongement de l'espérance de vie des PHA, les résidents des *Cèdres* et des *Pervenches* sont relativement jeunes. L'âge moyen à l'admission est de 63 ans (contre 84 ans pour les autres services) et l'âge moyen des résidents présents est de 72 ans, soit 13 ans de moins que la moyenne nationale. De cette relative jeunesse découle un dynamisme encore bien présent, bien que plus modéré que les adultes du foyer de vie, et une envie de rester actif. Les problématiques de santé et de dépendance sont également moins prégnantes que pour les résidents plus âgés des autres services, ce qui impacte de manière non négligeable l'enveloppe « soins » allouée à l'établissement par l'ARS et calculée à partir de la grille PATHOS.

## C) Un isolement social

Les PHA sont des personnes relativement isolées socialement. 57% d'entre elles n'ont eu ni visite ni courrier ces deux dernières années. 27% n'ont pas de famille connue<sup>20</sup>. Selon les professionnels les plus anciens, il était courant, il y a plusieurs dizaines d'années, de trouver des enfants handicapés abandonnés par leur famille, aux portes de la Maison Départementale de Mindin. Ce constat n'est plus d'actualité. Et l'isolement social des résidents tend à se raréfier avec les nouvelles générations, les familles étant davantage investies. Toujours est-il que pour les plus anciens, ce sont les professionnels qui jouent le rôle de substitut familial, temps qui n'est aujourd'hui pas valorisé d'un point de vue financier.

## D) Des personnes sous mesures de protection

L'ensemble des résidents handicapés âgés bénéficient d'une mesure de protection. Du fait de l'isolement social des PHA, la part des familles est faible, dans ces tutelles ou curatelles, la mandataire judiciaire jouant alors elle aussi le rôle de substitut familial, pour les 80 mesures qui lui sont attribuées.

## E) Un handicap avant d'être vieux

Comme précisé plus haut, les PHA ont connu un handicap avant de connaître les effets du vieillissement. A leur entrée à l'EHPAD *Mer et Pins*, 60% sont atteints d'une déficience intellectuelle, 23% d'une pathologie psychiatrique, 12% d'un syndrome démentiel et 6% d'un déficit sensoriel (ces handicaps pouvant être cumulatifs). Il en découle des besoins spécifiques, auxquels les professionnels des EHPAD « classiques » ne savent pas toujours répondre, cela n'étant pas prévu dans leur cursus de formation (à l'exception des AMP). A ces handicaps, s'ajoutent des pathologies diverses telles que du diabète, de

---

<sup>20</sup> Source : enquête statistique menée auprès des 113 résidents des services des *Pervenches* et des *Cèdres*, présents au moment de l'étude.

l'hypertension artérielle, de l'épilepsie, des cancers, de l'insuffisance rénale, des maladies de Parkinson, de l'insuffisance respiratoire, etc.

### 2.1.2 Des besoins et des attentes objectifs

Le choix de parler de personnes handicapées âgées et non vieillissantes, permet de cibler les personnes les plus âgées et désormais affectées par la dépendance. Cependant, il semble inévitable d'étudier leur besoin avant même leur entrée à l'EHPAD, afin de mettre en évidence les limites atteintes dans leur lieu de vie d'origine et les raisons qui invitent à penser que l'EHPAD puisse être une solution plus adaptée.

#### A) Les besoins et envies des PHA avant leur entrée à l'EHPAD

La période précédant l'entrée à l'EHPAD a plus particulièrement été étudiée à partir du Foyer de vie *Les Abris de Jade*, voisin de l'EHPAD *Mer et Pins* et principal lieu d'origine des résidents handicapés âgés.

Il apparaît qu'avec l'âge, les résidents du foyer de vie sont en proie à des angoisses plus fréquentes et manifestent davantage le besoin d'être rassurés, écoutés. Les professionnels constatent également une accélération des dégradations psychiques et une amplification de certains troubles du comportement : la déficience prend alors peu à peu le dessus sur l'autonomie de la personne. De même, la perte de repères spatio-temporels s'amplifie.

Aux dégradations psychiques s'ajoutent des dégradations physiques: problématiques médicales, pertes sensorielles, troubles alimentaires, troubles de l'incontinence, multiplication des pertes d'équilibre et des chutes, etc.

Face à ces constats, de nouveaux besoins apparaissent.

En premier lieu, un besoin croissant de tranquillité, qui se traduit par la recherche d'un rythme de vie et d'activité plus calme. Or, le fonctionnement actuel du foyer de vie, organisé autour d'un mélange intergénérationnel dans les lieux de sommeil comme dans les temps d'animation ne le permet pas. Le respect d'horaires, le bruit, le programme quotidien soutenu contrastent avec la recherche de tranquillité des résidents plus âgés.

*« Ces résidents ont besoin de moins remplir leur journée, d'être moins dans « l'activisme », et davantage dans des « petites activités » au jour le jour, dans des temps d'échange et de présence. Il faudrait être moins dans « le faire ». »<sup>21</sup>*

Ainsi, le foyer de vie ne prendrait pas suffisamment en compte la fatigabilité des résidents les plus âgés.

---

<sup>21</sup> Extrait d'un entretien individuel avec un cadre éducatif du foyer de vie *Les Abris de Jade*, janvier 2015

*« Il n'y a pas d'activités différenciées par âge. [...] Idem pour le rythme de vie quotidien. Il est le même pour tout le monde, tout âge confondu. Le matin, tout le monde est réveillé à la même heure (7h), il n'y a pas de possibilité de faire la grasse matinée. [...] Les unités sont très bruyantes (mauvaises isolation des locaux, livraison matinale des repas et moteur du camion de livraison qui tourne sous les fenêtres). Ces personnes sont très sensibles au bruit. [...] Certains résidents vont se recoucher après. »<sup>22</sup>*

On constate de fait une désertification des activités et animations par les résidents plus âgés.

*« Plusieurs signes peuvent montrer que le foyer de vie n'est plus adapté aux personnes qui vieillissent : elles n'investissent plus le S2A<sup>23</sup> les mercredis après-midi, elles se mettent en retrait du groupe, elles passent plus de temps assises dans un fauteuil dans l'entrée, à regarder tout le monde passer »<sup>24</sup>.*

Les personnes handicapées n'ont pas toujours conscience de leur fatigabilité et ne cherchent pas toujours à adapter leur comportement en conséquence, à l'image du processus de « déprise », transition biographique parfois constatée chez les personnes âgées. Ces dernières réaménagent progressivement leur vie au cours de leur avancée en âge, à mesure des difficultés rencontrées (problèmes de santé, d'interactions avec autrui – se faire bousculer, avoir interdiction de conduire, etc.) et s'adaptent à leur nouvelle situation. A l'inverse, les personnes handicapées âgées ont souvent peu conscience de leur vieillissement.

*« Ils n'ont pas l'impression d'être vieux. [...] Ils ne vont pas avoir la même conscience de la maladie que nous, ni de la douleur. Surtout pour ceux qui sont sous un traitement neuroleptique au long court, qui va augmenter le seuil de la douleur. Certains sont insensibles aux conséquences d'une chute ! [...] Ce sont des personnes qui ne se plaignent pas. »<sup>25</sup>*

Et de citer l'exemple d'une personne qui, suite à une chute, s'est fracturée la hanche, mais s'est relevée sans rien dire, aggravant ainsi son pronostic.

Les personnes handicapées âgées ont alors besoin d'être accompagnée progressivement vers la perte d'autonomie et sa prise de conscience. Or, les professionnels du foyer de vie, habitués à favoriser le maintien et le développement de l'autonomie physique et psychique, peinent à accepter la perte d'autonomie des plus âgés et à les accompagner en ce sens. Ils reconnaissent alors l'intérêt de l'EHPAD.

*« A l'EHPAD, il y a moins ce côté éducatif, c'est plus naturel. Il y a plus d'observation des résidents, moins de distance qui est mise avec eux. Dans le handicap, on recherche à mettre plus de distance pour inciter la personne à être plus autonome et ne pas être dans*

---

<sup>22</sup> Ibid.

<sup>23</sup> Dénomination du pôle d'activités du foyer de vie

<sup>24</sup> Ibid.

<sup>25</sup> Extrait d'un entretien individuel avec une infirmière de l'EHPAD Mer et Pins, février 2015

*le maternage. L'EHPAD c'est rassurant. Il y a beaucoup de petites attentions particulières. On est tout de suite sur des questions de bien être (la place à table, la cohabitation, ...) »<sup>26</sup>*

Avec l'âge, les résidents du foyer de vie nécessitent un accompagnement individuel plus important, à adapter au jour le jour, qui permette d'être davantage à l'écoute de leurs petits besoins, de les rassurer, de les aider dans les actes de la vie quotidienne (remonter un pantalon qui tombe, renouer de lacets défaits, les aider à effectuer certains soins d'hygiène, etc.). Cela contraste avec la logique plus collective du foyer de vie.

Apparaît également le besoin d'un confort matériel, afin de répondre à certaines dégradations physiques : l'aménagement des chambres et des pièces de vie pour favoriser la circulation, éviter de se prendre les pieds dans les tapis, avoir des barres d'appui, etc. Augmentent enfin les besoins de médicalisations et de soins. D'une manière générale, les résidents les plus âgés du foyer de vie requièrent davantage de vigilance et de prévention.

Face à ces nouveaux besoins liés au vieillissement de résidents, les professionnels du foyer de vie ne savent pas toujours comment réagir. En effet, il leur est difficile d'accepter une perte d'autonomie si longtemps recherchée, d'autant que certains professionnels travaillent à *Mindin* depuis plusieurs dizaine d'années et connaissent les résidents depuis aussi longtemps. A cela s'ajoute la détresse des professionnels éducatifs qui, faute de formation, de préparation et de matériels adaptés, ne savent pas faire face à la perte d'autonomie, aux soins induits et à la mort. Ce constat n'est pas valable pour les Aides Médico-Psychologiques (AMP). De plus, la vision négative de l'EHPAD, véhiculée par le secteur du handicap, crée un sentiment de culpabilité de la part des professionnels du foyer de vie, peïnés de « laisser partir » des résidents qu'ils connaissent bien. Ce sentiment est accentué lorsque les départs sont insuffisamment préparés et anticipés, poussant certains à dire : « *On a été mis devant le fait accompli. On ne s'est pas quitté comme il fallait* »<sup>27</sup>

Cette image négative de l'EHPAD n'est pas partagée par la majorité des résidents vieillissant du foyer de vie. Pour nombre d'entre eux, l'entrée à l'EHPAD marque un passage nécessaire dans leur vie, comme l'illustre ce témoignage de résidents :

*« L'EHPAD c'est la retraite », c'est le lieu où « [l'] on ne fait plus rien, on souffle », où « [l'] on n'a plus les jeunes qui hurlent autour de nous, parce que c'est fatigant ».*<sup>28</sup>

Si les résidents les plus âgés diminuent significativement leur participation aux activités proposées par le foyer de vie, ils précisent toutefois qu'entrer à l'EHPAD ne veut pas dire

---

<sup>26</sup> Cadre socio-éducatif du foyer de vie, Op.Cit.

<sup>27</sup> Extrait d'un entretien collectif avec des éducateurs et moniteurs éducateurs du foyer de vie *Les Abris de Jade*, février 2015

<sup>28</sup> Extrait d'un entretien collectif avec des résidents du foyer de vie *Les Abris de Jade*, Mars 2015

ne plus rien faire ! Ils expriment au contraire leur souhait de continuer à avoir des activités et à pouvoir se promener, parce que « quand on ne fait plus rien, on vieillit plus vite ! »<sup>29</sup>, selon l'un d'eux.

D'autre part, ils ont identifiés que l'EHPAD *Mer et Pins* ne se limitait pas aux services des *Pervenches* et des *Cèdres*, qui leur sont normalement dédiés. Ces deux services ont la particularité d'être situés sur le site de Mindin, dans des bâtiments relativement vétustes, proposant majoritairement des chambres doubles et des douches collectives. Certains souhaitent entrer au service de *Fleur d'Ajonc*, situé dans le centre ville de Saint Brévin les Pins et proposant des infrastructures plus récentes et plus confortables. L'un des résident exprime le souhait de quitter le quartier de Mindin, très stigmatisé dans la région, comme un asile : « ça fait 60 ans que je suis à Mindin, je veux changer ! »<sup>30</sup>. Un autre résident invoque la proximité de *Fleur d'Ajonc* avec le centre ville et le terrain de pétanque, ainsi que la possibilité de disposer d'une chambre et d'une douche individuelle.

Malgré le souhait d'un certains nombre de résidents du foyer de vie à entrer à l'EHPAD, des interrogations persistent et les inquiètent, parmi lesquelles : « est-ce que j'aurai les moyens de payer 1700€ ? », « Est-ce que j'aurai toujours de l'argent de poche ? Et comment le récupérer si j'ai une tutelle extérieure à l'établissement ? », « A quelle heure on dine ? Et si on rentre plus tard, on peut nous garder un plateau ou on ne mange pas ? », « Est-ce que je peux emmener mes meubles ? Avoir mon lit double ? », « Est-ce que je pourrai continuer à avoir une tisane avant de me coucher ? ». Ces interrogations variées soulignent le manque de communication autour de l'EHPAD, suscitant des inquiétudes.

D'autres résidents, à l'inverse, manifestent clairement leur refus d'entrer à l'EHPAD, lieu qu'ils perçoivent comme un mouvoir et un lieu de privation, comme l'exprime cette résidente : « Je ne serai plus libre de sortir ». Parmi les réticents, la principale raison invoquée est celle de retourner en chambre double, eux qui sont depuis longtemps habitués à avoir leur propre chambre : « On va être dans des chambres à deux, tout serrés »; « ça rappelle les dortoirs »; « Avec deux télé dans la chambre, personne ne peut écouter la sienne, c'est horrible ! »<sup>31</sup>.

---

<sup>29</sup> Op Cit.

<sup>30</sup> Op Cit.

<sup>31</sup> Op Cit.

## B) Les besoins et envies une fois entré à l'EHPAD

L'entrée à l'EHPAD est certes un changement important pour les résidents, mais elle s'avère moins perturbante que ce que l'on peut imaginer, du moins en comparaison avec une personne âgée arrivant de son domicile. En effet, un grand nombre de personnes handicapées âgées ont un passé institutionnel. Elles sont d'ores et déjà habituées à la vie en collectivité et ont une véritable capacité d'adaptation, parfois supérieure à celle des soignants.

Les besoins identifiés ci-dessus, avant l'entrée à l'EHPAD, persistent une fois entré, voir s'accroissent : ceux qui sont liés aux déficits moteurs et aux dégradations physiques, mais également les besoins en soins et d'accompagnement vers une perte d'autonomie souvent peu appréhendée par la personne elle-même.

Concernant les troubles du comportement, deux cas de figure se distinguent. Pour certaines personnes, on peut constater avec l'âge, une stabilisation voire un recul de certaines pathologies psychiatriques ou troubles du comportement. Pour d'autres, ces troubles persistent et parfois s'accroissent. Ces troubles peuvent engendrer une agitation et de la violence, qui se propagent très rapidement entre les résidents, telle une étincelle. Ils sont parfois un moyen d'expression pour des résidents qui peinent à se faire comprendre par la parole. Crier, taper, jeter devient parfois la seule façon d'exprimer leur mal-être. Ces troubles nécessitent d'être identifiés, connus et compris par les soignants. Un cadre contenant, des repères stables ou des techniques de détournement pourront permettre de les prévenir. Autant d'éléments qui justifient la présence d'une équipe formée à ce sujet.

De leur handicap et de leur passé institutionnel résultent une difficulté à respecter certains codes sociaux, utiles à la vie en collectivité (notamment en matière d'hygiène). Certains n'ont ainsi jamais le réflexe d'essuyer leurs pieds en entrant, d'autres mangent de façon peu soignée ou très précipitée. Les soignants jouent alors un rôle de modèle aux yeux des personnes, auquel il importe d'associer de l'explication.

Face aux difficultés d'expression orale, il est nécessaire de prendre le temps : de décrypter ce que la personne tente d'exprimer, de la faire répéter, d'encourager son expression, y compris celle de ses sentiments. Cela suppose parfois de passer par d'autres voies que la parole et de proposer des moyens d'expression alternatifs, variés et adaptés, d'où l'importance de la créativité de la part des soignants.

De plus, les personnes handicapées âgées ont des difficultés de concentration et d'attention qui impliquent d'avoir un cadre défini et rassurant, au sein duquel les professionnels stimulent, encouragent leurs prises d'initiative. Les ateliers organisés avec les résidents, dans le cadre de cette étude, illustrent bien cela. A partir de trois

thématiques - la retraite, l'amour et la maison idéale - les personnes, en groupe de 8-10, sont invitées à s'exprimer par le biais du dessin, qu'elles commenteront ensuite. Les ateliers sont filmés, offrant ainsi un outil riche d'analyse de pratiques et d'illustration des besoins. On y voit des personnes qui, une fois qu'elles sont encouragées par les professionnelles, n'hésitent pas à exprimer leurs sentiments : « l'amour c'est la rage, c'est quand on s'embrasse sur la bouche », « l'amour est un feu qui dévore »<sup>32</sup>. Elles ont plaisir à parler de leurs amours anciens, de leurs « galants », de leur famille, des amitiés nouées au sein de l'EHPAD avec les autres résidents ou de leur attachement aux soignants. Le dessin leur sert de support et l'expression orale est très lente, décousue, nécessitant pour le public beaucoup d'attention et de répétition. Une résidente aborde les tensions pouvant exister entre eux : « [...] tout le monde s'engueule. Ils se battent. Comment voulez-vous qu'il y ait de l'amour ? Y'a pas un lien de communication. [...] On ne se respecte même pas. Respecter les gens quoi, puisqu'on est fait pour vivre en communauté jusqu'à la fin de nos jours »<sup>33</sup>. Son témoignage souligne l'importance du rôle de médiateur que jouent les soignants.

Comme le mentionne la première partie de ce diagnostic, la situation des personnes handicapées âgées diffère tout particulièrement de celle des personnes âgées d'un EHPAD en ce qu'elles souffrent d'un véritable isolement social. Ceux qui en ont une, mentionnent souvent leur désir de voir leur famille. Pour d'autres, en l'absence de familles ou de proches, ce sont aux professionnels d'endosser le rôle de substitut familial pour répondre aux besoins affectifs des personnes (au quotidien, pour marquer les « temps forts » d'anniversaire, de fêtes de fin d'année, etc.), les accompagner faire leurs achats (de vêtements, de produits d'hygiène ou de loisir), ou lors de leur rendez-vous médicaux extérieurs.

Avec une moyenne d'âge de 72 ans, les PHA sont encore actifs et sont en attente d'animations, ce qu'ils ont largement exprimé au cours des ateliers filmés. Ainsi, à la question « qu'est-ce que la retraite ? », les résidents ont répondu : « J'aime aller au restaurant et au cinéma » ; « J'aime faire des sorties [...], prendre des photos. Mais ici on n'en fait pas beaucoup (des sorties) » ; « J'aime me promener » ; « J'aime les jeux de société » ; « Je n'aime pas rester à rien faire » ; « Ma passion c'est le jardin. Mais ici y'a rien. Ça me passerait le temps » ; « Je ne sors plus car j'ai peur de tomber. »<sup>34</sup>.

De même, dans leur maison idéale, ils s'imaginent en train de bricoler à l'atelier le matin, jardiner avec l'aide d'un jardinier (ramasser les mauvaises herbes, avoir des fleurs et un potager), jouer aux petits chevaux, partir en vacances, etc. Ils apprécient les animations

---

<sup>32</sup> Extrait des ateliers filmés, organisés avec les résidents des *Pervenches* et des *Cèdres*, mars 2015

<sup>33</sup> Op Cit.

<sup>34</sup> Op Cit.

proposées, mais remarquent que les soignants n'ont pas le temps de jouer avec eux et que cela dépend beaucoup de l'animatrice coordinatrice.

Enfin, de nombreux témoignages et du temps passé dans les services montrent à quel point les PHA sont attachés à participer à la vie quotidienne du service, en mettant et débarrassant le couvert, essuyant la vaisselle, épluchant les pommes. Cela n'empêche pas certains d'entre eux d'apprécier d'avoir des « femmes de ménage » pour nettoyer leur chambre et faire leur lit.

Les besoins et envies énoncés ci-dessus, soulignent l'importance du cadre matériel qui doit être offert aux résidents : un cadre de vie agréable, soigné et fleuri, qui rassure, favorise l'expression et permet de participer aux tâches quotidiennes facilement. Ce cadre matériel permet de leur donner des repères auxquels ils sont attachés. A titre d'exemple, il est de coutume de napper les tables le dimanche et les jours de fête, pour le repas du midi, ou de servir un apéritif le week-end, ou de mettre du muguet au mois de mai. Autant de détails qui comptent à leurs yeux et servent de repères temporels.

Ils soulignent également l'importance du cadre humain. Ce dernier passe par un engagement authentique des soignants, leur permettant d'assumer le rôle de substitut familial, ce qui suppose de leur part un engagement physique et une posture empathique afin de répondre aux besoins d'attention, de valorisation et d'attachement des résidents. Cet engagement suppose également une posture cadrante et une capacité de régulation et d'apaisement, permettant de prévenir les troubles du comportement et réguler les conflits, ainsi qu'une disponibilité quotidienne, que ce soit au cours de moment organisé (comme les ateliers) ou lors d'échanges informels dans la journée.

## **2.2 L'accueil des PHA en EHPAD : une nécessaire adaptation**

Les besoins identifiés montrent la nécessité d'adapter les prestations communément proposées en EHPAD. C'est ce qu'essaye de faire l'EHPAD *Mer et Pins*, au sein de deux services dédiés à l'accueil des personnes handicapées âgées : les *Cèdres* et les *Pervenches*. Si cette démarche est louable et présente de nombreux intérêts, il demeure des limites, qui ne permettent pas encore, à ce jour, un accueil optimal pour ce public.

### **2.2.1 Les atouts de l'EHPAD *Mer et Pins*, comme lieu de vie pour les personnes handicapées âgées**

#### **A) Des services dédiés**

Avec 310 lits, l'EHPAD *Mer et Pins* se démarque des EHPAD que l'on rencontre communément, de par sa taille conséquente. Mais ce sont surtout les 120 places dédiées à l'accueil de personnes handicapées âgées, au sein de deux services distincts, qui font sa particularité et sa richesse. En effet, comme nous l'avons montré plus haut, les PHA entrant à l'EHPAD ont pratiquement une génération d'écart avec le reste des personnes accueillies. Lorsque ces deux publics vivent quotidiennement dans les mêmes services, il en résulte que « les sujets handicapés vieillissent [...] prématurément, s'identifiant aux âgés institutionnalisés, et ce d'autant plus qu'ils sont peu stimulés ; ils deviennent vite dépendants de l'institution, se coulent dans les soins de maternage contre lesquels les pratiques éducatives ont le plus souvent lutté antérieurement »<sup>35</sup>. A l'inverse, les personnes âgées sont assez peu tolérantes envers les personnes handicapées. Elles peuvent tenir des propos désagréables à leur encontre. Le choix a donc été fait de consacrer deux services exclusivement à l'accueil des PHA. En parallèle, ces deux publics sont amenés à se retrouver lors d'activités ponctuelles, telle que la rédaction du journal de l'EHPAD, tous les deux mois.

#### **B) Une trame de projet de service dédié**

A ces services correspondra un projet dédié (et donc distinct des autres services), en cours d'élaboration, par la cadre supérieure de santé et le médecin coordonateur. Le fil conducteur de ce projet réside dans le souhait de passer de la logique éducative, proposée par les foyers de vie à l'accompagnement à la perte d'autonomie, à la compréhension et à l'apaisement des troubles du comportement. En d'autres termes, selon la coordinatrice générale des soins de l'EHPAD, la philosophie de cette ébauche de projet

---

<sup>35</sup> TALPIN (J-M)., « Le vieillissement en institution » in : JEANNE (Y)/coord., *Vieillir handicapé*, p. 74

de service « ne vise plus à chercher à diminuer les troubles de la personne dans un objectif d'intégration dans la société ordinaire, mais d'essayer de comprendre le malaise qu'ils expriment, les réguler, les apaiser sans chercher nécessairement à les faire disparaître »<sup>36</sup>.

La trame de ce projet s'articule autour de quatre points majeurs :

- ❖ Accompagner les personnes au quotidien en:
  - Respectant leur rythme de vie,
  - Accompagnant et compensant leur dépendance physique et affective,
  - En gérant et prévenant leurs troubles spécifiques du comportement,
- ❖ Renforcer les activités adaptées en:
  - Adaptant l'environnement des personnes, par des aménagements,
  - Développant la prise en charge en rééducation (grâce aux compétences d'ergothérapeute et de psychomotricienne),
- ❖ Favoriser les liens familiaux et maintenir les échanges avec l'extérieur et le lieu d'origine de la personne, en:
  - Proposant des séjours thérapeutiques avec les soignants,
  - Activant la possibilité d'un accueil conjoint du parent âgé et de son enfant handicapé âgé, mais sur des sites distincts.
- ❖ Développer les partenariats avec les structures d'amonts du handicap, de la psychiatrie, de l'hôpital ou des services à domicile.

La trame du projet de service prévoit également de:

- ❖ Déceler le moment où il devient trop difficile pour la personne de réaliser certains actes et l'accompagner à lâcher prise,
- ❖ Faciliter l'accès aux soins,
- ❖ Rechercher en permanence le curseur entre « offre de soins » et « respect du lieu de vie », en d'autres termes, entre une prise en charge médicale et le maintien de moments de plaisirs, « revendicables » au moment de la retraite (par exemple, la possibilité de boire un verre d'alcool, d'avoir un animal de compagnie, d'avoir un régime alimentaire qui ne soit pas optimal pour la santé, etc.),
- ❖ Favoriser l'approche non médicamenteuse,
- ❖ Proposer une période d'essai

---

<sup>36</sup> Extrait d'un entretien individuel avec la coordinatrice générale des soins de l'EHPAD *Mer et Pins*, décembre 2014

C) Une équipe pluridisciplinaire compétente en matière d'accompagnement du handicap

Une autre richesse de l'EHPAD *Mer et Pins* réside dans l'équipe soignante et l'histoire du site. En effet, lorsqu'il était encore fondu dans la Maison Départementale de Mindin, l'EHPAD était la partie d'un immense établissement de 1000 lits accueillant les résidents handicapés les plus âgés. Une partie des professionnels ayant connu cette organisation sont aujourd'hui en service à l'EHPAD. Ils bénéficient ainsi, de par leur expérience et les divers postes occupés à la MDM, d'une double compétence : sociale et sanitaire, et ils sont familiers avec l'approche du handicap.

Cette compétence « historique » est complétée par des formations continues. Le choix de l'équipe de direction de l'EHPAD *Mer et Pins* est de former l'ensemble des professionnels des *Pervenches* et des *Cèdres*. C'est de cette dynamique collective que viendra le changement de culture et l'adaptation des pratiques, et non de la formation « clairsemée » de quelques uns. Ainsi, l'ensemble des professionnels des deux services a suivi ou va suivre la formation « Accompagner et apporter un nouveau regard sur les personnes âgées atteintes de troubles mentaux et psychiatriques »<sup>37</sup>. J'ai pu participer à une partie de cette formation. Dans ce cadre, les soignants sont invités à s'exprimer sur les difficultés qu'ils rencontrent avec certains résidents, ainsi que sur les questionnements que ces difficultés suscitent. Un soignant s'interroge à propos d'un résident trisomique: « Nous avons de plus en plus de personnes trisomiques, venant du foyer de vie. On a tendance à les stimuler. Mais est-ce qu'on en fait trop ? Parfois je me demande si j'ai bien fait ou comment je pourrais faire autrement ». La formatrice reconnaît que le phénomène du vieillissement des personnes trisomiques s'accroît. Il se traduit souvent par des « basculements » soudains dans la violence. La trisomie vieillissante reste très peu connue et peu d'éléments scientifiques existent à ce sujet. Cette formation permet également d'apporter un éclairage sur les psychoses, qui s'apparentent à des pertes de la réalité, et qui sont liées à un défaut neurologique (par exemple la schizophrénie ou la bipolarité), ainsi que sur les névroses, qui sont des adaptations de la réalité (par exemple l'hystérie ou les phobies). On apprend par exemple, que l'hystérie est liée à un rapport difficile avec sa sexualité et des pulsions refoulées qui ressortent à d'autres endroits du corps. Cela se traduit souvent par des crises pouvant s'apparenter à des épilepsies, des paralysies, des personnes hypocondriaques, exprimant une insatisfaction permanente. Mais la personne reste dans la réalité. Une personne atteinte de schizophrénie présentera, elle, des difficultés de concentration, une réticence à l'effort, des troubles de la mémoire. Elle sera en dehors de la réalité. Face à ces états, la formation apporte des éléments de compréhension et des outils. Les soignants apprendront par exemple que face à une

---

<sup>37</sup> Thomas (N.), Formation, Saint-Brévin-les-Pins, 13-15 janvier 2015

personne schizophrène, en plein délire (positif), il ne s'agira pas de la faire revenir à tout prix dans le monde réel mais de l'accompagner, de jouer avec elle dans son délire. Ils apprendront également à mobiliser des outils tels que le toucher corporel (poser sa main sur la personne, pour qu'elle se sente en contact, en lien avec la réalité), ou tout simplement à rester à côté de la personne, sans parler. Ils pourront également envisager des moyens d'isoler une personne en crise, sans utiliser la contention, mais en lui proposant de faire quelques pas dehors ou au contraire, en rentrant dans espace plus contenant, telle que sa chambre. Enfin, les soignants sont incités à apprendre à se protéger et à savoir « passer le relais » à une autre personne (de l'équipe ou extérieure) lorsqu'ils se sentent épuisés ou trop démunis.

#### D) Des souplesses d'accueil

L'EHPAD *Mer et Pins* a également comme atout de proposer la possibilité d'un accueil conjoint parent / enfant. Les enfants handicapés âgés sont accueillis aux *Pervenches* ou aux *Cèdres* et le ou les parents très âgés aux *Camélias* par exemple, situé dans un autre bâtiment, mais voisin. Certaines situations à domicile deviennent trop complexes du fait de l'âge des parents comme des enfants. Les parents, trop âgés, ne sont plus capables d'accompagner leur enfant handicapé, mais la crainte de la séparation est souvent trop dure pour le reconnaître. La possibilité offerte par ce double accueil, où chacun est dans un service adapté à ses propres besoins, mais suffisamment proches pour se voir régulièrement, permet de remédier à ces situations.

De plus, l'EHPAD offre une période d'essai d'un mois aux résidents handicapés, afin de favoriser leur adaptation et une transition la plus douce possible. Au terme de ce mois, s'il ne s'y sent pas bien, le résident a la possibilité de quitter l'EHPAD sans préavis et retrouver sa situation antérieure. Sa place au foyer de vie *Les Abris de Jade*, notamment, lui est conservée jusqu'à confirmation de son intégration à l'EHPAD.

#### E) Le maintien des repères spatiaux et sociaux

La proximité géographique entre l'EHPAD et le Foyer de vie permet aux résidents de conserver la plupart de leurs repères, lorsqu'ils entrent à l'EHPAD, diminuant ainsi l'effet de rupture. A l'EHPAD, les résidents se sentent toujours dans leur « quartier ». Ils retrouvent leurs amis du Foyer de vie, peuvent revoir facilement ceux qu'ils viennent de quitter. Ils continuent également de se rendre à la cafétéria du quartier, animée par des résidents de l'EPMS voisin, véritable point de rencontre et de loisirs pour nombre d'entre eux.

#### F) Des moyens supplémentaires fléchés

Enfin, afin « d'expérimenter » un accompagnement dédié, l'EHPAD *Mer et Pins* s'est vu allouer, dans le cadre de sa convention tripartite, une enveloppe de 202 000E annuels, pendant trois ans, par l'Agence Régionale de Santé. Ces crédits non renouvelables, permettent de financer :

- ❖ Du temps soignants supplémentaire (2 IDE)
- ❖ Du temps d'accompagnateur social: ce dernier a pour mission d'accompagner les résidents à leurs rendez-vous médicaux extérieurs, comblant ainsi le rôle des familles absentes. Il contribue ainsi à favoriser l'accès aux soins des personnes handicapées âgées en assurant à la fois le trajet jusqu'au lieu de rendez-vous, mais également l'interprète auprès des professionnels médicaux, lorsque la personne a du mal à s'exprimer.
- ❖ Du temps de rééducation renforcé : l'ergothérapeute assure adaptation personnalisée des aides techniques et la psychomotricienne propose des activités de groupe.

### **2.2.2 Les limites actuelles de l'accueil de personnes handicapées en EHPAD**

#### A) Le cloisonnement de deux secteurs

Comme nous l'avons mentionné plus haut, les secteurs du handicap et de la gérontologie se sont longtemps ignorés, tant du point de vue des politiques sociales que de celui du terrain. Ce cloisonnement engendre une « différence de prise en charge entre les lieux de vie éducatifs et les maisons de retraite du fait des différences de qualifications des professionnels et du fait de l'écart dans les ratios d'encadrement, au bénéfice des lieux de vie »<sup>38</sup>. Le tout risquant de déboucher sur des ruptures de parcours.

La première cause de rupture est liée aux changements de modalités d'accompagnement de la part de professionnels n'ayant pas les mêmes qualifications, ni même la même culture de l'accompagnement. En effet, en échangeant avec les professionnels des deux secteurs, on comprend qu'il existe une différence de culture fondamentale entre eux, du fait tout d'abord du contenu de leur formation respective, très distincte. Les professionnels du handicap (moniteurs éducateurs, éducateurs, animateurs) acquièrent des compétences centrées autour de l'éducatif et de l'apprentissage de l'autonomie, dans la perspective de travailler essentiellement avec des enfants ou des adultes handicapés, et non des personnes âgées. De son côté, la formation des professionnels en gérontologie (aide soignants, agents de service hospitalier) est davantage articulée autour du soin. Seuls les aides médico-psychologiques (AMP) font

---

<sup>38</sup> TALPIN (J-M), Op Cit., p. 74

exception à ce constat, alliant, au cours de leur formation, des connaissances relatives aux soins et à l'accompagnement social. Mais dans l'ensemble, les professionnels des EHPAD sont peu préparés à accueillir des personnes présentant des troubles spécifiques du comportement ou des problématiques psychiatriques, de fortes difficultés d'expression et des malformations prononcées.

Selon une infirmière de l'EHPAD *Mer et Pins* :

*« Il faut avoir une connaissance du handicap pour venir ici. Par exemple, les personnes trisomiques ont des troubles très importants. Ce sont des personnes très manipulatrices. Il faut les connaître pour les prendre en charge. Cela suppose beaucoup d'empathie, de patience, d'écoute, mais aussi de la rigueur pour poser des limites ! Car ils savent bien jouer dessus ! »<sup>39</sup>*

A l'inverse, les professionnels du handicap ne sont pas compétents pour accompagner la perte d'autonomie, la fin de vie et faire face à la mort.

Des professionnels du foyer de vie *Les Abris de Jade* reconnaissent :

*« On n'a pas la formation, ni le matériels nécessaires pour faire face à la perte d'autonomie. Par exemple, les résidents qui adorent prendre des bains, ça devient risqué pour certains, car les baignoires ne sont pas adaptées à la perte d'autonomie. »*

*« A un moment, notamment quand l'état du résident requiert de plus en plus de soins, on n'a l'impression de ne plus avoir notre place, de ne plus savoir répondre à ces nouveaux besoins. On n'a pas été formé pour ça. »<sup>40</sup>*

De plus, la rupture est plus souvent le fait du comportement des professionnels éducatifs que de la crainte des résidents de changer de lieu de vie. Jean-Marc Talpin, maître de conférence en psychologie clinique, évoque ce phénomène lié au temps passé en institution spécialisée, parfois depuis l'enfance avec les mêmes professionnels : «Fruit de l'impossibilité de penser les personnes autrement que dans une perpétuelle enfance, et de leur investissement, par les professionnels, [...]la séparation [...] est vécue comme douloureusement par les professionnels, qui éprouvent alors des sentiments de culpabilité, d'abandon, parfois même de trahison »<sup>41</sup>. Ce constat est confirmé par les propos des professionnels du foyer de vie, pour lesquels le départ d'un résident à l'EHPAD est qualifié de « déchirement ». Et de reconnaître :

*« On s'attache aux résidents. On se rend parfois compte que la personne est prête à partir à l'EHPAD, mais ce sont les professionnels qui sont réticents. Les résidents sont bien souvent prêts avant nous. »*

*« [...] On sait qu'on engendre de l'angoisse chez eux. Ils sont comme des éponges »*

---

<sup>39</sup> Extrait d'un entretien individuel avec une infirmière de l'EHPAD *Mer et Pins*, février 2015

<sup>40</sup> Extrait d'un entretien collectif avec des éducateurs et moniteurs éducateurs du foyer de vie *Les Abris de Jade*, février 2015

<sup>41</sup> TALPIN (J-M)., Op.Cit, p. 74

« [...] On sait qu'on les envoie dans des endroits où ça sera leur dernier lieu de vie. Nous on n'est pas préparé à la mort »<sup>42</sup>

La distance constatée sur le terrain entre les professionnels du handicap et ceux de la gérontologie, s'explique également par les représentations que génèrent chacun des deux secteurs. Ainsi, les soignants portent un regard « envieux » aux institutions « bien dotées », critiquant le manque d'optimisation des moyens qui leurs sont alloués. De son côté, l'EHPAD pâti de l'image négative du « mouvoir », comme en témoignent ces paroles de professionnels du foyer de vie : « l'EHPAD est purement médical et uniquement tourné vers le soin », « les unités de vie sont trop grandes », « il n'y a pas de possibilité d'avoir d'intimité, de vie privée », « les effectifs sont trop limités », « ça ne sent pas bon ».

Un professionnel du foyer de vie résume :

*« L'EHPAD c'est : la toilette le matin, le ménage de la chambre, l'accompagnement au repas, la sieste après les feux de l'amour, le goûter, le pyjama à 18h30, le repas et au lit ! »*<sup>43</sup>

Les familles du foyer de vie expriment également leur inquiétude : « [En EHPAD] les personnes ne sont pas libres et doivent manger et se coucher de bonne heure » ; « le personnel est trop peu nombreux et débordé »<sup>44</sup>. De plus, l'image de l'EHPAD *Mer et Pins* est aggravée par sa localisation sur le site de Mindin, dont le simple nom continue d'évoquer, sur le territoire de Loire-Atlantique, « l'usine » de 1000 lits aux pratiques obsolètes et dégradantes.

Ces représentations alimentent un climat de défiance entre les professionnels des deux secteurs, qui ne favorise pas un travail en commun et génère des ruptures de prise en charge, lors des transferts de dossier.

Enfin, la rupture entre les deux secteurs est largement alimentée par l'inégalité de moyens offerts, pour compenser son handicap, selon que l'on relève du handicap ou de la vieillesse. On peut alors parler de politiques sociales à deux vitesses, scindées autour d'une barrière d'âge (60 ans). En effet, le niveau de moyens alloués aux EHPAD, comme les prestations individuelles de compensation (l'Allocation Personnalisée d'Autonomie - APA), est sans commune mesure avec celui qui est octroyés aux personnes handicapées (prestation de compensation du handicap (PCH) et dotation aux établissements du handicap). En témoigne la différence de taux d'encadrement dans les services, le foyer de vie ayant près d'1 professionnel pour 5 résidents, tandis que l'EHPAD en compte 1 pour 10 le matin, 1 pour 20 l'après-midi ! Cette inégalité de moyens ne trouve de justification que sur la base d'un critère d'âge. En France, on est handicapé

---

<sup>42</sup> Op. Cit

<sup>43</sup> Extrait de l'entretien collectif, Op Cit.

<sup>44</sup> Ibidem

avant 60 ans et on devient une personne âgée comme les autres après. Le simple basculement d'âge engendre un changement radical de traitement. Le rapport Blanc, en 2006, dénonce déjà l'absence de caractère universel des prestations offertes aux personnes handicapées, selon leur âge :

*« 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 » ; « les dispositifs spécifiquement conçus pour les personnes handicapées vont être confrontés au vieillissement de la population handicapée, du fait de l'allongement de leur espérance de vie ».*

Le rapport pose alors deux questions fondamentales : comment assurer la continuité de prise en charge avant et après 60 ans ? Mais surtout, inégalité est flagrante. Premièrement, la PCH permet de financer à la fois des aides humaines et des aides techniques<sup>45</sup>, alors que l'APA se limite au financement d'aides humaines. Deuxièmement, le plafond d'aide de la PCH, dans le cadre d'un recours à un service à la personne âgée, est d'environ 17€/h (soit 3570€ pour 1 heure d'aide par jour pendant 1 mois). Nettement moins favorable, l'APA ne finance des aides humaines qu'à hauteur de 843€/ mois maximum. De plus, ces montants sont variables d'un département à l'autre, créant une seconde inégalité, territoriale cette fois. S'il est vrai que, dans le cadre de prestation individuelle, la personne reconnue handicapée avant 60 ans peut continuer à bénéficier de la PCH après 60 ans, à la place de l'APA, ceci n'est valable que pour les personnes vivant à domicile et non pour celles qui entrent en EHPAD. En effet, les dépenses de dépendance des EHPAD ne sont financées que par l'APA et jamais par la PCH, et ce, que les résidents aient été reconnus handicapés avant 60 ans ou pas. L'APA est alors versée sous forme de dotation annuelle, calculée sur une estimation du niveau de dépendance des résidents, à partir d'un outil très contestable : la grille nationale AGGIR<sup>46</sup>.

## B) L'évaluation des besoins insatisfaisante

La méthode officielle d'évaluation des besoins des résidents est réalisée à partir de la grille AGGIR (pour la dépendance) et de la coupe PATHOS (pour le soin). Créée à l'origine dans le cadre hospitalier, la grille AGGIR ne permet pas, par ses variables, d'évaluer globalement et totalement les besoins des PHA. Le caractère limité des résultats de cette évaluation ne sont pas exploitables par les équipes pour adapter leur accompagnement ; d'autre part, l'outil AGGIR, couplé à la coupe PATHOS, impacte négativement les ressources de l'établissement.

La grille AGGIR a le défaut de n'être qu'un outil d'éligibilité à la prestation APA et non un outil d'évaluation global des besoins. Les 10 variables discriminantes relatives à

---

<sup>45</sup> La PCH permet de financer des aides techniques jusqu'à 3960 € pour 3 ans

<sup>46</sup> AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources

l'autonomie dans les actes élémentaires et les 7 variables relatives à l'autonomie domestique et sociale de la grille AGGIR<sup>47</sup>, ne permettent d'évaluer qu'une partie des situations de handicap : celle ayant trait à l'activité. Or, l'évaluation globale des besoins passe par une évaluation multidimensionnelle. Cette dernière doit aborder non seulement les activités et la participation de la personne, mais également la description de certaines caractéristiques personnelles (exemple : le surhandicap généré, notamment par des déficiences sensorielles), celle de caractéristiques de son environnement (exemple : le contexte familial) et des éléments de son parcours de vie.<sup>48</sup> Ainsi, l'évaluation résultant de la grille AGGIR ne tient pas compte du handicap psychique ou de l'environnement urbain et matériel de la personne. Elle ne permet de valoriser ni la complexité des besoins des PHA, ni la nécessité de recourir à des dépistages de déficiences sensorielles, ni le temps nécessaire aux soignants à un accompagnement de qualité, plus particulièrement en ce qui concerne le temps d'écoute et de compréhension des PHA. Les budgets des EHPAD accueillant des PHA se voient donc pénalisés par ce mode de calcul, la section dépendance étant financée sur la base du GIR Moyen Pondéré (GMP)<sup>49</sup> de l'établissement<sup>50</sup>. Notons en sus que les méthodes de « girrage » varient d'un département à l'autre, l'utilisation différenciée de cet outil est source d'inégalités territoriales dans l'octroi de l'allocation APA. L'évaluation par le biais de la grille AGGIR doit donc être complétée par une évaluation multidimensionnelle.

L'enveloppe soins, quant à elle, est calculée à partir du Pathos Moyen Pondéré (PMP), à savoir, le niveau moyen de pathologies des résidents. Or, cette méthode « pénalise » les EHPAD accueillant des PHA, qui, du fait de leur relative jeunesse, présentent moins de pathologies que dans un EHPAD classique, faisant chuter le PMP et par conséquent l'enveloppe soin qui lui est corrélée. D'autant que les pathologies psychiatriques, plus fréquentes chez les PHA, ne sont pas prises en compte dans le mode de calcul en vigueur !

### C) La disponibilité limitée des soignants

Une autre limite de l'offre de service en EHPAD à destination des personnes handicapées âgées réside dans la disponibilité limitée des soignants au quotidien.

Une première explication réside dans l'insuffisance des moyens humains alloués aux EHPAD (conséquence directement liée à la seconde limite évoquée ci-dessus, celle de

---

<sup>47</sup> Annexe 4: Formulaire de grille AGGIR

<sup>48</sup> Source : CNSA 2010

<sup>49</sup> Le cumul de l'ensemble des GIR des personnes présentes dans l'établissement à un instant T permet à l'établissement de déterminer le GMP, qui est le niveau moyen de dépendance des résidents et permet à la structure de percevoir des moyens en conséquence. Plus le niveau de dépendance des résidents est élevé, plus le GMP est élevé.

<sup>50</sup> A noter que depuis le décret de 2013, le GMP des ESSMS ne fait plus l'objet de révision annuelle mais uniquement au moment du renouvellement de la convention tripartite.

l'évaluation et de la valorisation incomplète des besoins). Mais l'argument des moyens n'est pas le seul en cause.

La disponibilité des soignants est aussi liée à leur posture, leur empathie, la capacité qu'ils ont, même lorsqu'ils sont occupés par un soin, à écouter, répondre, sourire aux résidents. Or cette empathie, bien qu'existante, n'est pas le fait de tous.

De plus, la disponibilité est aussi fonction de l'organisation, du contenu des « tâches » quotidiennes, notamment le matin, et du niveau de priorité qui leur ait donné par les soignants. Les EHPAD, *Mer et Pins* en particulier de par son passé sanitaire, sont encore très imprégnés de la culture du soin. La toilette notamment, occupe une place importante dans les représentations de ce qui est bon pour le résident, aux yeux des soignants. Or, le temps passé à « laver » les résidents est autant de temps perdu pour leur proposer des activités et des temps d'échange. Cela est d'autant plus dommage que, comme le souligne une aide-soignante, c'est en fin de matinée qu'ils sont le plus en forme et le plus en attente d'activité.

D) L'animation comme axe « secondaire » du plan de soins

L'animation et l'offre d'activités constituent alors un nouvel écueil de l'offre de service proposé par les EHPAD.

Alors que l'animation constitue un volet capital pour ce public relativement jeune et dynamique, de 72 ans d'âge en moyenne, elle est souvent reléguée au second plan du plan de soins. Pourtant, à la lecture des nombreux témoignages des résidents, aucun ne mentionnera jamais l'importance de la toilette dans ses critères de bien-être. En revanche, ils expriment tous des attentes en matière d'activité, de possibilité de bricoler, de jardiner, de sorties au restaurant, au cinéma, etc. Les PHA sont d'autant plus dans cette attente qu'ils arrivent, pour la plupart, de structures du handicap au sein desquelles l'activité et la stimulation est le maître mot.

Mais avec une animatrice coordinatrice à temps plein pour 310 places, il est difficile, à elle seule, de proposer un niveau d'activités qui réponde aux attentes des PHA. La question de moyens est alors posée. Elle n'est cependant pas l'unique piste d'amélioration.

Les animations restent encore très dépendantes de l'animatrice coordinatrice de l'EHPAD et encore trop peu à l'initiative des soignants. Le manque de temps est invoqué par ces derniers. Mais, le fait est que l'animation ne constitue pas, aux yeux des soignants, une « tâche » incontournable de l'accompagnement quotidien de la part d'une aide-soignante ou d'un agent de service hospitalier – elle l'est davantage pour une aide médico-psychologique. La raison est d'abord historique. Comment le rappelle l'ouvrage de JJ Amyot<sup>51</sup>, l'animation n'a longtemps pas eu sa place dans les établissements médico-sociaux. : « les

---

<sup>51</sup> Amyot (J-J), Agaësse (M), Argoud (D), Ennuyer (B), Hugonot (R), Marécaux (Y), Mollier (A), Villez(A), Pratiques professionnelles en gérontologie, Paris : Dunod, 2007, p. 1339

établissements étaient des lieux d'enfermement, des lieux où la liberté et le plaisir n'avait pas droit de cité ». Le cérémonial de la vie en institution est souvent restreint aux besoins fondamentaux. Avec l'évolution de la société, la libéralisation des mœurs, et le développement de l'offre, notamment associative, dans le champ du handicap et de l'enfance, les EHPAD développent peu à peu leur offre d'animation. Pour autant, les EHPAD souffrent encore souvent d'une trop grande prégnance du soin dans l'accompagnement qui est proposé aux résidents.

Le faible intérêt des soignants pour l'animation réside également dans le contenu de leur formation, qui met essentiellement l'accent sur le soin et finalement peu sur la vie sociale des personnes. Les soignantes les plus anciennes de l'EHPAD Mer et Pins témoignent de la « révolution » des pratiques qui s'est opérée depuis plusieurs années au sein des EHPAD. Ainsi, en début de carrière, leur travail était jugé sur la « propreté » des résidents : un résident propre et bien peigné était un résident bien accompagné. Fort heureusement, les mentalités ont évolué, encouragé, notamment, par la loi de 2002-2, rénovant l'action sociale et médico-sociale, dont l'objectif est de remettre l'usager au cœur du dispositif. Par l'affirmation de droits et libertés des usagers, la diffusion de la charte des droits et des libertés ainsi que d'outils juridiques permettant de faire respecter ces droits (projet de vie individualisé, contrat de séjour, projet d'établissement, etc.), cette loi a largement contribué à requestionner les pratiques au sein des EHPAD et à se recentrer sur ce qui est important pour les résidents. Mais les mentalités évoluent doucement, et même 13 ans après, il reste du chemin à parcourir.

Ainsi, aujourd'hui encore, lorsque que l'on demande à une AS ou une ASH : « vous arrive-t-il d'oublier de faire une toilette ? », elles répondent toujours « non » et cette éventualité leur semble choquante. En revanche, lorsqu'on leur demande : « vous arrive-t-il ne pas proposer d'activités l'après-midi ? », beaucoup répondent que oui, estimant que, lorsque le temps ne leur permet pas, ce n'est pas une priorité. Le résultat des ateliers filmés, destinés à inviter les résidents à exprimer leurs sentiments sur des sujets comme l'amour, la retraite ou la maison idéale, montre bien l'importance de diversifier les animations, et de ne pas les limiter à du purement occupationnel. Et en réfléchissant, quel est le plus important pour les résidents ? Que leur toilette soit faite tous les jours, en intégralité, et qu'ils passent le reste de la matinée à attendre le repas en s'ennuyant ? Ou qu'ils soient un peu moins propre, mais que leur soient proposées des animations ?

Selon une infirmière de l'EHPAD, il découle de la faible offre d'activités des « syndromes de glissement » :

*« A l'EHPAD, ils n'ont plus l'intérêt à vivre. Certains arrivent en marchant, puis quelques mois après ne marchent plus. [...] Il y a des choses qu'ils perdent du fait qu'il n'y a pas le personnel pour les stimuler davantage ».*

Et d'ajouter :

« Certes, ils recherchent plus de calme en entrant à l'EHPAD [qu'au foyer de vie], mais calme ne veut pas dire ne rien faire ! »<sup>52</sup>

Enfin, force est de constater qu'il existe des formes de discriminations dans l'accès aux animations proposées par les soignants, notamment les ballades. Les personnes en fauteuil sont nettement moins sollicitées, du fait de la complexité de déplacement qu'elles requièrent : déplacement du fauteuil, appréhension face à l'utilisation des véhicules adaptés, etc.

#### E) Des prestations architecturales et hôtelières insuffisantes

De nombreux EHPAD publics souffrent de la vétusté de leurs locaux, vétusté résultant parfois d'un choix d'amortissement de durée trop longue, comme il était fréquent de le faire par le passé. Aussi, faute de moyens suffisants, et pour ne pas trop augmenter le tarif journalier des résidents, ces EHPAD trainent à engager des travaux de réhabilitation de leurs locaux désuets. Un des principaux défauts de l'EHPAD *Mer et Pins* réside dans la vétusté de ses locaux et tout particulièrement ceux accueillant des personnes handicapées âgées : les *Pervenches* et les *Cèdres*. Certes, de véritables efforts ont été faits ces dernières années pour proposer des espaces extérieurs plus agréables et accessibles pour tous, et sa situation face à l'Estuaire reste privilégiée. Des travaux de réfection des peintures ont également été menés dans les salles de vie et certaines chambres. Mais du point de vue des locaux, l'EHPAD *Mer et Pins* ne propose pas un lieu de vie agréable et commode pour les résidents. Situés dans des constructions du début des années 80, les services des *Pervenches* et des *Cèdres* sont organisés selon un schéma sanitaire ancien. De longs couloirs desservent des chambres doubles, dans leur grande majorité, et des douches collectives, ne favorisant pas l'intimité des résidents. Notons toutefois que les chambres doubles ont pu être appréciées par certaines personnes anxieuses, rassurées d'avoir une présence la nuit auprès d'eux. Mais cela concerne une minorité de personnes, les autres aspirants à des espaces personnels. De plus, les espaces de vie restent insuffisants.

Aux limites de la prestation architecturales, s'ajoutent celles de la prestation hôtelière. Comme l'illustrent les témoignages filmés des ateliers, les résidents aspirent à des lieux de vie agréables, soignés et propres, ainsi qu'à un fleurissement intérieur et extérieur. Or, à l'instar du volet animation, la « bonne tenue » des services n'est pas une préoccupation majeure des soignants. Ces derniers prêtent peu d'attention aux rideaux défaits, aux stores cassés, aux chaises mal rangées, aux tableaux de travers, à l'obsolescence des informations du tableau d'affichage, etc. Ils invoquent le manque de temps pour la plupart, trop pris par les soins. L'EHPAD est pourtant un lieu de vie, avant d'être un lieu de soins, mais l'acceptation de cette affirmation nécessite encore de travailler les représentations encrées dans la culture soignante.

---

<sup>52</sup> Op Cit

## F) L'épuisement des professionnels

Les personnes handicapées âgées, plus que les personnes âgées, sont sujettes, pour la plupart, à des troubles de comportement ou des troubles psychiatriques. Face à ces situations, les professionnels sont parfois dépassés ou épuisés.

Une infirmière de l'EHPAD témoignage :

*« [...] L'accompagnement de ce public implique d'avoir de la rigueur, de savoir poser des limites, car ils savent jouer là-dessus. Lorsque les résidents s'aperçoivent que la personne qui est en face d'eux ne gère plus, ils en profitent! Ils essayent toujours de trouver quelque chose pour sortir du cadre posé. »*

*« [...] Pour certains, l'agressivité, les troubles du comportement sont le seul moyen pour eux de s'exprimer. Il faut savoir décoder. [...] Le risque est de se laisser déborder. Travailler avec eux demande beaucoup d'énergie si on n'est pas capable de leur « stop ». »*

*« [...] Nous sommes épuisés. On n'en peut plus par moment. Le fait d'être toujours vigilant, d'analyser tout ce qui se passe pour répondre avant que les choses ne s'amplifient, ça crée de la fatigue psychique. A table, il suffit de ne pas servir la même dose qu'au voisin pour que ça parte ! »<sup>53</sup>.*

Les professionnels expriment alors un besoin de ressources pouvant prendre des formes variées et complémentaires. Cela peut être des temps d'échanges et de partages pluridisciplinaires en interne, en complément des temps de transmission, trop courts. Ou bien l'intervention de spécialistes, notamment dans le domaine de la psychiatrie. Mais le contraste entre la croissance des demandes et la diminution des moyens dans ce secteur, ne permet à ce jour d'y répondre que partiellement. En effet, ponctuellement et de manière informelle, les professionnels peuvent partager leurs questionnements sur tel ou tel résident avec les infirmiers ou le médecin psychiatre du Centre Médico Psychologique du secteur. Mais cela reste insuffisant.

---

<sup>53</sup> Op. Cit

### **3 Les leviers d'action favorisant un meilleur accueil et accompagnement des personnes handicapées âgées en EHPAD**

Le croisement de l'analyse des besoins des personnes handicapées âgées en EHPAD et de l'offre de services qui leur est proposée au sein de *Mer et Pins*, avec ses intérêts et ses limites, met en évidence des leviers permettant d'améliorer l'accueil de ce public en institution gériatrique : la formalisation d'un projet de service dédié, duquel découleraient un meilleur accompagnement du handicap, une image plus positive de l'EHPAD et le développement de la qualité du lieu de vie.

#### **3.1 Proposer un projet de service et de soins spécifiques et formalisés au sein de locaux dédiés**

La prise en compte des spécificités des personnes handicapées âgées en EHPAD passe par l'écriture d'un projet de service et de soins qui leur soient dédiés. Cette formalisation est nécessaire afin d'offrir aux professionnels un cadre d'action clair et lisible, pouvant être évalué et pouvant évoluer au fil de temps.

L'adaptation et la mise en œuvre d'un projet de service et de soins dédiés est d'ailleurs une préconisation reprise par l'ensemble des derniers travaux sur les PHA/PHV. Ainsi, le rapport 2010 de la CNSA mentionne, parmi les adaptations de réponses à apporter, la « nécessaire adaptation du projet d'établissement ou de service »<sup>54</sup>. Les dernières recommandations de l'ANESM, concernant les PHV, préconisent également de « considérer, dans le projet d'établissement ou de service, les personnes handicapées vieillissantes [...] en mentionnant les grands principes d'accompagnement [de ce public], en décrivant les actions que la structure envisage de mettre en place, en interne, pour améliorer la qualité de l'accompagnement des PHV »<sup>55</sup>.

Comme il l'a été mentionné plus haut, il existe une trame de projet de service à destination des PHA, au sein de l'EHPAD *Mer et Pins*, préparée par l'équipe encadrante. Une large partie du contenu de ce projet est d'ailleurs reprise dans le référentiel issu des travaux conduits par l'ARS des Pays de la Loire, en 2015, auquel la directrice et le médecin coordonateur de l'EHPAD *Mer et Pins* ont participé.

---

<sup>54</sup> CNSA. *Aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes*. P. 35-36

<sup>55</sup> ANESM. *L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes*. p. 4

Cependant, cette formalisation ne portera ses fruits qu'à la condition d'être un travail partagé avec les équipes afin, d'une part, qu'elles ne le ressentent pas comme une injonction descendante qu'elles risqueraient de rejeter, et d'autre part, qu'elles s'approprient ce projet. Il semble donc opportun, avant toute chose, de les amener à formuler des propositions, au sein de groupes de travail thématiques, dans une démarche participative. Car telle est l'une des conditions de réussite d'un bon projet de service : qu'il émane des équipes afin qu'elles l'acceptent, se l'approprient et le mettent en œuvre au quotidien, malgré les changements de cultures professionnelles qu'il peut impliquer.

## **3.2 Améliorer l'accompagnement du handicap**

Face au clivage existant entre un secteur du handicap très concentré sur l'aspect éducatif et un secteur des personnes âgées, très tourné vers le soin, les professionnels des EHPAD n'ont généralement pas les compétences pour comprendre et accompagner le handicap. De plus, l'absence de transition formalisée, au moment du passage entre le foyer de vie et l'EHPAD, débouche sur une faible communication entre les professionnels des deux secteurs. Enfin, l'entrée en EHPAD d'une personne handicapée, fait basculer cette dernière dans un nouveau système administratif, ne lui permettant plus de jouir des mêmes outils d'évaluation des besoins, ni des mêmes moyens qu'en foyer de vie. Trois pistes se dégagent alors, pour améliorer l'accompagnement du handicap en EHPAD : le soutien aux professionnels, l'amélioration de la phase d'intégration des résidents, à leur arrivée et l'adaptation de l'évaluation des besoins.

### **3.2.1 Soutenir les professionnels soignants**

Une première piste d'action consiste à soutenir les professionnels soignants. L'objectif est de leur permettre d'être plus compétents dans l'accompagnement du handicap, de se sentir plus sereins dans leur travail et d'apporter de meilleures réponses aux résidents.

#### **A) Le centrage sur le cœur de métier**

Soutenir les professionnels implique en premier lieu de leur permettre de rester concentrer sur leur cœur de métier : l'accompagnement des résidents. Cela est d'autant plus important que les PHA, comme il l'est mentionné plus haut, sollicitent beaucoup les équipes et sont en demande permanente d'échanges avec elles. Il convient donc d'organiser la gestion administrative et logistique de l'EHPAD de manière à limiter les appels aux professionnels aux questions urgentes, notamment le matin, lors des soins.

#### **B) La formation**

La montée en compétences des professionnels peut être également soutenue par des formations sur les principales pathologies psychiatriques, les troubles cognitifs et les troubles du comportement, leurs effets sur le quotidien et les outils pour les accompagner. Cette piste a par ailleurs été évoquée lors des ateliers collaboratifs régionaux sur le handicap psychique, qui se sont tenus à Angers en avril dernier<sup>56</sup>. Mais si la formation continue contribue à pallier ce manque de compétence, il semble indispensable d'intégrer cette approche du handicap dès la formation initiale des aides-soignants et des infirmiers.

---

<sup>56</sup> FHF, FEGAPEI, *Atelier collaboratif régional entre les secteurs sanitaires et médico-social, sur le handicap psychique*. Saint-Gemmes-sur-Loire : Centre de Santé Mentale Angevin, 2015.

### C) L'échange de pratiques et les partenariats

En complément de la formation, il paraît indispensable que les professionnels puissent bénéficier d'échanges, de partages d'expériences, d'analyses de pratiques, en interne - en présence des cadres ou du médecin coordonnateur - et avec des intervenants extérieurs, sous forme de réunions pluridisciplinaires. Cela est notamment attendu dans le domaine de la psychiatrie, sous forme, par exemple, de supervisions institutionnalisées avec l'intervention d'un médecin psychiatre ou d'une équipe mobile de géronto-psychiatrie.

Il convient de préciser la particularité de l'EHPAD *Mer et Pins* quant à son rattachement au secteur de la psychiatrie. Historiquement, les ESMS du quartier de Mindin ne relèvent pas de la même sectorisation que les autres ESMS, en raison du nombre important de résidents qui risquerait d'engorger les services de Saint-Nazaire. Aussi, selon un protocole signé il y a plusieurs dizaines d'années, au lieu de relever de l'hôpital de Saint-Nazaire, les résidents de Mindin, ayant besoin de soins psychiatriques, sont rattachés à leur secteur d'origine, s'ils sont de Loire Atlantique. Les résidents extérieurs au département, eux, sont répartis entre les 4 secteurs psychiatriques du département, en fonction de leur mois de naissance. Cette logique pose le problème de l'accessibilité des soins, pour les personnes ne relevant pas de Saint-Nazaire, et de la régularité des suivis. Cependant, depuis 1998 et l'éclatement de la Maison Départementale de Mindin en 4 établissements autonomes, il a été décidé que les nouveaux résidents arrivant à l'EHPAD, relèveraient dorénavant du secteur de Saint-Nazaire.

L'EHPAD *Mer et Pins* travaille déjà en partenariat avec le Centre Médico Psychologique (CMP) du secteur (de Saint Michel Chef Chef). Les soignants peuvent interpeller les infirmiers du CMP à propos de certains résidents suivis. Mais cela reste très ponctuel et informel. Avec la récente informatisation du dossier de soins, un des axes d'amélioration consisterait à faciliter l'accès au dossier de soins pour les infirmiers du CMP. Un autre consisterait à établir un partenariat avec une équipe mobile géronto-psychiatrique, dédiée aux personnes âgées, à l'image de ce qui se fait en Vendée.

En effet, l'équipe mobile de géronto-psy du CH Georges Mazurelle, coordonnée par le Dr Meder et composée de 4 infirmiers en psychiatrie, intervient depuis 1992 et se répartit sur quatre secteurs couvrant le département de la Vendée. L'équipe intervient à la demande, et soutient les établissements médico-sociaux du territoire ou les aidants, lorsqu'une personne âgée présente des troubles psychiatriques. Au-delà de ces interventions ponctuelles, l'équipe propose des ateliers mémoires et des temps de formation autour de l'accompagnement des troubles du comportement. L'EHPAD *Mer et Pins* souhaiterait développer ce même type de partenariat avec l'équipe de géronto-psy du CHS de Blain.

L'EHPAD souhaite également établir un partenariat avec l'hôpital de Saint-Nazaire, afin de bénéficier du soutien d'un médecin psychiatre, lors de réunions institutionnelles avec les équipes. L'objectif de ces réunions vise à s'appuyer sur une compétence extérieure pour accompagner les soignants dans les soins quotidiens des résidents présentant des pathologies psychiatriques. Mais un obstacle majeur s'y oppose: la désertification médicale du secteur psychiatrique sur le territoire. A lui seul, le CH de Saint-Nazaire voit 3 des ses 13 médecins psychiatres s'en aller en 2015, sans trouver à ce jour de remplaçant. Il en va de même au sud de la Loire, du côté de Pornic, zone en proie à une désertification des psychiatres libéraux, la demande se reportant en totalité vers le CMP de Saint Michel Chef Chef, de plus en plus engorgé.

Face à ces problématiques de moyens deux perspectives se dessinent. La première repose sur les futurs Groupement Hospitalier de Territoire (GHT), proposés par le projet de loi « santé ». En effet, l'article 26 du projet de loi a pour ambition de garantir une égalité d'accès aux soins en conduisant les établissements publics de santé d'un même territoire à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge partagée avec obligation d'adhésion à un groupement hospitalier de territoire. « Ces groupements hospitaliers de territoire, qui remplacent les communautés hospitalières, sont responsables de l'élaboration d'un projet médical unique entre les établissements publics de santé d'un même territoire, dans le cadre d'une approche orientée vers la réponse aux besoins de santé de la population et pas seulement de coordination de l'offre de soins. Chaque GHT demeure libre de déterminer des modalités d'organisation et de fonctionnement. Les services et établissements médico-sociaux publics peuvent également participer à ces groupements. »<sup>57</sup>.

Mais plusieurs incertitudes persistent à l'égard des GHT, au premier rang desquelles leur organisation et leur gouvernance. De plus, n'étant pas obligatoires pour les ESMS, se pose la question de la place des ces derniers dans les GHT. Dans quelle mesure les GHT permettront aux ESMS de bénéficier plus simplement des ressources des hôpitaux (dans notre cas, des ressources en matière de psychiatrie) ?

La seconde perspective repose sur le développement de la télémédecine et plus précisément de la télépsychiatrie. L'idée est de développer des consultations à distance entre un médecin psychiatre, basé à l'hôpital et un résident, présent à l'EHPAD, à l'aide d'un chariot mobile, équipé d'un ordinateur et d'une webcam. La Haute Normandie est précurseur en la matière. Cette expérience est également menée par l'EHPAD des *Jardins de Castel*, à Châteaugiron (35), dans le cadre d'un appel à projet de l'ARS Bretagne, appelé « Plateforme Steren »<sup>58</sup>. Elle suppose un partenariat solide, en amont, avec l'hôpital, comme c'est le cas entre les *Jardins du Castel* et le Centre Hospitalier

---

<sup>57</sup> Extrait du projet de loi « Santé »

<sup>58</sup> La 1<sup>ère</sup> téléconsultation a eu lieu en avril 2014

*Guillaume Régnier* (CHGR) de Rennes, qui suit 20 résidents de l'EHPAD. La télépsychiatrie n'est faisable que si le patient a été préalablement vu plusieurs fois, physiquement, par le médecin. La téléconsultation vient donc « en appoint de la consultation classique », comme le précise le Dr Di Maggio du CHGR<sup>59</sup>. Aux consultations « virtuelles », s'ajoutent l'intervention d'une équipe mobile de géro-psycho-geriatrie, grâce à la venue, ½ journée par semaine, d'une infirmière en psychiatrie. Notons également que la téléconsultation nécessite systématiquement la présence d'une infirmière de l'EHPAD. Elle ne convient pas pour les cas très complexes<sup>60</sup>.

### **3.2.2 Penser l'intégration progressive des nouveaux résidents, dans une logique de parcours**

Une seconde piste d'amélioration de l'accompagnement du handicap passe une meilleure intégration des nouveaux résidents. Cela implique d'améliorer la fluidité des parcours, d'anticiper davantage l'entrée à l'EHPAD, de déterminer au mieux le moment d'entrée des résidents dans l'EHPAD et de limiter les délais d'attente.

#### **A) Fluidifier les parcours et anticiper l'entrée en EHPAD**

La fluidité des parcours est un leitmotiv des objectifs affichés par les politiques publiques d'aujourd'hui. Or que ce soit au sein du secteur médico-social ou entre ce dernier et le secteur sanitaire, les ruptures de parcours sont encore fréquentes et multi-causales (cloisonnements des acteurs et des dispositifs, erreur d'évaluation des besoins, manque d'anticipation, réticences de la part des personnes ou de leur entourage à changer de lieu de vie, etc.). Cette volonté de fluidité s'exprime à travers l'élaboration de schémas uniques départementaux transversaux, à l'image de celui que construit actuellement le Conseil Départemental de la Sarthe. Ce département associe l'ensemble des partenaires concernés du territoire, autour de la refonte d'un schéma transversal aux secteurs de la famille, du handicap, de la vieillesse et de l'insertion. En Pays de la Loire, seule la Loire-Atlantique étant n'a, à ce jour, pas engagée de dynamique de décroisement entre handicap et vieillesse. Ce sont alors aux acteurs eux-mêmes d'initier ces rapprochements pour favoriser la fluidité des parcours et l'intégration des résidents.

C'est ce qu'ont commencé à faire l'EHPAD *Mer et Pins* et le Foyer de Vie *Les Abris de Jade*, de manière informelle, rapprochement facilité par la proximité géographique des deux établissements et la volonté personnelle des deux directeurs.

---

<sup>59</sup> Vidéo « Consultations de télémédecine avec le Centre Hospitalier Guillaume Régnier de Rennes », site internet de l'EHPAD Jardin du Castel, <http://www.lesjardinsducassel.com/>, consulté le 20/07/2015

<sup>60</sup> Source : échange avec une collègue ayant réalisé son stage de professionnalisation au sein de l'EHPAD *Les Jardins du Castel*, en 2015

Mais pour consolider et pérenniser ce partenariat, il s'agit de le formaliser - par le biais d'une convention par exemple - et d'en diffuser le contenu auprès des équipes des deux établissements.

Afin de préparer au mieux le résident à son futur changement de lieu de vie, cette convention pourrait préciser les modalités d'une transition réussie entre les deux structures et permettrait d'uniformiser les pratiques au sein de toutes les équipes. Ces modalités comprendraient, notamment, une réflexion pluridisciplinaire autour de la « préparation vers l'EHPAD » (et non de l'entrée à l'EHPAD), à partir d'une évaluation des besoins de la personne. Cette phase pourrait se décomposer en plusieurs étapes, parmi lesquelles : le partage du projet avec le tuteur s'il y en a un, la préparation du dossier d'entrée, l'envoi du dossier personnalisé aux équipes de l'EHPAD, la préparation du résident (échange avec lui, visite de l'EHPAD, programmation de goûters ou de d'activités ponctuelles à l'EHPAD), etc.<sup>61</sup>. Il semble également indispensable d'accorder aux résidents une véritable période d'essai (d'un mois par exemple) au cours de laquelle la personne sait qu'elle a la possibilité de changer d'avis et de quitter l'EHPAD. Cette période est d'ores et déjà proposée par l'EHPAD *Mer et Pins*.

Elaborer une procédure partagée de transition des résidents nécessite également un travail entre les équipes de l'EHPAD et du foyer de vie : pour définir les modalités de la transition (partage du dossier du résident, de son projet de vie, de ses habitudes, ...), mais également pour mieux se connaître et se faire confiance. Cela permettrait, entre autre, de lever une des principales barrières à la bonne intégration des résidents: la réticence des professionnels du foyer de vie à les « laisser partir » à l'EHPAD. Cet axe d'action rejoint celui qui sera développé plus bas, d' « amélioration de l'image renvoyée par l'EHPAD ».

## B) Déterminer le moment opportun d'entrée à l'EHPAD

Une transition réussie est une transition qui a lieu au bon moment. Cela nécessite de l'anticipation de la part des équipes du lieu de vie d'origine. « L'idéal c'est quand le passage vers l'EHPAD peut être fait lorsque la personne est encore en bonne santé, et que nous pouvons accompagner ce changement », indique un cadre du foyer de vie. Ce dernier se souvient d'un résident ayant intégré l'EHPAD presque aveugle, déficit qui a compliqué l'adaptation à son nouvel environnement. Mais il n'est pas toujours aisé pour les équipes de déterminer « LE » bon moment. Un éducateur suggère qu'il «serait intéressant qu'un professionnel de l'EHPAD soit présent lors des synthèses de résidents susceptibles d'aller à l' EHPAD, pour échanger sur l'orientation de la personne et nous aider à adapter notre accompagnement avant le changement de lieu de vie »<sup>62</sup>.

---

<sup>61</sup> Source : cadre du foyer de vie Les Abris de Jade

<sup>62</sup> Op Cit

### C) Proposer des délais d'entrée raisonnables

Enfin, une bonne intégration des nouveaux résidents passe par une offre de délais d'entrée raisonnables et quantifiables de la part de l'EHPAD.

Les délais ne doivent pas être trop longs. Les PHA n'ont pas la notion du temps et ils ne comprennent pas, une fois l'entrée à l'EHPAD évoquée et acceptée par eux-mêmes, que celle-ci ne soit pas effective rapidement. A l'inverse, ces délais ne doivent pas être trop courts, afin de laisser au résident le temps de préparer sa transition et de laisser le temps aux équipes éducatives de leur dire au revoir. Ce dernier cas de figure est souvent décrié par les professionnels du foyer de vie, qui reproche à l'EHPAD de chercher à « remplir » rapidement les places libérées après chaque décès.

Il est certain que le facteur délais est délicat à gérer, puisque lié aux décès de résidents de l'EHPAD, situations peu anticipables. De plus, il impacte directement les ressources de l'EHPAD. Dès qu'une place est libérée, l'EHPAD a intérêt à la pourvoir le plus rapidement possible, afin de maintenir son taux d'occupation de lits et donc ses ressources. L'EHPAD *Mer et Pins* essaye de trouver un compromis, en accordant des délais de 1 voire 2 semaines aux PHA, une fois la place libérée, contre seulement quelques jours dans les EHPAD classiques. La demande d'un tarif spécifique PHA, auprès des financeurs, trouve alors tout son sens en ce qu'il vise, entre autre, à couvrir ces délais de réaffectation de place, un peu plus longs, afin d'assurer une véritable phase de transition.

### 3.2.3 Définir des outils d'évaluation plus fins des besoins

Pour finir, l'amélioration de l'accompagnement du handicap passe par une évaluation plus fine et plus adaptée des besoins des PHA – notamment ceux découlant directement du handicap des personnes : déficiences sensorielles, troubles du comportement, difficultés d'expression, besoin de lien social, etc.- et des moyens à mobiliser. Il s'agit donc de rechercher une alternative ou un complément à la grille AGGIR, qui reste en premier lieu un outil de tarification et non d'évaluation des besoins.

Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit d'y remédier. En effet, l'article 29 prévoit que l'outil qui la grille AGGIR soit complétée par une évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins du demandeur et de ses aidants au travers de référentiels définis par arrêté du ministre chargé des personnes âgées<sup>63</sup>.

Le rapport 2010 de la CNSA<sup>64</sup> prône également l'utilisation d'un outil d'évaluation multidimensionnelle, qui ne se limiterait pas à la détermination d'une éligibilité. Pour cela, il préconise une adaptation de l'outil GEVA, utilisé par les MDPH pour évaluer les besoins

---

<sup>63</sup> Projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, 17 septembre 2014 et 19 mars 2015

<sup>64</sup> Op Cit

des personnes handicapées. L'intégration de la calculatrice de la grille AGGIR à l'outil GEVA donne la grille GEVA-A, avec un « A » pour « âgé ». Le volet 6 de cette dernière nous intéresse plus particulièrement en ce qu'il concerne l'« Evaluation du volet activités et capacités fonctionnelles »<sup>65</sup>, absent de la grille AGGIR. Malheureusement, comme le précise Tiphaine Mahé, chargée de mission à la CNSA, les travaux autour de l'élaboration de la grille GEVA-A ne sont pas arrivés à leur terme, et l'outil tel qu'il existe aujourd'hui n'est pas reconnu comme étant réglementaire<sup>66</sup>. La grille GEVA-A reste donc à un stade inachevé d'élaboration et d'expérimentation. De plus, Madame Mahé pointe le fait que la grille GEVA, comme la GEVA-A, se cantonne à l'observation de situations individuelles. Si l'outil peut s'avérer utile pour les équipes, dans le cadre de l'élaboration d'un projet de soins, il ne permet pas d'additionner les différentes évaluations individuelles, de dégager un besoin collectif et donc d'évaluer les moyens nécessaires dans l'établissement ou le service.

D'autres outils existant semblent plus adaptés à cet égard. C'est le cas de l'ancêtre de la grille AGGIR, la grille d'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne<sup>67</sup>, auparavant utilisée par la MDPH. Elle présentait l'intérêt d'aborder les critères de comportement de la personne et d'expression, aspects ayant disparus de la grille AGGIR.

De son côté, le département de Loire Atlantique, teste actuellement, à l'initiative de médecins départementaux, un outil d'évaluation des besoins des personnes handicapées vieillissantes résidant en foyer de vie<sup>68</sup>. L'EHPAD *Mer et Pins* a choisi d'essayer cet outil auprès des PHA afin de servir de support à une réévaluation des projets de vie et de soins des résidents. D'un point de vue calendaire, cette démarche s'intègre dans celle d'informatisation du dossier de soins de l'EHPAD, qui a été l'opportunité, au moment d'entrer les données, de mettre à plat l'ensemble des projets des résidents et de questionner les pratiques des professionnels. Selon le médecin coordonnateur de l'EHPAD *Mer et Pins*, l'outil du département présente deux intérêts majeurs. Il permet tout d'abord de tenir compte de la capacité des personnes sans aide technique – à l'inverse de la grille AGGIR, qui évalue la capacité des personnes avec aides techniques, induisant un biais et ne permettant pas de tenir compte des déficits sensoriels. De plus, contrairement à la grille GEVA-A, les évaluations individuelles sont additionnables entre elles, permettant de dégager un besoin collectif. Il s'agit pour cela d'obtenir du département la possibilité de traiter informatiquement l'ensemble des résultats issus de ces grilles afin d'obtenir une cotation globale à l'ensemble des services PHA. Cette cotation permettra de comparer les résultats entre eux, dans le temps et par rapport aux foyers de vie utilisant cette grille. Reste à faire reconnaître cet outil et ces cotations

---

<sup>65</sup> Annexe 5: Volet 6 de la grille GEVA-A

<sup>66</sup> Extrait d'un entretien individuel avec Tiphaine Mahé, CNSA, Mars 2015

<sup>67</sup> Annexe 6: Grille ACTP

<sup>68</sup> Annexe 7: Grille d'évaluation des besoins des PHV en foyer de vie, Conseil Départemental 44

comme étalon de mesure du niveau de besoins et donc de ressources nécessaires, en complément de la grille AGGIR et de la coupe PATHOS.

Ainsi, l'enjeu d'une meilleure évaluation des besoins des PHA, à travers des outils plus adaptés, est double. Elle permet, d'une part, de mieux adapter l'accompagnement de l'établissement aux besoins des personnes (en faisant, par exemple, davantage de prévention en ce qui concerne les déficits sensoriels). D'autre part, elle sert à ajuster les moyens nécessaires pour y répondre, sans être limité par des GMP et PMP fixés pour 5 ans. Mais comme le rappelle Tiphaine Mahé, de la CNSA, « un seul et même outil peut difficilement répondre à tous les besoins. Il est donc nécessaire de travailler sur l'articulation de plusieurs outils : un pour la tarification, un pour l'élaboration des plans de soins et un pour l'évaluation des moyens nécessaires »<sup>69</sup>.

---

<sup>69</sup> Op Cit.

### **3.3 Améliorer la qualité de vie à l'EHPAD : un lieu de vie avant d'être un lieu de soins**

Le troisième levier d'action vise à améliorer la qualité de vie au sein de l'EHPAD, afin d'en faire un lieu de vie agréable, avant d'être un lieu de soins. Cela passe par deux vecteurs, encore trop peu présents dans la culture soignante : l'offre d'animations et d'accompagnement social ainsi que la qualité de la prestation hôtelière.

#### **3.3.1 Faire de l'accompagnement social et de l'animation une priorité du plan de soins**

Comme l'illustrent les témoignages des résidents, la vie sociale représente un élément important dans leur bien être. Or, à ce jour, l'accompagnement social se limite essentiellement à des temps d'animations ou quelques sorties « achats » l'après-midi, au profit du soin.

Il semble d'une part indispensable d'engager une réflexion avec les soignants autour de la place de l'animation à l'EHPAD, au quotidien. L'objectif est d'amener les soignants à considérer l'animation comme un élément aussi important (sinon plus) que l'offre de soins. Cette réflexion collective implique de les questionner sur leur perception, leur représentation de l'animation en EHPAD, sur la place qu'ils lui accordent dans le plan de soins, les moyens qu'ils estiment nécessaires pour la rendre effective, etc. A titre d'exemple, des soignants expriment le fait qu'ils se sentent plus à l'aise avec le terme d' « activités » plutôt que celui d' « animation ».

D'autre part, l'amélioration de l'offre d'animation passe par des moyens dédiés supplémentaires: moyens matériels mais surtout moyens humains. Ces moyens peuvent découler de crédits issus de crédits non reconductibles ou mieux, d'une tarification majorée pour ce public. Ils peuvent également être le fait de réorganisation du temps de travail et des fiches de poste pour dégager du temps à cet effet, notamment au cours de la matinée. En effet, les soignants sont les premiers à reconnaître que des activités seraient les bienvenus en milieu de matinée. C'est à ce moment de la journée que les résidents sont le plus disposés et le plus en attente d'animations, et non l'après-midi où ils sont davantage fatigués. Le contenu de ces animations pourrait être déterminé avec eux, sur la base de leurs envies, et avec l'appui de l'animatrice de l'établissement. Ce contenu n'est pas nécessairement complexe, comme se l'imagine souvent les équipes. Il peut s'agir d'une simple collation chaque matin, servie à tour de rôle par un résident, de la lecture du journal, d'un tour dans les jardins de l'EHPAD, etc. Le rôle et le positionnement de l'animatrice est déterminant. Il doit à la fois être soutien et moteur sans pour autant se substituer aux initiatives des soignants. En d'autres termes, le risque est de voir les

soignants se reposer entièrement sur l'animatrice et attendre que les activités et les animations émanent d'elle. Or, donner toute sa place à l'animation dans le plan de soin, passe nécessairement par une prise d'initiative de la part des soignants.

### **3.3.2 Ouvrir davantage l'EHPAD vers l'extérieur**

La vie sociale des résidents passe également par l'ouverture vers l'extérieur, l'investissement de lieux publics (parcs, restaurant, plage, etc.). Or, l'observation des pratiques révèle une tendance à privilégier les environnements immédiats de l'EHPAD.

L'EHPAD *Mer et Pins*, de par son histoire et sa situation géographique, est situé à proximité d'une cafétéria gérée par l'EPMS voisin. Cette cafétéria est en réalité un atelier à visée éducative, à destination des résidents de l'EPMS, qui accueillent et servent les commandes de clients. Elle est exclusivement fréquentée par des résidents de l'EHPAD et du foyer de vie. Très appréciée des résidents, et malgré son incontestable intérêt, la cafétéria a toutefois le défaut d'être l'activité « facile », derrière laquelle se rangent les professionnels. Elle alimente une vie quotidienne centrée sur le quartier de Mindin et prive les résidents d'une ouverture par l'extérieur. Il s'agit donc de leur proposer davantage de sorties au-delà des frontières de Mindin, y compris pour les personnes en fauteuil ! En effet, ces dernières sont moins souvent sollicitées, du fait de la complexité des déplacements induits par le maniement des fauteuils ou des véhicules adaptés.

L'ouverture passe également par la participation de bénévoles au sein de l'établissement ou encore l'invitation de personnes extérieures, à l'image de ces élèves de primaire qui viennent ponctuellement goûter à la maison de retraite.

### **3.3.3 Assurer le respect de la vie intime et sexuelle des résidents**

Grand tabou dans les EHPAD, la vie intime et sexuelle en institution est pourtant un élément majeur de la vie sociale et du bien être des résidents. Les résidents du foyer de vie expriment leurs inquiétudes à ce sujet : vont-ils pouvoir garder leur lit à deux places ? Auront-ils toujours la possibilité d'inviter leur ami ? A dormir ?

Lors d'un atelier autour de « qu'est-ce que l'amour ? », les personnes handicapées expriment clairement leur besoin d'être à deux, de pouvoir s'embrasser, faire l'amour, séduire en portant plus d'attention à leurs tenues vestimentaires (une résident parle d'une robe rouge). « L'amour c'est la rage ! » affirme Yolande<sup>70</sup>, tandis que Simone évoque l'amour comme « un feu qui dévore »<sup>71</sup>. Lorsqu'on lui parle du fait qu'elle ait eu une fille, Claire rigole : « j'ai fait comme tout le monde ! »

---

<sup>70</sup> Les prénoms utilisés sont des prénoms d'emprunt, afin de respecter l'anonymat des personnes

<sup>71</sup> Extrait des ateliers collectifs filmés

Respecter leur vie intime et sexuelle implique d'abord de reconnaître qu'elle existe, en accompagnant les équipes à cette reconnaissance, par le biais de la formation ou encore de temps de réflexions éthiques institutionnalisés.

Cela passe également par un aménagement des espaces et des organisations afin de permettre aux résidents de vivre leurs histoires discrètement, sereinement et sans mettre à mal la cohésion de groupe. Le vecteur architectural joue alors tout son sens, puisqu'il permet de proposer des chambres simples, comme des chambres doubles et des chambres d'hôtes.

### **3.3.4 Améliorer la qualité de l'offre hôtelière**

Enfin, améliorer la qualité de vie à l'EHPAD implique de porter plus d'attention à l'offre hôtelière, à laquelle les résidents sont très sensibles et en premier lieu à la qualité des repas et à la bonne tenue des services.

Les repas sont des moments très prisés de la part des résidents. Or, un bon repas est d'abord un beau repas ! Il s'agit d'améliorer leur esthétique: la présentation des tables (le nappage, la décoration centrale, etc.) ainsi que le visuel des assiettes servies et tout particulièrement des repas mixés. Ce dernier point fait d'ailleurs l'objet de critiques dans l'évaluation externe de l'EHPAD Mer et Pins. Il induit une réelle coopération des équipes de la cuisine centrale afin de repenser les méthodes de production des repas (exemple : l'ajout de gélifiants naturels pour donner des formes aux repas mixés et non servir des bouillies), son stockage et son transport (exemple : présenter les repas mixés dans des contenant individuels et non des barquettes collectives).

Améliorer le temps du repas implique également de questionner les pratiques des équipes au moment du service. Ces dernières admettent être envahies d'un sentiment d'urgence à ce moment de la journée, sans pouvoir expliquer pourquoi. Comment dès lors faire de ce moment, un temps paisible, de plaisir ? Autant de questions pouvant être posées dans le cadre d'une réflexion éthique pluridisciplinaire.

Un second axe repose sur l'amélioration de la « bonne tenue » des services. Comme nous l'avons mentionné plus haut, la culture soignante est peu sensible à cette bonne tenue, pourtant très attendue de la part des résidents. Outre une prise de conscience de la part des soignants, elle passe par la création d'une fonction chargée d'avoir un « regard d'ensemble » sur le service et d'être attentive à la fois à l'hygiène des locaux (les toiles d'araignées au plafond, la poussière le long des plinthes, ...), l'état des matériels et mobiliers, la décoration, la mise à jour des panneaux d'information, etc. autant de détails qui, pris dans leur ensemble, donne un aspect beaucoup plus agréable et accueil au lieu de vie. Cette fonction pourrait tourner, chaque jour, entre les membres de l'équipe. Pour fonctionner, elle implique une bonne communication avec l'équipe de

bio-nettoyage ainsi que l'équipe de maintenance (chargée des petits travaux). Cela passe également par un souci du fleurissement intérieur et extérieur, les fleurs étant systématiquement citées dans les attentes des résidents.

### **3.3.5 Faire évoluer l'image de l'EHPAD et les représentations qu'il renvoie**

Ouvrir les EHPAD aux personnes handicapées implique de leur donner envie, ainsi qu'à leur famille et/ou aux professionnels du handicap d'y aller. Or les EHPAD d'une manière générale, celui-ci en particulier, souffre d'une mauvaise image, comme cela a été développé dans les constats. Outre les représentations que le grand public s'en fait, la quasi-absence de communication de la part des EHPAD, publics en particuliers, ne favorise pas l'image renvoyée par ces établissements. Ainsi, pour contrer le poids des représentations, celui de l'histoire de Mindin, la concurrence parfois agressive des acteurs du privé lucratif, et s'adapter aux attentes d'une société avide de médiatisation, il semble que le volet « communication » soit devenu un élément incontournable dans la stratégie d'un établissement. La communication vise à présenter l'EHPAD sous son vrai jour et valoriser ses particularités et le travail de fond mené par les équipes. Les démarches réalisées autour de l'accueil de personnes handicapées âgées est emblématique à cet effet. Mais comme le rappelle la directrice de l'EHPAD *Mer et Pins*, avant de communiquer, il faut d'abord que le service rendu, l'objet de la communication soit montrable. Au risque de produire l'effet inverse de celui qui est recherché. Le balbutiement de médiatisation autour de l'EHPAD *Mer et Pins* n'est aujourd'hui possible que parce que des progrès conséquents ont été réalisés ces 4 dernières années, tant sur le plan de l'offre de soins que sur l'aménagement des espaces (extérieurs notamment). La communication pourra alors passer par plusieurs biais.

Des publications pourraient paraître au sein de médias spécialisés dans le secteur de la gérontologie (ASH, Geroscopie, etc.), mais également auprès de médias grands publics, tels que les journaux locaux ou les chaînes de télévision locales. L'EHPAD *Mer et Pins* a ainsi sollicité le journal *Ouest France*, pour présenter au grand public l'expérimentation qui lui a été confiée par l'ARS, au titre de l'accueil des PHA<sup>72</sup>. Il en a fait de même lors de sorties organisées au Puy du Fou, à l'initiative de bénévoles. Les EHPAD ne doivent plus simplement faire les gros titres pour des histoires de maltraitance ou de grèves. Ils doivent savoir utiliser les médias à leur profit et valoriser ce qu'ils font de mieux et qui est souvent ignoré du public.

---

<sup>72</sup> Annexe 8 : Article OUEST FRANCE du 16 décembre 2014, « Une expérimentation confiée à l'EHPAD Mer et Pins »

La communication peut également passer par l'organisation de Portes Ouvertes ou visites à l'attention des gestionnaires de service voisins ou des familles et personnes pouvant être de potentiels résidents. L'EHPAD *Mer et Pins* a ainsi accueilli successivement trois organismes gestionnaires associatifs, du secteur du handicap, à visiter les services des *Pervenches* et des *Cèdres*. Ces visites ont été l'occasion de rappeler que l'EHPAD était une entité autonome, et non plus un ensemble de 1000 lits appelé Mindin, et de présenter dans les détails les réflexions et travaux en cours. Certaines ont d'ailleurs débouché sur la signature de convention de partenariat. L'EHPAD a également accueilli l'équipe de direction du Foyer de Vie voisin, pour qui cette visite a été une « agréable surprise » et qui s'est soldée par une amélioration de la perception de l'accueil proposé par l'EHPAD *Mer et Pins*<sup>73</sup>.

Une plaquette papier a été réalisée il y a quelques années. Elle pourrait être complétée par un site internet, correctement référencé. Le site servirait à la fois de « vitrine » à l'EHPAD et centraliserait, outre les informations générales, l'ensemble des articles parus à propos de l'établissement, ainsi que son projet et son actualité.

Enfin, la communication doit également se faire en interne, auprès des équipes, des résidents et de leurs familles. Pour cela, l'EHPAD joint mensuellement, à chaque bulletin de salaire, un petit journal interne, recensant les actualités de l'établissement. Une réunion d'information à destination des familles est organisée une fois par an, suivi d'un cocktail. Cela complète les informations transmises au cours des instances que sont, notamment, le CVS, le CTE et le CA.

---

<sup>73</sup> Op Cit.

## Conclusion

En conclusion, les personnes handicapées âgées ont bien des besoins et des envies qui leur sont propres et qui nécessitent une offre dédiée, distincte de l'offre « classique » proposée par les EHPAD. Au-delà du handicap qui les touche, cette spécificité est à relier, notamment, à un passé institutionnalisé, dans un secteur du handicap bien doté et à un environnement social et familial souvent précaire.

Par son histoire et sa spécificité, l'EHPAD *Mer et Pins* est parvenu à proposer une offre adaptée à ce public. Il dispose cependant de marges d'amélioration, dont peuvent s'inspirer tous les EHPAD souhaitant accueillir des personnes handicapées. Cela passe d'abord par la formalisation d'un projet de service dédié, partagé par l'ensemble des professionnels. Cela dépend également d'une amélioration de l'accompagnement du handicap, par le biais de la formation des professionnels, de l'analyse de pratiques, de l'intégration progressive des résidents dans une logique de parcours et de la définition d'outils d'évaluation des besoins multidimensionnels, complémentaires à la grille AGGIR. C'est enfin conditionné par une amélioration de la qualité du lieu de vie des résidents, en donnant toute sa place à l'accompagnement social et à l'animation, en ouvrant l'EHPAD vers l'extérieur, en favorisant le respect de la vie intime et sexuelles des résidents, en améliorant la qualité de la prestation hôtelière et architecturale et en travaillant l'image et les représentations renvoyées par l'EHPAD.

Pour être effectives, ces pistes d'actions induisent deux conditions de réussite fondamentales.

La première s'appuie sur un management de qualité, puisqu'il s'agit d'accompagner un changement de culture professionnelle et de passer d'une offre de lieu de soins à celle d'un lieu de vie ! Or, grandes sont les résistances des équipes, quelque soit le secteur d'activité, dès qu'il s'agit de modifier les pratiques, les habitudes, les convictions parfois. Cet accompagnement au changement, qui sera piloté par l'équipe de direction, nécessitera donc de la patience, des explications et de l'écoute. Il ne pourra en aucun cas se faire dans la précipitation et de manière descendante. Une évolution des contenus des formations initiales des soignants et un rapprochement avec les formations des professionnels du handicap, ne pourrait que soutenir cette évolution.

La seconde condition de réussite passe par la reconnaissance de moyens dédiés. Il ne peut y avoir d'accompagnement de qualité des PHA sans présence humaine. Les ratios actuels des EHPAD ne le permettent pas. Cela implique donc la reconnaissance de financements plus importants que ceux alloués classiquement aux EHPAD, afin de se rapprocher davantage des ressources octroyée aux établissements du handicap. Car la question reste entière : comment justifier que pour un même public, le simple fait de

passer d'un foyer de vie à un EHPAD se traduise par une diminution de presque de moitié des moyens d'accueil et d'accompagnement offert, alors même que l'avancée en âge de ce public s'accompagne d'un accroissement des besoins liés à la dépendance ? L'EHPAD *Mer et Pins* milite pour sa part pour la reconnaissance d'un tarif hébergement majoré pour les PHA, qui serait essentiellement pris en charge par le conseil départemental dans le cadre de l'aide sociale. Ces moyens viendraient compléter les crédits non reconductibles accordés par l'ARS.

Mais le travail de l'établissement comme l'engouement que suscite « l'accueil des personnes handicapées âgées » de la part des acteurs publics, soulèvent également plusieurs questions, que certains iraient jusqu'à qualifier de malaise.

La première repose sur le sentiment de proposer une offre d'accueil en EHPAD à deux vitesses, et de favoriser les publics handicapés au détriment des personnes âgées. En effet les personnes âgées ne sont-elles pas tout aussi légitimes à revendiquer un accueil et un accompagnement de qualité, le plus individualisé possible et au plus près de leurs besoins ? Le nouveau besoin d'accueil, né de l'allongement de l'espérance de vie des personnes handicapées, justifie pleinement que l'on invente une offre nouvelle qui leur soit adaptée, avec des moyens dédiés. Mais flécher des moyens en direction des personnes handicapées âgées pourraient induire une différenciation de la qualité d'accueil de la part des établissements, au détriment des personnes âgées. Et ces derniers ne bénéficient pas de la voix des lobbies du handicap pour défendre leurs intérêts. Ce ciblage de public spécifique est à l'image des plans nationaux en direction des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée. Si l'intérêt de ces plans n'est aucunement remise en question, ils participent cependant à créer une iniquité de moyens, entre les résidents d'un même établissement.

De plus, dans un contexte où il n'est plus question de créer de places supplémentaires<sup>74</sup> et où les places dédiées aux personnes handicapées âgées émaneront d'une requalification de places existantes, on peut penser que les deux publics entreront dans une forme de « concurrence » et que la pression va s'accroître sur la disponibilité des places en EHPAD publics. L'ARS des Pays de la Loire mise sur une diminution du nombre de résidents en GIR 5 et 6, pour contourner cette problématique, mais le vieillissement continu de la population risque de contrebalancer cet effet.

Dès lors, il apparaît souhaitable que le décloisonnement tant attendu par l'ARS et le Conseil Départemental entre secteur du handicap et celui de la gérontologie, soit effectif. Ce rapprochement est une condition indispensable à l'amélioration de l'accueil des personnes handicapées âgées. Outre un rapprochement des professionnels, de leur

---

<sup>74</sup> Mme Courrège, directrice de l'ARS des Pays de la Loire, l'a rappelé et confirmé, lors d'une réunion plénière, rassemblant l'ensemble des établissements pour personnes âgées de la région, le 8 juin 2015, à Nantes.

pratique et de leur formation, le décloisonnement passe également par un rapprochement des stratégies de politiques locales et nationales entre les deux secteurs, et bien entendu, des financements. L'enjeu de la création d'un cinquième risque, autour du maintien de l'autonomie, est, plus que jamais, d'actualité !

---

# Bibliographie

---

## Cadre juridique

### Loi

- Loi n° 2005-370 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

### Projets de loi

- Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement
  - Texte n°403, adopté par l'Assemblée Nationale le 17 septembre 2014
  - Texte n° 83 modifié par le Sénat le 19 mars 2015
- Projet de loi de modernisation de notre système de santé
  - Texte n°505, adopté par l'Assemblée Nationale le 14 avril 2015

## Ouvrages

Amyot (J-J), Agaësse (M), Argoud (D), et al., *Pratiques professionnelles en gérontologie*, Paris : Dunod, 2007, 1472p.

Jeanne (Y)/coord., *Vieillir handicapé*, Toulouse : Erès, 2011, 232p.

## Articles et dossiers

Paquet (M.), Vieillesse des personnes handicapées : les établissements sous pression, *Actualités Sociales Hebdomadaire*, 11 juillet 2014, n°2868, p.30-32

Gohet (P.), Les acteurs de la gérontologie et du handicap doivent organiser leur coopération, *Actualités Sociales Hebdomadaire*, 11 juillet 2014, n°2868, p.33

Vion (A.), Un réseau pour accompagner l'avancée en âge, *tsa*, juin 2014, n°53, p.24-26

Varini (E.), Pas à pas vers l'EHPAD, *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 20 septembre 2013, N°2825, p. 28-29.

## Pages internet

APM International. Difficile d'accueillir des personnes handicapées vieillissantes en EHPAD. In : FHF [en ligne]. GEPSO, 28 octobre 2013, [consulté le 25 novembre 2014]. Disponible sur : <http://www.fhf.fr/Ehpad/Actualites/Actualites-generales/Difficile-d-accueillir-des-personnes-handicapees-vieillissantes-en-Ehpad>

EHPAD Les Jardin du Castel. Consultations de télémédecine avec le Centre Hospitalier Guillaume Régnier. In : Les Jardins du Castel [en ligne]. Les Jardins du Castel, avril 2014, [consulté le 20 juillet 2015]. Disponible sur : <http://www.lesjardinsduc Castel.com/>

Maire-Info. Le projet de loi santé pose les bases des futurs groupements hospitaliers de territoire. In Maire-Info [en ligne]. Maire-Info, 13 avril 2015, [consulté le 24 juin 2015]. Disponible sur : <http://www.maire-info.com/action-sociale-emploi-sante/sante-publique/le-projet-de-loi-sante-pose-les-bases-des-futurs-groupements-hospitaliers-de-territoire-article-18301#>

### **Colloques, formations**

Fédération Hospitalière de France (FHF), FEGAPEI, *Atelier collaboratif régional entre les secteurs sanitaires et médico-social, sur le handicap psychique*, 7 avril 2015, Saint-Gemmes-sur-Loire : Centre de Santé Mentale Angevin.

Thomas (N.), *Accompagner et apporter un nouveau regard sur les personnes âgées atteintes de troubles mentaux et psychiatriques*, 13-15 janvier 2015, Saint Brévin les Pins : EHPAD Mer et Pins.

### **MEMOIRES**

Alexandre (N.), Brilliard (V.), Castaing (B.), et al, *Quelle articulation entre les prises en charge psychiatrique et médico-sociale pour répondre aux besoins des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques ?*, Module Interprofessionnel de Santé Publique : santé publique. Rennes : EHESP Rennes, 32 p.

### **Rapport, études, recommandations**

Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM). *L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes*. Saint-Denis : Anesm, 2015

Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire (ARS). *Référentiel « Accompagnement des personnes handicapées vieillissantes accompagnées par une structure médico-sociale »*. Nantes : ARS, 2015.

Lafargue (S.), Bondeau (F). *Pour une prise en charge spécifique des personnes handicapées âgées à l'EHPAD Mer et Pins*. Saint Brévin les Pins : EHPAD Mer et Pins, 2014, 18p.

Gohet (P.), *L'avancée en âge des personnes handicapées, Contribution à la réflexion*. Paris : IGAS, 2013

Mordier (B.), L'accueil des adultes handicapés dans les établissements et services médico-sociaux en 2010. *Etudes et Résultats*, 2013, n°833.

Association de Parents et d'Enfants Inadaptés (APEI) OUEST 44 Les Papillons Blancs. *60 ans et après ?*, Synthèse des recherches et préconisations d'une commission d'aidants familiaux au sujet de l'avancée en âge des personnes en situation de handicap mental, Saint-Nazaire: APEI OUEST 44, 2012, 10p.

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). *Aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes*. Paris : CNSA, 2010, 70p.

Blanc (P.), *Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge*. Paris : La documentation française, 2006, 99p

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1: Tableau de synthèse des entretiens menés

Annexe 2: Base de grille d'entretien vierge

Annexe 3: Extrait du tableau de recensement des données résidents

Annexe 4: Formulaire de la grille AGGIR

Annexe 5: Volet 6 de la grille GEVA-A

Annexe 6: Grille ACTP

Annexe 7: Grille d'évaluation des besoins des PHV en foyer de vie du Conseil Départemental de Loire Atlantique

Annexe 8 : Article OUEST FRANCE du 16 décembre 2014, « Une expérimentation confiée à l'EHPAD Mer et Pins »

Delecourt

Tagrid

8 décembre 2015

## DESSMS

2014-2015

# LA SPECIFICITE DES PERSONNES HANDICAPEES AGEES ET DE LEUR ACCOMPAGNEMENT EN EHPAD : L'exemple de l'EHPAD Mer et Pins de Saint Brévin les Pins

EHESP - Rennes

### **Résumé :**

L'allongement de l'espérance de vie des personnes handicapées âgées pose la question de leur accompagnement dans leur perte d'autonomie liée à l'âge. Elle implique de repenser l'offre de services médico-sociale, notamment celle des EHPAD. Les besoins et envies des personnes handicapées âgées devront donc être objectivés afin d'adapter cette offre. Cette évolution démographique questionne également l'organisation et les priorités des politiques en faveur des personnes âgées ainsi que le financement des actions visant les personnes handicapées âgées.

L'analyse de l'EHPAD *Mer et Pins* de Saint Brévin les Pins, entre novembre 2014 et juin 2015, sert de support au présent travail. En effet, cet établissement a la particularité d'accueillir 120 personnes handicapées âgées. De plus, il s'est vu confier une expérimentation relative à ce public, par l'ARS des Pays de la Loire, entre 2014 et 2017.

### **Mots clés :**

Personnes handicapées, personnes âgées, Personnes handicapées âgées, EHPAD, vieillissement, financement, Loire-Atlantique, Pays de la Loire, France

*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.*

## ANNEXE 1 - Liste des entretiens menés

Organisme	Contact		Fonction	Type d'entretien
Les services				
EHPAD Mer et Pins	Mme	Blondeau	Coordinatrice générale des soins	Entretien individuel
	Mme	Lafargue	Médecin coordonnateur	Entretien individuel
	Mme	Hamon	Cadre de santé	Entretien individuel
	Mme	Forêt	Animatrice coordinatrice	Entretien individuel
	Mme	Rondineau	Mandataire judiciaire	Entretien individuel
	Mme	Meilleraye	Infirmière de jour	Entretien individuel
	Mme	Besson	Aide soignante de nuit	Entretien individuel
			3 ateliers regroupant 8 résidents 1/ L'amour 2/ La maison idéale 3/ La retraite	Ateliers avec médiation dessin
Foyer de vie Les Abris de Jade	Mme	Ollivier	Cadre socio éducatif	Entretien individuel
	M	Audran	Cadre socio éducatif	Entretien collectif
	M	Batard	Cadre socio éducatif	Entretien collectif
	Mme	Maheux	Animatrice	Entretien individuel
	Mme	Angélique	Infirmière	Entretien individuel
			2 éducateurs 3 moniteurs éducatif	Entretien collectif
Les financeurs				
ARS Pays de la Loire	Mme	Martineau	Responsable de l'unité Personnes Agées, Direction "Accompagnement et Soins"	
CG 44	Mme	Midavaine	Responsable secteur Personnes Agées	Entretien collectif
	Mme	Lopion	Responsable secteur Personnes Handicapées	Entretien collectif
CG 49	M	Thomas	Responsable secteur établissements PA/PH	
CG 85	Mme	Grondin	Responsable secteur PA/PH	
CG 53	Mme	Dauzon	Directrice secteur "Réponse aux besoins de la personne"	Entretien individuel
CG 72	Mme	Gautier	Directrice secteur "Autonomie"	Entretien individuel
	Mme	Grondin	Responsable service "Offre d'accueil PA/PH"	Entretien individuel
Les partenaires extérieurs				
ADAPEI 44	M	Depeyre	Directeur du territoire Pays de Retz	Entretien collectif
APEI OUEST 44	M	Chaussée	Directeur du secteur "Habitat et vie sociale" et "Travail Protégé"	Entretien collectif
CH Saint Nazaire	M	Saint Hubert	Directeur Général	Réunion de travail
Association AGAPE	M	Humeau	Directeur	Entretien collectif
MDPH 44	Mme	Martin Guillois	Médecin	Entretien collectif
	Mme	Mauvais	Assistante Sociale	Entretien collectif
CG 44	Mme	Ohrain	Médecin	Entretien individuel
CNSA	Mme	Mahé	Chargée de mission Etudes et projets innovants Direction de la Compensation	Entretien individuel



63 avenue de Bodon  
44250 St Brévin les Pins  
02.51.74.71.12

## ANNEXE 2

### Grille entretien - Professionnels de l'EHPAD

---

#### Présentation de la démarche

Entretien dans le cadre d'un travail autour des PHA, en interne, au sein de l'EHPAD

But = faire reconnaître le caractère « particulier » de l'accueil et de l'accompagnement des PHA en EHPAD auprès des tutelles + améliorer cet accueil.

La parole doit être libre, il faut se sentir à l'aise de dire ce que l'on pense. Dans le compte rendu final, les noms ne sont pas cités, simplement les fonctions.

Durée : environ 1h

**1/ Pouvez-vous me présenter rapidement votre parcours professionnel** (votre formation initiales, puis celle qui vous avez suivi par la suite, vos différents postes, vos fonctions actuelles dans l'EHPAD)

**2/ Si je vous dis personnes handicapés âgés, qu'est-ce que cela évoque pour vous ?**

**3/ Selon vous, les PHA ont-elles des besoins spécifiques?** (comparé notamment aux <sup>1</sup> personnes handicapées plus jeunes et aux personnes âgées) ? **Voyez-vous évoluer les besoins des résidents du FV avec l'âge ?**

**4) Quelle différence voyez-vous entre l'accompagnement des personnes dans le secteur du handicap et celui qui est proposé au sein de l'EHPAD ?** Différence entre foyer de vie et EHPAD ? En bien et en moins bien.

**5) Comment se passe l'arrivée d'une résident à l'EHPAD ? Voyez-vous des différences lorsque c'est un résident qui vient du FV et un résident qui vient de l'extérieur (domicile ou autre) ?**

**6) Comment l'EHPAD s'adapte-t-il, comment faites-vous pour répondre à ces besoins au quotidien ?**

**7) Est-ce que cela demande un accompagnement particulier ? Une posture professionnelle particulière ?**

## ANNEXE 2

8) Y a-t-il des moments où il vous semble difficile de répondre aux besoins des PHA à l'EHPAD ?  
Rencontrez-vous des difficultés dans l'accompagnement des PHA ?

9) Comment faites-vous pour faire face à ces difficultés ? Qu'est-ce qui vous aide ?

10) Existent-ils des liens entre le foyer de vie et l'EHPAD ?

Entre les résidents

Entre les résidents de l'EHPAD et vous ?

Entre les professionnels ?

11) Qu'est-ce qui selon vous pourrait être amélioré pour mieux accompagner et accueillir les PHA à l'EHPAD ?

Au moment du passage à l'EHPAD	Pendant le séjour à l'EHPAD
	<p style="text-align: right;">2</p> <hr/>

12) Pour vous, en tant que professionnel, y a-t-il un intérêt particulier à travailler auprès de PHA ?

13) Voulez-vous ajouter quelque chose ?

Je vous remercie



## IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EXAMINÉE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Numéro d'immatriculation : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : 

--	--	--	--	--	--

 Commune : \_\_\_\_\_

## SITUATION AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET ORDINAIRES DE LA VIE

<b>VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE</b>		
COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée		
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut	
	Bas	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut	
	Moyen	
	Bas	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir	
	Manger	
ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire	
	Fécale	
TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir		
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...		
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...		
<b>VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE</b>		
GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens		
CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis		
MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers		
TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport		
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance		
SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin		
ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps		

A : fait seul, totalement, habituellement, correctement

B : fait partiellement, non habituellement, non correctement

C : ne fait pas.

A ....., le .....

Signature et cachet du praticien

## ATTENTION

**Ce document doit être joint, sous pli confidentiel à l'attention  
du médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie,  
à l'attestation d'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie**

## GUIDE D'ÉVALUATION

### VOLET ACTIVITÉS, CAPACITÉS FONCTIONNELLES (VOLET 6)

Chaque domaine fait l'objet d'une **cotation globale des éventuelles difficultés** rencontrées par la personne selon les modalités suivantes :

- "sans objet" (uniquement si la personne n'est pas concernée par ce domaine d'activité pour des raisons extérieures au handicap)
- "non" (i.e. aucune limitation et aucune forme d'aide ou de compensation)
- "oui" (i.e. les différents items du domaine sont à examiner)

Les activités permettant la cotation de la grille AGGIR seront systématiquement renseignées en cotant les 4 adverbes

S= spontanément,

T=totalement,

C=correctement,

H=habituellement

Avec 0 pour non et 1 pour oui

Pour les domaines ayant été cotés "oui", les autres activités principales et, le cas échéant en fonction des besoins, les activités secondaires, font l'objet d'une cotation

- **De la réalisation effective** (*Appréciation des difficultés rencontrées, par la personne, lorsqu'elle réalise effectivement une activité, en situation réelle de vie, et selon les réalisations attendues d'une personne de même âge qui n'a pas de problème de santé, en tenant notamment de la fatigabilité, la lenteur, la douleur, ...*) selon les modalités suivantes
  - "A" : Activité réalisée seule, sans aide humaine et sans difficulté
  - "B" : Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle
  - "C" : Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière
  - "D" : Activité non réalisée
- **De l'environnement** influant sur la réalisation effective de cette activité selon qu'il est "**facilitateur**" ou "**obstacle**" (*en indiquant les aides et soutiens (aide humaine, aide technique, etc.) dont la mise en œuvre a été constatée lors de l'évaluation (facilitateurs) ainsi que les facteurs environnementaux qui actuellement contribuent aux difficultés de la personne dans la réalisation effective des différentes activités (obstacles)*)

Pour tous les domaines et toutes les activités, il convient de préciser :

- lorsque l'environnement humain est facilitateur et s'il y a lieu : le temps quotidien d'aide effective constatée
- lorsque l'environnement technique est facilitateur : le Code ISO 9999 ou LPP s'il y a lieu (s'il s'agit d'une aide technique référencée)

NOM de la personne concernée:

Date de l'évaluation :

**TÂCHES ET EXIGENCES GÉNÉRALES, RELATION AVEC AUTRUI**

Difficulté :  "non" (i.e. aucune limitation et aucune forme d'aide ou de compensation)

"oui" (i.e. les différents items du domaine sont à examiner)

	Réalisation effective				Observations																
	A	B	C	D																	
<b>1.1 - S'orienter dans le temps</b>					<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>S</td><td>T</td><td>H</td><td>C</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>S</td><td>T</td><td>H</td><td>C</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	S	T	H	C					S	T	H	C				
S	T	H	C																		
S	T	H	C																		
<b>1.2 - S'orienter dans l'espace</b>																					
<b>1.3 - Fixer son attention</b>																					
<b>1.4 - Mémoriser</b>																					
<b>1.5 - Prendre des décisions</b>																					
<b>1.6 - Prendre des initiatives</b>																					
1.6.1 - Faire spontanément une demande d'aide (savoir repérer et mobiliser les ressources de son environnement si nécessaire)																					
1.6.2 - Entrer spontanément en relation avec autrui																					
1.6.3 - Entreprendre spontanément une activité simple																					
1.6.4 - Entreprendre spontanément une activité complexe																					
<b>1.7 - Gérer sa sécurité</b>																					
1.7.1 - Ne pas mettre sa vie et/ou celle des autres en danger																					
1.7.2 - Réagir de façon adaptée face à une situation risquée (percevoir les signaux de danger et apprécier les risques, adapter son comportement pour y faire face)																					
1.7.3 Alerter																					
<b>1.8 - Respecter les règles de vie</b>																					
<b>1.9 - Avoir des relations avec autrui conformes aux règles sociales</b>																					
<b>1.10 - Maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui</b>																					
1.10.1 - se comporter de façon sensée																					
<b>1.11 - Relations avec ses pairs</b>																					
<b>1.12 - Avoir des relations affectives et sexuelles</b>																					
<b>1.13 - Cohérence communication</b>																					

NOM de la personne concernée:

Date de l'évaluation :

**MOBILITÉ, MANIPULATION**

Difficulté :

"non" (i.e. aucune limitation et aucune forme d'aide ou de compensation)

"oui" (i.e. les différents items du domaine sont à examiner)

	réalisation effective			
	A	B	C	D
<b>2.1 Se mettre debout</b>				
2.1.1 - Se coucher				
2.1.2- S'asseoir				
<b>2.2 Faire ses transferts</b>				
<b>2.3 Changer de point d'appui</b>				
<b>2.4 Rester assis</b>				
<b>2.5 Rester debout</b>				
<b>2.6 - Marcher</b>				
<b>2.7 - Se déplacer dans le logement, à l'extérieur</b>				
2.7.1 - Se déplacer dans le logement				
2.7.2 - Se déplacer à l'extérieur				
2.7.2.1 - Se déplacer en terrain varié				
2.7.2.2 - Se déplacer en terrain accidenté				
2.7.2.3 - Se déplacer sur un terrain en pente				
<b>2.8 - Utiliser des escaliers</b>				
<b>2.9 - Utiliser les transports en commun</b>				
<b>2.10 - Utiliser un véhicule particulier</b>				
<b>2.11 -Conduire un véhicule</b>				
<b>2.12 - Utiliser la préhension de la main dominante</b>				
<b>2.13 - Utiliser la préhension de la main non dominante</b>				
<b>2.14 - Avoir des activités de motricité fine</b>				
<b>2.15 - Avoir une coordination bi manuelle</b>				
<b>2.16 - Soulever et porter des objets (y compris en se déplaçant)</b>				

Observations																
<table border="1"> <tr> <td>S</td> <td>T</td> <td>H</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	S	T	H	C												
S	T	H	C													
<table border="1"> <tr> <td>S</td> <td>T</td> <td>H</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>S</td> <td>T</td> <td>H</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	S	T	H	C					S	T	H	C				
S	T	H	C													
S	T	H	C													
<table border="1"> <tr> <td>S</td> <td>T</td> <td>H</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	S	T	H	C												
S	T	H	C													

**ENTRETIEN PERSONNEL**

Difficulté :

- "non" (i.e. aucune limitation et aucune forme d'aide ou de compensation)
- "oui" (i.e. les différents items du domaine sont à examiner)

	réalisation effective			
	A	B	C	D
<b>3.1 – Se laver</b>				
3.1.1 – Toilette du haut				
3.1.2 – Toilette du bas				
<b>3.2 - Prendre soin de son corps</b>				
<b>3.3 – Assurer l'élimination et Utiliser les toilettes</b>				
3.3.1 - Fécale				
3.3.2 - Urinaire				
<b>3.4 - S'habiller / se déshabiller</b>				
3.4.1 - Haut				
3.4.2 - Moyen				
3.4.3 - Bas				
<b>3.5 - Prendre ses repas (Manger, Boire)</b>				
3.5.1 – Se servir				
3.5.2 - Manger				
<b>3.6 - Prendre soin de sa santé</b>				
3.6.1 – Utiliser ses fonctions respiratoires				
3.6.2 - Se soigner				
3.6.3 – Exprimer une demande de soins				
3.6.4 - Surveiller son régime alimentaire				
3.6.5 – Gérer son repos quotidien				
3.6.6 – Utiliser les différents systèmes de santé				

Observations				
S	T	H	C	
S	T	H	C	
S	T	H	C	
S	T	H	C	
S	T	H	C	
S	T	H	C	
S	T	H	C	

NOM de la personne concernée:

Date de l'évaluation :

**COMMUNICATION**

Difficulté :

"non" (i.e. aucune limitation et aucune forme d'aide ou de compensation)

"oui" (i.e. les différents items du domaine sont à examiner)

	réalisation effective				Observations
	A	B	C	D	
<b>4.1 - Parler</b>					
<b>4.2 - Entendre (percevoir les sons et comprendre)</b>					
4.2.1 - Entendre des sons					
4.2.2 - Comprendre la parole en face à face					
4.2.3 - Comprendre la parole dans un groupe					
4.2.4 - Comprendre la parole en environnement bruyant					
4.2.5 - Localiser l'origine des sons					
<b>4.3 - Voir (distinguer et identifier)</b>					
<b>4.4 - Utiliser des appareils et techniques de communication</b>					
4.4.1 - Utiliser le téléphone					
4.4.2 - Utiliser d'autres appareils et techniques de communication					
<b>4.5 - Comprendre une phrase simple</b>					
<b>4.6 - Mener une conversation</b>					
<b>4.7 - Produire et recevoir des messages non verbaux</b>					

**VIE DOMESTIQUE ET VIE COURANTE**

Difficulté :

- "sans objet" (uniquement si la personne n'est pas concernée par ce domaine d'activité pour des raisons extérieures au handicap)
- "non" (i.e. aucune limitation et aucune forme d'aide ou de compensation)
- "oui" (i.e. les différents items du domaine sont à examiner)

	réalisation effective			
	A	B	C	D
<b>5.1 - Faire ses courses</b>				
<b>5.2 - Préparer un repas simple</b>				
<b>5.3 - Faire son ménage</b>				
<b>5.4 - Entretenir son linge et ses vêtements</b>				
<b>5.5 - S'occuper de sa famille</b>				
<b>5.6 - Gérer son budget, faire les démarches administratives</b>				
5.6.1 - Gérer son argent au quotidien				
5.6.2 - Gérer son compte bancaire				
5.6.3 - Faire des démarches administratives				
<b>5.7 - Vivre seul dans un logement indépendant</b>				
<b>5.8 - Avoir des relations informelles de voisinage</b>				
<b>5.9 - Participer à la vie communautaire, sociale et civique</b>				
5.9.1 - Gérer son temps libre, avoir des activités récréatives ou participer à des activités culturelles, sportives ou de loisir				
5.9.2 - Exprimer une demande liée à ses droits				
5.9.3 - Participer à la vie locale				
<b>5.10 - Partir en vacances</b>				

Observations				
S	T	H	C	
S	T	H	C	
S	T	H	C	
S	T	H	C	
S	T	H	C	

<b>6.1 - Lire</b>									
<b>6.2 - Ecrire</b>									
<b>6.3 - Calculer</b>									

 <p>Direction Générale <b>SOLIDARITE</b> Personnes Handicapées</p>	<p><b>ALLOCATION COMPENSATRICE POUR TIERCE PERSONNE</b></p>	 <p><b>Maison départementale des personnes handicapées</b></p>
---	---	--

N° de DOSSIER AIDE SOCIALE	
Première demande <input type="checkbox"/>	Date de début :

Renouvellement <input type="checkbox"/>	Date d'échéance :	Taux de sujétion %	Date de la première demande
---	-------------------	--------------------	-----------------------------

<b>1</b>	Nom patronymique	Nom marital	Prénom	Date de Nais.
<i>N'oubliez pas le rappel des nom, prénom, date de naissance dans le pied de page</i>				
<b>2</b>	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Situation familiale : Cél. <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Conc. <input type="checkbox"/> Pacs <input type="checkbox"/> Div <input type="checkbox"/> Ve <input type="checkbox"/>		
Eventuellement Nom, Prénom, Date de nais, et situation actuelle du conjoint.				

<b>3</b>	Mesure de protection:	Type Assuré par :		
	Non <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>			
<b>4</b>	MDPH	Taux d'Incapacité	Date d'échéance	Mention :
	N° Dos	%.		

<b>5</b>	Adresse de l'intéressé :	
	Résidence nocturne habituelle (éventuellement établissement)	Domicile de secours (si différent)

<b>9</b>	<b>Conditions actuelles de Vie</b>						
<b>DOMICILE</b> <input type="checkbox"/>		seul (e) <input type="checkbox"/>	couple <input type="checkbox"/>	Cohabitation <input type="checkbox"/>	Parents <input type="checkbox"/>	Famille/fratrie <input type="checkbox"/>	Autres <input type="checkbox"/>
<b>ETABLISSEMENT</b> <input type="checkbox"/>		Placement familial : Social DGS <input type="checkbox"/> Associatif <input type="checkbox"/> Thérapeutique <input type="checkbox"/> Enfance <input type="checkbox"/>					
Foyer de vie <input type="checkbox"/>		Foyer Accueil Médicalisé <input type="checkbox"/>	I M E <input type="checkbox"/>	Externat <input type="checkbox"/>	Internat <input type="checkbox"/>	Tps partiel <input type="checkbox"/>	MAS <input type="checkbox"/>
S.A.V.S. <input type="checkbox"/>		LOGements ACcompagnés <input type="checkbox"/>	Foyer d'Accueil et d'Hébergement <input type="checkbox"/>		SAESAT <input type="checkbox"/>	ESAT <input type="checkbox"/>	
Nom de l'établissement				Autre mode d'accueil <input type="checkbox"/>			

NOM Prénom né(e) le  
Date de demande

**GRILLE ACTP**

<b>11</b>	<b>Histoire, parcours, éléments particuliers de la vie de la personne, nature de la demande.</b>

<b>18</b>	<b>Comportement</b>

<b>19</b>	<b>Comportement violent ou dangereux</b>					
Nature ↓ rythme →	Tous les jours	1 à 2 fois / sem.	1 à 2 fois /mois	1 à 2 fois / an	Exceptionnel	Jamais
<b>Violence verbale</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Casse matérielle</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Automutilation</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Violence sur tiers</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportements particuliers :						

**AUTONOMIE**

<b>23</b>	<b>HABILLAGE</b>	<b>23 bis</b>	<b>DESHABILLAGE</b>
<b>H 0</b>	S'habille seul, choisit seul ses vêtements, adaptés à la météo et au handicap.	<b>DH 0</b>	Se déshabille seul.
<b>H 1</b>	Il faut lui dire de se changer, stimulation, lenteur excessive, compléments à l'habillement (boutons, f. éclair, lacets) et/ou choix de vêtements inadaptés à la météo et au handicap.	<b>DH 1</b>	Il faut lui dire de se déshabiller, stimulation, lenteur excessive, compléments au déshabillage (boutons, f. éclair, lacets)
<b>H 2</b>	Aide partielle.	<b>DH 2</b>	Aide partielle.
<b>H 3</b>	Aide totale sans opposition.	<b>DH 3</b>	Aide totale sans opposition.
<b>H 4</b>	Opposition, fuite ( il faut courir après), nécessité d'utiliser des vêtements adaptés (scotchés) ou particuliers (bleu de travail à l'envers)	<b>DH 4</b>	Opposition lors du déshabillage ou se déshabille au moins 1 fois/jour, arrache ses vêtements (ne supporte aucun vêtement)
Observations/commentaires, par exemple mise en place de dentier, prothèse, corset, casque. Défaut d'apprentissage quel qu'en soit le motif.		Observations/commentaires, par exemple enlever dentier, prothèse, corset, casque. Défaut d'apprentissage quel qu'en soit le motif.	

NOM Prénom né(e) le  
Date de demande

## GRILLE ACTP

24	ELIMINATIONS	25	TOILETTE
<b>W 0</b>	Gère ses éliminations seul.	<b>T 0</b>	Se lave seul, sans aide et d'une manière correcte.
<b>W 1</b>	Doit être stimulé, conduit à heures fixes, utilise seul des garnitures, ou auto sondage.	<b>T 1</b>	Lenteur excessive, incitation indispensable, surveillance, préparation, petite aide, shampooing,
<b>W 2</b>	Doit être aidé partiellement (défaire le pantalon, reculotter), aide pour l'utilisation de garnitures.	<b>T 2</b>	Aide partielle.
<b>W 3</b>	Aide totale (défaire pantalon, essuyer, petite toilette, reculotter) ou garnitures non gérées seul, ou changement par un tiers d'un étui pénien	<b>T 3</b>	Aide totale ou aide partielle avec opposition.
<b>W 4</b>	Doit être surveillé sinon se souille et souille son environnement ou changement d'une sonde urinaire, gestion d'une colo/urétéro stomie.	<b>T 4</b>	Aide totale et opposition, aide partielle mais se souille et nécessite 1 grande toilette au moins 2 fois /j.
Observations/commentaires : par exemple, obésité, locaux inadaptés, défaut d'apprentissage quel qu'en soit le motif...etc		Observations/commentaires : par exemple, obésité, locaux inadaptés, gestion des règles, du rasage, défaut d'apprentissage quel qu'en soit le motif...etc	

26	REPAS	28	TRANSFERTS
<b>R 0</b>	Se sert et mange seul sans aide.	<b>TR 0</b>	Ne nécessite ni surveillance ni aide humaine
<b>R 1</b>	Stimulation pendant tout le repas qui sans cela n'est pas pris. Couverts adaptés, doit être servi.	<b>TR 1</b>	Peut avoir besoin d'équipements (potence, barre d'appui, etc)
<b>R 2</b>	Doit être servi et viande coupée, fruits épluchés, yaourts décapsulés ou boulimique (et il faut lui dire de ralentir, surveillance discrète), utilisation de canard, paille.	<b>TR 2</b>	Assistance partielle (bouger les jambes) ou aide occasionnelle (maximum 1 fois par jour) ou simple stimulation verbale.
<b>R 3</b>	Aide partielle (ou mange salement avec les doigts) et/ou surveillance importante car il y a un risque d'étouffement par boulimie.	<b>TR 3</b>	Aide journalière avec ou sans lève malade. Aide totale pour le transfert.
<b>R 4</b>	Aide totale ( stomie comprise)	<b>TR 4</b>	Grabataire.
Observations/commentaires : par exemple régime particulier, dont mixé, rituels du repas.		Observations /commentaires : par exemple coquille dans F.R., sangles et attaches diverses.	

29	DEPLACEMENTS INTERIEURS	30	DEPLACEMENTS EXTERIEURS
<b>DI 0</b>	Se déplace seul dans son lieu de vie, ne nécessite pas de surveillance.	<b>DE 0</b>	Se déplace seul, ne nécessite pas de surveillance.
<b>DI 1</b>	Utilise seul des équipements particuliers (cannes, tripode, déambulateur, fauteuil roulant manuel ou électrique...)	<b>DE 1</b>	Utilise seul des équipements particuliers (cannes, tripode, déambulateur, fauteuil roulant...)
<b>DI 2</b>	Nécessite une surveillance intermittente (stimulation, encouragement), utilise seul mais avec difficultés un FR, aide humaine nécessaire pour les escaliers.	<b>DE 2</b>	Nécessite une surveillance intermittente (stimulation, encouragement) ou une aide humaine dans certains cas (long déplacement, accès difficile)
<b>DI 3</b>	Nécessite une aide humaine pour pousser le fauteuil roulant, une aide à passer du lit au fauteuil, ne peut utiliser seul un fauteuil roulant électrique.	<b>DE 3</b>	Ne sort jamais seul, nécessite une aide humaine quelle qu'en soit la raison, motrice, psychique, sensorielle.
<b>DI 4</b>	Nécessite de façon constante une personne pour guider ou aider physiquement, que la personne participe ou non. Grabataire.	<b>DE 4</b>	Grabataire. Fugues.
Observations/commentaires : par exemple logement et/ou matériel inadaptés.		Observations/commentaires : par exemple logement et/ou matériel inadaptés, modalités des fugues.	

NOM Prénom né(e) le  
Date de demande

## GRILLE ACTP

27	ORIENTATION	32	COHERENCE
O 0	A une bonne représentation de l'espace et du temps.	CO 0	Converse et se comporte de façon sensée, adapte son comportement aux situations.
O 1	Peut se positionner et s'adapter dans le temps et dans un espace connu et repéré.	CO 1	Difficulté à s'adapter aux situations nouvelles, traumatisantes ou non désirées.
O 2	Se repère par habitude dans l'espace (quartier) et dans le temps (semaine)	CO 2	Moments de confusion, d'incohérence.
O3	Se repère dans un cadre protégé (lieu de vie), notion du temps, dans la journée (avant/après) non acquise.	CO 3	Propos délirants.
O 4	Ne se repère ni dans le temps ni dans l'espace.	CO 4	Comportement constamment inadapté aux situations rencontrées.
Observations/commentaires : par exemple, utilisation des transports en commun.		Observations/commentaires :	

33	EXPRESSION	La ligne 33 explore la fonction "émission d'un message" vers autrui. Cela concerne aussi bien le contenu du message que les difficultés "mécaniques " ( dysarthrie, bégaiement, par exemple). Ce qui compte c'est ce que l'autre comprend.	
EX 0	Tient une conversation, compréhensible par tout un chacun sur des sujets complexes.	EX 3	Exprime une demande avec des moyens adaptés et/ou des interlocuteurs nécessairement avertis et habitués.
EX 1	S'exprime sur des sujets très concrets qui le concernent directement.	EX 4	Ne s'exprime pas (ni langage ni signe)
EX 2	Exprime une demande verbale ou non verbale, mais se fait comprendre aisément même par un interlocuteur inhabituel.	Observations/commentaires : par exemple Echolalie, logorrhée, cris.	

37	Nature des AIDANTS et Informations supplémentaires

40	CONCLUSION
Proposition de taux de sujétion :	

41	Date de l'évaluation
Docteur	Signature

NOM Prénom né(e) le  
Date de demande

## ANNEXE 7

GRILLE D'EVALUATION DES CAPACITES FONCTIONNELLES DES PERSONNES EN  
SITUATION DE HANDICAP EN ETABLISSEMENT

## Etablissement actuel hébergeant la personne

Nom et adresse : L'Escale Date d'entrée :   
3 rue Marie Curie - 44240 LA CHAPELLE SUR ERDRE

NUMERO

ANNEE DE NAISSANCE

SEXE

XXXX

1900

Masculin

## Notification MDPH d'orientation en établissement médico-social

Type d'établissement : PH vieillissante Date d'échéance :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES décrivant l'histoire de vie et le profil de la personne  
(à l'exclusion de tout diagnostic médical) :

DATE DE L'EVALUATION

NOM ET FONCTION DE L'EVALUATEUR

# 1) FONCTIONS MENTALES

## S'ORIENTER DANS LE TEMPS

0

A toujours une bonne représentation du temps

Commentaires :

## S'ORIENTER DANS L'ESPACE

0

A une bonne représentation de l'espace. Peut se positionner et s'adapter dans un lieu inconnu

Commentaires :

## CAPACITES DE JUGEMENT

0

Évalue seul les situations et prend des décisions sensées, est capable d'alerter

Commentaires :

## MAITRISER SON COMPORTEMENT DANS SES RELATIONS AVEC AUTRUI

0

Comportement adapté aux situations

Commentaires :

## 2) COMMUNICATION

### S'EXPRIMER

0

Parle normalement

Commentaires :

### ENTENDRE

0

Entend normalement

Commentaires :

### VOIR

0

Voit normalement sans verres correcteurs

Commentaires :

### COMPRENDRE

0

Comprend bien ce qui lui est dit et ce qui lui est demandé

Commentaires :

### 3) MOBILITE

#### FAIRE SES TRANSFERTS (Du lit vers un siège et la position debout et vice-versa)

0

Se lève, s'assoit et se couche seul

Commentaires :

#### MARCHER

0

Marche seul sans surveillance

Commentaires :

#### DEPLACEMENTS DANS LE LIEU DE VIE (l'établissement)

0

Se déplace seul dans son lieu de vie

Commentaires :

#### DEPLACEMENTS EXTERIEURS

0

Se déplace seul quel que soit le lieu.

Commentaires :

## 4) ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE

### SE LAVER

0

Se lave seul, sans aide et d'une manière correcte.

Commentaires :

### HYGIENE DE L'ELIMINATION

0

Assure seul, spontanément, correctement et tous les jours, l'hygiène de l'élimination

Commentaires :

### S'HABILLER et SE DESHABILLER

0

S'habille seul, choisit seul ses vêtements adaptés et propres

Commentaires :

### PRENDRE SES REPAS (Se servir, manger, boire)

0

Se sert, mange et boit seul sans aide

Commentaires :

pour se rendre à la salle Cutulic avec ses poneys. L'attelage empruntera le quai Boulay-Paty, les rues de l'hôpital, Pierre-Jubau et Constant-Riou et, enfin, le boulevard Dumesnilot pour rejoindre la salle municipale.

#### ■ Inscription sur les listes électorales

Mercredi 31 décembre, mairie, 1, quai Éole. Ouverture des bureaux de 9 h à 12 h et de 14 h à 17 h. Se munir d'une carte d'identité ou passeport en cours de validité et d'un justificatif de domicile (loyer, eau, EDF) de moins de 3 mois. Dernier jour pour s'inscrire sur les listes électorales pour une validité en 2015. Contact : 02 40 27 50 50.

ter et une distribution de friandises.

#### ■ Circulation et de stationnement

En raison de l'arbre de Noël organisé par la municipalité, la circulation et le stationnement seront interdits, mercredi 17 décembre, de 14 h 30 à 15 h 30, quai Boulay-Paty, et sur une partie des rues de l'hôpital, rue Pierre-Jubau, Constant-Riou et du boulevard Dumesnilot. Des déviations seront mises en place.

#### ■ Ville de Paimboeuf

Fermeture samedi 27 décembre 2014, samedi 3 janvier 2015, mairie, 1, quai Éole.

## Port-Saint-Père

#### ■ Portes ouvertes Pep's danse

L'association Pep's danse a le plaisir d'ouvrir ses portes aux familles des danseuses et aux personnes désireuses de découvrir le monde de la danse. Mardi 16 décembre, 17 h 15 à 21 h 15, mercredi 17 décembre, 17 h 45 à 21 h 30, jeudi 18 décembre, 17 h 30 à 20 h 30, salle des associations, mairie. Contact : 06 27 71 55 18, pepsdanse44@yahoo.fr

## Saint-Brevin-les-Pins

### Une expérimentation confiée à l'Ehpad Mer et Pins

L'Établissement d'hébergement pour personnes dépendantes (Ehpad) Mer et Pins est issu de la dissolution et de l'éclatement de la Maison départementale de Mindin en quatre établissements qui a eu lieu il y a 15 ans. Cette structure dispose de 310 lits répartis entre le quartier de Mindin et le centre-ville de Saint-Brevin. Au-delà de l'accompagnement de personnes âgées, son emplacement à proximité d'établissements pour personnes handicapées plus jeunes lui donne naturellement une expertise accrue pour assurer l'accueil des personnes handicapées âgées. Le développement d'activités spécifiques et la spécialisation du personnel permettent de faire face à l'environnement social et familial souvent limité de ces résidents.

Naturellement, les structures du handicap du Pays de Retz sont en relation avec l'Ehpad, cette spécificité reste peu connue des personnes handicapées vivant au domicile de leurs parents. L'allongement de l'espérance de vie concerne aussi ces personnes qui rentrent en maison de retraite en moyenne 10 ans avant l'âge habituel. Ces parents voient se profiler le drame de devenir eux-mêmes trop âgés pour continuer à s'occuper de leur enfant. Ils pourront trouver, au sein de l'Ehpad des solutions d'accueil différentes pour leur enfant handicapé et pour eux-



À droite, M. Danaire avec les résidents. Il est chargé d'accompagner les personnes handicapées âgées de l'Ehpad à leurs rendez-vous médicaux extérieurs.

mêmes afin de conserver un contact familial indispensable.

La diversité d'accueil et la spécialisation du personnel proposée par l'Ehpad Mer et Pins a été récemment reconnue par l'Agence régionale de santé (ARS) qui est chargée de mettre en œuvre la politique de santé publique au niveau régional. Cette dernière a confié à l'établissement brevinnois, appuyée sur une convention tripartite, une expérimentation pour une durée de trois ans qui consiste à faire reconnaître les besoins d'accueil spécifique des personnes handicapées âgées et

d'améliorer leur prise en charge.

**Contact :** administration Ehpad Mer et Pins, 63, avenue de Bondon, 44250 Saint-Brevin-les-Pins. Tél. 02 51 74 71 12.

#### ■ Thé dansant

Orchestre Michel Bougerie. Jeudi 18 décembre, 14 h 30 à 19 h 30, le Canotier. Tarif : 11 €. Contact et réservation : 02 40 27 21 19, 06 25 45 11 02, lecanotier44@orange.fr, www.le-canotier.fr