

**ADAPTER L'ACCOMPAGNEMENT D'UN FOYER DE VIE AUX
BESOINS DE LA PERSONNE HANDICAPEE VIEILLISSANTE**

Mathieu DEMAISON

2021

Remerciements

Je tiens à remercier tous ceux qui m'ont accompagné et soutenu dans cette démarche de formation. J'adresse plus particulièrement mes remerciements à :

- Mr MOLLOT Philippe, conseiller mémoire pour son soutien et sa guidance tout au long de la rédaction de ce mémoire
- Mr SCHWAAB Frédéric, Directeur de l'EHPAD « La Providence » qui m'a accueilli en stage dans son établissement
- l'ENSEIS et aux formateurs pour la qualité de leurs interventions
- Mes compagnons de promotion pour leur amitié, leur soutien et leur bonne humeur
- Et enfin et surtout mon épouse, Nathalie et mes 2 enfants, pour leur patience et leur soutien durant ces années de formation.

Sommaire

Introduction	1
1 Etat des lieux de la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes.....	5
1.1 Politiques publiques liées aux personnes handicapées vieillissantes	5
1.1.1 Origines et définitions du handicap.....	5
1.1.2 D'une logique d'enfermement à une logique d'inclusion	7
1.1.3 Définition complexe de la personne âgée dépendante	10
1.2 La place des personnes handicapées vieillissantes sur le territoire.....	14
1.2.1 Définitions de la personne handicapée vieillissante.....	14
1.2.2 Considérations de cette population sur le territoire	15
1.2.3 La place de la personne handicapée vieillissante sur l'ADAPEI Loire ?.....	19
1.3 Identité du pôle et son environnement	21
1.3.1 Descriptif général	21
1.3.2 Le foyer de vie des Jardins d'Asphodèles	23
1.3.3 Ouverture sur l'extérieur et participation des usagers.....	26
2 Un environnement interne et externe requérant une nouvelle stratégie.....	29
2.1 Evolution des nécessités.....	29
2.1.1 Emergence de nouvelles problématiques.....	29
2.1.2 De nouveaux besoins à identifier et des attentes à évaluer	32
2.1.3 Visions des salariés assurant l'accompagnement.....	35
2.2 Une « inertie » organisationnelle face aux mutations.....	38
2.2.1 Une équipe à remobiliser.....	38
2.2.2 Un accompagnement quotidien en souffrance.....	40
2.2.3 Partenariat illusoire pour l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes ?.....	42
2.3 Forces et faiblesses à prendre en compte	46
2.3.1 Une volonté d'évoluer.....	48
2.3.2 Un besoin d'accroissement des compétences et des stratégies à clarifier.....	49
2.3.3 Un positionnement à défendre et une crédibilité à conserver	50

3 Améliorer l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes grâce à une dynamique de changement	53
3.1 Repenser l'offre du foyer de vie.....	53
3.1.1 Une communication essentielle.....	54
3.1.2 Impulser et planifier le projet autour d'instances de réflexion et de décision	56
3.1.3 De nouvelles modalités pour l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes	60
3.2 Manager et accompagner les changements de pratiques	62
3.2.1 Soutenir les professionnels	62
3.2.2 Un agencement architectural avec des moyens adaptés	66
3.2.3 Une organisation de travail aux services des nouveaux besoins.....	68
3.3 Fluidifier le parcours des personnes en développant une ouverture sur l'extérieur.....	71
3.3.1 Collaborer avec les établissements de proximité	71
3.3.2 Etre force de proposition : une cellule de veille	72
3.3.3 Evaluer les actions mises en œuvre	73
Conclusion	79
Bibliographie.....	81
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ADAPEI :	Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés
AES :	Accompagnant Educatif et Social
AMP :	Aide Médico-Psychologique
ANESM :	Agence Nationale de l'Evaluation des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux
APAJH :	Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés
ARS :	Agence Régionale de la Santé
ASV :	Adaptation de la Société au Vieillessement
CAFDES :	Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Etablissement ou de Service
CAFERUIS :	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale
CASF :	Code de l'Action Sociale et des Familles
CD :	Conseil Départemental
CDAPH :	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CIF :	Classification Internationale du Fonctionnement
CIH :	Classification Internationale des Handicaps
CNSA :	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CODIR :	COmité DIRecteur
CPOM :	Contrat Pluri Annuel d'Objectifs et de Moyens
CVS :	Conseil de la Vie Sociale
DGAS :	Direction Générale des Affaires Sociales
DIPC :	Document Individuel de Prise en Charge
DRESS :	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DU :	Diplôme Universitaire
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ES :	Educateur Spécialisé
ESSMS :	Etablissements et Service Sociaux et Médico-Sociaux
ETP :	Equivalent Temps Plein
FAM :	Foyer d'Accueil Médicalisé

GEVA :	Guide d'ÉVALUATION des besoins de compensation de la personne handicapée
GPEC :	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Carrières
HAS :	Haute Autorité de Santé
IDE :	Infirmier Diplômé d'Etat
IGAS :	Inspection Générale des Affaires Sociales
IGF :	Inspection Générale des Finances
IME :	Institut Médico-Educatif
MAPHA :	Maison d'Accueil pour Personnes Handicapées Âgées
MAS :	Maison d'Accueil Spécialisé
MDPH :	Maison Départementale des Personnes Handicapées
ME :	Moniteur Educateur
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PDC :	Plan de Développement des Compétences
PHV :	Personnes Handicapées Vieillissantes
QVT :	Qualité de Vie au Travail
SAJ :	Service d'Accueil de Jour
SERAFIN-PH :	Services et Etablissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées
SRS :	Schéma Régional de la Santé
SWOT :	Strengths - Weaknesses - Opportunities – Threats
TED :	Troubles Envahissants du Développement
UNAPEI :	Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis

Introduction

Le thème du vieillissement des personnes handicapées est une question de société qui préoccupe de plus en plus les pouvoirs publics. Pourtant, les problématiques liées au vieillissement des personnes handicapées ont été soulevées de façon récurrente depuis une quarantaine d'années par les professionnels du secteur et par les familles. En effet, la population vieillit et les personnes handicapées n'échappent pas à cette évolution. Bénéficiant des progrès médicaux mais aussi des différentes formes d'accompagnement spécialisé et de prévention au sein des associations, leur espérance de vie s'est nettement accrue. Cette longévité grandissante engendre néanmoins de nombreuses difficultés comme l'accroissement de la fatigabilité ou le cumul des pathologies.

« Les personnes handicapées vivent aujourd'hui plus longtemps. Dans les années 1950, la médecine enseignait, par exemple, qu'on pouvait tout au plus espérer qu'une personne touchée par une trisomie 21 atteigne une vingtaine d'années. 70% des personnes touchées par cette maladie vivront aujourd'hui au-delà de 50 ans et parmi elles, les sexagénaires sont d'ores et déjà nombreux... Les témoignages des familles et des professionnels qui vivent aux côtés des personnes handicapées concordent avec ce constat. »¹

Le vieillissement de la population des personnes handicapées est comparable à celui de la population générale : les progrès de la médecine, l'augmentation du niveau de vie, favorisent une espérance de vie plus longue pour l'une comme pour l'autre. Le vieillissement des personnes handicapées est donc un progrès, et à ce titre, comporte de nombreux aspects positifs tant pour les personnes elles-mêmes que pour leurs familles. Il est donc essentiel que le projet de vie de la personne handicapée vieillissante (PHV) soit évolutif et ne donne pas lieu d'emblée à l'élaboration de réponses ou de solutions définitives et standardisées qui risqueraient de ne plus évoluer dans le temps, qu'il s'agisse de solutions d'accompagnement à domicile ou en établissement. L'évolution des politiques publiques au cours des années permet aujourd'hui la prise en compte de cette population par le législateur. En effet, successivement les lois de 1975, de 2002 sur la « loi de rénovation et de modernisation de l'action sociale et médicosociale » et de 2005 dite loi « pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » ont introduit des changements majeurs dans la conception de la prise en

¹ BLANC P., BERTHOD-WURMSER M « Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge », rapport du sénateur Paul Blanc, remis à Philippe Bas, Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, juillet 2006

charge du handicap (droits et participation des usagers). Elles ont modifié considérablement l'environnement des acteurs du champ.

Le foyer de vie des Jardins d'Asphodèles construit en 2003, et géré par l'ADAPEI Loire (Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés) n'échappe pas à ce phénomène. Le vieillissement des personnes handicapées est en passe de devenir une préoccupation majeure. L'accompagnement proposé lors de son ouverture s'adressait à des résidents dont l'âge était compris entre 25 et 40 ans. Axé sur une démarche éducative et visant au développement des acquis, cet accompagnement se trouve aujourd'hui confronté à l'apparition de besoins différents. En effet, l'avancée en âge des usagers génère des besoins spécifiques et complexes auxquels les équipes se trouvent confrontés.

Lors de mon arrivée sur cette structure en 2016, mes fonctions de directeur adjoint de pôle m'ont amené à observer ces faits et entamer un processus de diagnostic destiné à repérer les principaux dysfonctionnements. Ces derniers sont susceptibles de porter atteintes à l'offre de service proposé. Mon expérience professionnelle de près de 20 ans dans le milieu social et médico-social et de cadre de direction depuis plus d'une douzaine d'année m'ont fait m'interroger sur l'évolution de cette problématique. Cet état des lieux m'a fait apparaître des atouts indéniables dans l'accompagnement mais aussi des obstacles à la bonne qualité des prestations dispensées aux usagers, en raison de la non prise en considération de l'évolution des caractéristiques de la population accueillie.

Il me semble que la principale cause de l'inadaptation de l'accompagnement sur ce foyer de vie réside dans les missions et les moyens de l'établissement qui ne correspondent plus aux besoins émergents des usagers vieillissants. Mon objectif sera donc de repenser les modalités de prise en charge aux vues des nécessités des personnes handicapées vieillissantes et ainsi ajuster l'accompagnement aux attentes et besoins singuliers de chacun. Les professionnels feront partie intégrante de ce travail d'élaboration. Ils seront mobilisés à la fois sur la question du sens de leurs actions mais aussi sur l'organisation structurelle de l'établissement au travers de l'aménagement du temps de travail et de la conception architecturale des locaux.

Aussi pour développer ce projet, la première partie de ce mémoire définira le cadre législatif et réglementaire du handicap et du vieillissement avec un rappel des textes fondateurs et des définitions indispensables. Je présenterai également le contexte de l'association gestionnaire et de l'établissement ainsi que le champ d'investigation nécessaire à une analyse plus approfondie.

Après avoir dressé un constat sur le vieillissement des personnes handicapées, la seconde partie fera une analyse de l'offre existante sur le foyer de vie.

Cet examen montrera l'état des besoins et des attentes des personnes handicapées vieillissantes présentes dans la structure mais aussi des familles et des salariés

intervenants auprès de ces usagers. Les forces et faiblesses seront alors mises en avant afin de connaître les appuis nécessaires au développement du projet mais également les entraves qui seront à prendre en compte.

Dans une troisième et dernière partie, j'exposerai les étapes de la création des réponses pour adapter l'accompagnement aux nouveaux besoins repérés et les stratégies envisagées à long termes aux regards des constats effectués. Enfin, je terminerai ce mémoire par une approche évaluative du développement de ce projet tant sur la conduite de changement que sur les effets attendus sur l'amélioration des prestations.

1 Etat des lieux de la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes

En matière de politiques sociales, il existe en France deux dispositifs distincts : celui pour les personnes âgées issu du rapport LAROQUE de 1962, et celui pour les personnes handicapées issu du rapport BLOCH-LAINE de 1969 et des lois d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées.

Il convient d'ajouter à cette liste deux notions à la fois proches et différentes : les notions de dépendance et de handicap. Ces notions sont apparues en France dans les années 1950 (Handicap) et dans les années 1970 (Dépendance). Il me semble essentiel de les développer puisqu'elles déterminent les représentations mentales et la politique sociale de chaque secteur.

1.1 Politiques publiques liées aux personnes handicapées vieillissantes

1.1.1 Origines et définitions du handicap

Le mot handicap provient d'un terme anglais : « hand in cap », ce qui signifie littéralement « main dans le chapeau ». Cette expression découle d'un jeu d'échanges d'objets personnels qui se pratiquait en Grande-Bretagne au XVIème siècle. Un arbitre évaluait les objets et s'assurait de l'équivalence des lots afin de garantir l'égalité des chances des joueurs. Le handicap traduisait la situation négative, défavorable, de celui qui avait tiré un mauvais lot.

Aussi loin que remonte l'histoire – des mythes de l'Antiquité, en passant par le Moyen Âge, la Première Guerre Mondiale, ou même les dernières représentations cinématographiques ou artistiques du XXème siècle – le handicap a toujours été synonyme d'exclusion, de pauvreté, d'infirmité, d'incapacité, etc. Puis, ce terme fut ensuite utilisé dans certains sports, notamment dans les courses hippiques où des handicaps sont attribués aux chevaux (selon le poids du cheval, selon le poids du jockey qui le monte, selon le sexe du cheval, etc.), dans les jeux (échecs, jeux de carte, etc.), dans les représentations artistiques (peinture de personnes de petite taille, parades de cirque, etc.), puis dans la société (invalides de guerre, porteurs de trisomie, etc.). Pendant la première moitié du XXème siècle, la législation a commencé à favoriser ceux qui étaient considérés comme infirmes et exclus de la société. Sont alors apparues les premières lois et associations pour la défense des personnes handicapées et en situation de handicap. Il faut alors définir clairement la notion de handicap.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), quant à elle, associe au mot handicap le mot « Incapacités ». Elle le définit comme « un problème dans une fonction ou une structure de l'organisme ; une limitation de l'activité est une difficulté rencontrée par un sujet pour exécuter une tâche ou une action ; une restriction à la participation est un problème empêchant le sujet de s'engager pleinement dans les situations de la vie courante ». En 1980, l'OMS a adopté une classification internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps, appelée en France : Classification Internationale des Handicaps (CIH)². La CIH s'appuie sur les conséquences dues à une incapacité provoquée par un accident de la vie ou une maladie. Elle fait apparaître les termes de Déficiences Incapacités Handicap.

La CIH définit le handicap comme la conséquence globale des déficiences et/ou des incapacités. En 2002, l'OMS remplace la CIH par la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). Cette dernière apporte une dimension plus sociale au handicap et retient 3 éléments : le corps, les activités, la participation.

Pendant très longtemps, la définition du handicap reposait sur la notion de déficiences sans prendre en compte le contexte social, ce qui renforçait l'approche négative de la personne handicapée. La CIF pointe les causes directes produites par l'environnement.

La France a adopté la loi du 11 février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». Celle-ci a pour objectif d'apporter des améliorations significatives en matière d'intégration scolaire ou professionnelle, d'accessibilité des lieux publics et de simplification des formalités administratives liées au handicap. Cette loi définit le handicap comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou trouble de santé invalidant ».

Pour la 1^{ère} fois, en France, la loi de 2005 donne une réelle définition du handicap et intègre les troubles psychiques et psychiatriques. Elle place la personne handicapée au cœur des dispositifs mais cette place s'est construite tout au long du XX^e siècle.

² La classification internationale des handicaps et santé mentale (acronyme CIH) proposée par l'Organisation mondiale de la santé est publiée pour la première fois en 1980 par Philip Wood, pour compléter la classification internationale des maladies (CIM) en étudiant leurs effets dans la vie de l'individu,

1.1.2 D'une logique d'enfermement à une logique d'inclusion

La politique en direction des personnes en situation de handicap s'est construite progressivement au cours du XX^{ème} siècle. Il n'est plus question aujourd'hui d'assistance charitable mais de solidarité nationale.

Si une attitude charitable a prévalu envers les « infirmes » jusqu'au XIV^{ème} siècle, c'est ensuite la peur de cette population qui a conduit à son enfermement. En effet, jusqu'au XVIII^{ème} siècle, l'approche religieuse domine. Les personnes handicapées sont assimilées aux pauvres et autres parias de la société, les excluant de la vie ordinaire de la Cité. Le sort des « infirmes » dépend largement du bon vouloir de leurs semblables, entre charité et enfermement en fonction que l'on considère le handicap comme l'empreinte de la manifestation divine (épreuve qui sera récompensée dans l'au-delà) ou associé au diable. Si les Hôtels-Dieu sont créés dans une perspective caritative, La Salpêtrière à Paris est, elle, destinée au « renfermement » des mendiants (dont les personnes handicapées font alors partie).

La notion d'assistanat apparaît à la Révolution puis après la Première Guerre mondiale, avec la création du barème d'évaluation des handicaps permettant de déterminer le montant des pensions d'invalidité. Ce n'est qu'en 1949 que la notion de réparation s'introduit dans le droit avec la création de l'allocation de compensation aux grands infirmes travailleurs, leur donnant ainsi accès à la formation professionnelle.

En 1967, un rapport intitulé « Étude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées »³ est remis au Premier ministre. A partir de 1968, l'idée de rendre accessible l'environnement est largement soutenue par de nombreuses associations de personnes handicapées. Ce nouveau modèle, qui sera baptisé modèle social, aboutira aux deux lois de 1975 relatives, pour l'une, à l'orientation en faveur des personnes handicapées et, pour l'autre, aux institutions sociales et médico-sociales. Ce modèle sera également revendiqué dans de nombreux pays.

Les Lois du 30 juin 1975⁴

La loi n° 75-534 privilégie déjà l'intégration en milieu ordinaire pour l'éducation des enfants comme pour le travail des adultes et impose l'accessibilité des bâtiments à toute personne handicapée. À cette loi dont l'objectif est d'apporter des solutions aux différents aspects de la vie et d'intégrer au mieux la personne handicapée, et de préférence en milieu ordinaire, s'ajoute une deuxième loi n°75-535 promulguée le même jour sur les établissements sociaux et médicosociaux. Elle régleme[n]te ces institutions, notamment les

³ BLOCH-LAINE. F, Rapport « Étude du problème général de l'inadaptation... », 1968

⁴ Loi n° 75-534 et loi n°75-535 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

établissements accueillant les enfants et adultes handicapés, en précisant les missions, le fonctionnement et les financements. Grâce à ces lois, le secteur médico-social s'organise. Les lois de 1975 consacrent, à mon sens, l'entrée du handicap dans le champ des politiques publiques. Elle reconnaît le statut et la spécificité des personnes handicapées. Des droits leurs sont ouverts. On note l'importance de la prévention et du dépistage des handicaps, l'obligation éducative pour les enfants et adolescents handicapés, l'accès des personnes handicapées aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et leur maintien, chaque fois que possible, dans un cadre ordinaire de travail et de vie. Les lois confient la reconnaissance du handicap à des commissions départementales et met en place un système de ressources. Après des décennies orientées sur la réparation, on entre résolument dans une dynamique d'intégration sur la base d'une politique cohérente, fondée sur la solidarité nationale.

Les années 1975-2005 sont marquées par la publication de plusieurs textes législatifs visant à favoriser l'intégration des personnes handicapées. Les principaux sont : l'obligation pour les entreprises de plus de vingt salariés d'employer 6 % de travailleurs handicapés (1987), l'amendement Creton qui permet le maintien de jeunes de plus de 20 ans dans un établissement pour enfants dans l'attente d'une place en établissement pour adultes (1989), l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public (1991), la publication du guide barème (1993), l'adoption d'un plan d'action pour les personnes autistes (1995) suivi par la loi stipulant que ces personnes doivent bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire (1996). Dans la période précédant la publication de la loi de 2005, le Parlement adopte, en 2002, la loi sur les droits des malades et la qualité du système de santé Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades... Cette loi impactent la vie des personnes handicapées au quotidien grâce à ce qui est appelé « les outils de la loi de 2002 », en vigueur dans les établissements sociaux et médicosociaux (loi 2002-303).

Loi du 02 janvier 2002⁵

Liée aux critiques qui ont, progressivement, été formulées sur la loi de 1975 (trop axée sur les dispositifs spécialisés et pas assez orientées sur l'accès aux dispositifs de droit commun), cette « loi de rénovation et de modernisation de l'action sociale et médico-sociale », tend à prendre en compte les avancées du regard de la société sur le handicap. Elle pose pour la première fois des fondements pour l'action sociale et médico-sociale : l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, la prévention des exclusions et la correction de ses effets. Ces fondements

⁵ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 réformant l'action sociale et médico-sociale

répondent à des principes : respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains, accès à des services équitables sur l'ensemble du territoire. L'enjeu de la loi est de mettre l'utilisateur au cœur de l'action. Elle vient aussi renforcer les moyens, pour les autorités de contrôle et de tarification, de planifier et d'organiser la réponse aux besoins des populations. Elle réforme de façon conséquente les obligations des ESSMS (Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux) et leur encadrement, organisant néanmoins, sur la base louable du droit des usagers, de la coordination des actions publiques et de la maîtrise des dépenses, une véritable reprise en main des aspects financiers et qualitatifs des ESSMS.

En 2004 est créée la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, chargée de financer les actions favorisant l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes. Enfin, en 2005, les bilans et les travaux de réflexion sur l'actualisation de la loi de 1975 aboutissent à la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Loi du 11 février 2005⁶

La loi de 1975, déjà partiellement réformée en 2002, est, cette fois, radicalement modifiée. La loi, dite « pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » introduit, en effet, des changements majeurs dans la conception de la prise en charge du handicap (droits et participation des usagers). Cette loi de 2005, qui reconsidère la prise en charge ou l'accompagnement des personnes handicapées en France, tire les conséquences de la loi d'orientation de 1975 en faveur des personnes handicapées. Elle se veut une loi basée sur le principe d'inclusion, par opposition à celui d'intégration. Elle modifie l'environnement des acteurs du champ du handicap en recentrant l'utilisateur au cœur des actions. La loi préconise d'ailleurs les institutions en dernier recours, une fois que les autres approches en milieu ordinaire ont échoué. Cette politique se fonde aussi sur un concept difficile à traduire en français, celui d'« empowerment ». Les Québécois traduisent ce terme par « capacitation ». Il s'agit de la responsabilisation des personnes handicapées quant à leur accompagnement, et de leur participation au sein d'institutions non exclusivement médico-sociales.

Si l'ambition de la loi de 2005 n'est pas discutée et que des avancées sont réelles dans le champ du handicap, personnes concernées et pouvoirs publics reconnaissent également que l'application est encore insuffisante. La prise en charge des personnes handicapées à domicile ou dans les établissements, beaucoup moins structurée en termes d'outils, de

⁶ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

tarification, d'évaluation... que celle proposée aux personnes âgées, a vu toutefois une accélération des décisions et des projets ces dernières années.

Plus globalement, diverses initiatives ont été prises pour éviter les ruptures de prise en charge des personnes handicapées. Il s'agit tout d'abord de la circulaire du 22 novembre 2013 relative à la « mise en œuvre d'une procédure de prise en compte des situations individuelles (enfants et adultes) critiques de personnes handicapées »⁷.

En 2014, c'est la publication du rapport PIVETEAU « Zéro sans solution⁸ » dont les recommandations concourent à organiser un parcours de vie sans rupture. Le rapport ne propose pas de créer une solution nouvelle qui viendrait compléter ou remplacer celles qui n'ont pas répondu aux besoins mais d'adopter une démarche globale visant moins à traiter le mal – l'absence de solution – qu'à éviter qu'il ne survienne.

Les réponses pour éviter les ruptures de prise en charge des personnes handicapées laissent entrevoir la capacité des secteurs social, sanitaire et médico-social à construire ensemble. Les unités d'enseignement externalisées, les pôles de compétence et de prestations externalisées affirment des évolutions en cours hors les murs des établissements médicosociaux, témoignant cette volonté d'inclusion dans la société.

L'évolution des politiques publiques en faveur de la personne en situation de handicap a connu, à mon sens, des avancées significatives depuis une cinquantaine d'année. Selon Bernard ENNUYER⁹, il y aurait une transposition du modèle de WOOD - maladie, déficience, incapacités, handicap - vers un modèle du type - vieillesse, déficience, incapacités, dépendance. Il convient donc d'explorer la mutation des politiques publiques envers la personne âgée dépendante afin d'en analyser son évolution au regard de celle du handicap.

1.1.3 Définition complexe de la personne âgée dépendante

Une personne âgée est, communément, une personne dont l'âge est avancé et qui présente les attributs physiologiques et sociaux de la vieillesse tels que la société se les représente. En particulier, le passage que représente le départ en retraite marque symboliquement cette entrée dans la catégorie sociale dite du troisième âge.

La définition d'une personne âgée dépend du contexte. Le vieillissement est un processus progressif, et une personne ne devient pas âgée du jour au lendemain.

⁷ Circulaire DGCS/SD3B/CNSA/2013/381 du 22 novembre 2013 relative à la *mise en œuvre d'une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes*.

⁸ PIVETEAU. D, 2014, « *Zéro sans solutions. Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches* ».

⁹ ENNUYER. B, 2002, *Les malentendus de la dépendance*, Dunod, Paris.

Serge GUERIN¹⁰, pour sa part, insiste sur le fait que l'âge est un construit social qui évolue en fonction des normes que se donne la société. Il propose quatre types de seniors : les Seniors Traditionnels, les Seniors Fragilisés (par la dépendance physique, mentale ou économique), les Nouveaux Seniors qui portent la modernité et refusent la norme du vieillir, et enfin les Personnes de Grand Age mais qui cherchent à rester des acteurs de leur vie.

L'entrée dans la vieillesse ne se réfère à aucun âge particulier mais à un état d'incapacité fonctionnelle éprouvé subjectivement ou objectivement selon les dires des personnes âgées elles-mêmes. L'expression personne âgée, tout comme le mot senior, est une circonlocution destinée à éviter l'utilisation directe des mots vieux, vieillard et vieillesse, perçus négativement. Le sociologue Serge GUERIN montre que les mots sont le signe d'un refus de la société dans son ensemble à voir le vieillissement comme une donnée dynamique permettant de faire levier pour des transformations.

On considérait en Europe, dans les années soixante, comme personnes âgées l'ensemble des retraités. Depuis cette époque, la retraite ne signifie plus exactement la même chose et il a bien fallu distinguer la cessation d'activité de la vieillesse. Depuis les années quatre-vingt, deux catégories sont réunies sous le vocable de personnes âgées : les retraités, à qui on accole parfois l'adjectif « jeunes » pour bien les différencier des autres, et les personnes de grand âge parfois qualifiées de « dépendantes ». En France le terme dépendance est d'abord utilisé par les gériatres pour qualifier les personnes qui ont besoin de quelqu'un pour accomplir certains actes de la vie quotidienne du fait de l'altération de leurs fonctions vitales.

Le rapport LAROQUE¹¹ publié en 1962 est resté l'acte fondateur visant à intégrer pleinement dans les politiques publiques les personnes âgées et l'allongement de l'espérance de vie. Les dispositions prises au cours des décennies suivantes telles que relever le montant des retraites, mettre en place et développer le maintien à domicile des personnes âgées, prendre en charge la dépendance, moderniser et fixer des normes pour les maisons de retraites, instaurer la formation professionnelle, prendre des mesures de fin de carrière pour les métiers pénibles ..., ont été largement inspirées par les analyses et les préconisations du rapport LAROQUE. « L'accent doit être mis en priorité sur la nécessité d'intégrer les personnes âgées dans la société, en leur fournissant les moyens de continuer, le plus longtemps possible, à mener une vie indépendante par la construction de logements adaptés, par la généralisation de l'aide-ménagère à domicile, par la création de services sociaux de toute nature qui leur sont nécessaire, par

¹⁰ GUERIN.S, 2007, "*L'invention des seniors*" Hachette Pluriel.

¹¹ LAROQUE P, 1962, *Politique de la vieillesse*, Paris, La Documentation Française.

l'organisation de leur occupation et de leurs loisirs » (Rapport LAROQUE, 1962) : Cité par ALVAREZ. S. (2014)¹².

L'intégration de la vieillesse dans la société peinera malgré tout à se réaliser. Il faudra attendre le VI^e plan de 1971-1975 pour voir émerger des actions sanitaires et sociales favorables au maintien à domicile, plan préparé à la suite du rapport de l'intergroupe « Personnes âgées », présidé par Nicole QUESTIAUX. Un double objectif est clairement affiché : répondre aux besoins actuels d'une population d'un âge donné, agir sur les actifs d'aujourd'hui pour leur préparer une meilleure vieillesse demain. Il faut favoriser les politiques de maintien à domicile pour préserver au maximum l'indépendance et l'intégration sociale des personnes âgées. C'est à cette époque également que se structure le secteur social et médico-social avec la loi fondatrice du 30 juin 1975 d'orientation sur les personnes handicapées et relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Le VII^e plan de 1976-1981 contient 25 programmes d'action prioritaire, dont le 15^{ième} prévoit d'aller plus loin concernant le maintien à domicile des personnes âgées en permettant le développement de l'autonomie des personnes âgées et leur participation sociale. De nombreux services sont mis en place pour ce faire. Il en va ainsi de l'information pour la préparation à la retraite, de la prévention alimentaire avec le recours à des diététiciens ou des services de portage de repas à domicile, du développement d'activités d'animation sportives et culturelles au travers des clubs des anciens.

« Depuis le début des années 1980, dans les pays occidentaux, la notion de dépendance est au cœur de l'action sociale à l'endroit des personnes âgées. (...) L'approche la plus fréquente consiste à évaluer les incapacités des personnes concernées à partir de grilles de mesure, à apprécier l'aide nécessaire et à en déterminer le coût, méthode gestionnaire qui stigmatise et marginalise ceux qui en sont l'objet » (Bernadette PUIJALON¹³, 2003).

En 1979, le député Maurice ARRECKX¹⁴ rend un rapport sur « L'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes ». Parmi les propositions, figuraient l'amélioration des revenus par la mise en place d'une prestation financière mais aussi l'amélioration de la protection juridique, l'adaptation de l'hébergement collectif devant la montée de la dépendance, l'humanisation de la prise en charge des personnes fortement dépendantes et la nécessaire coordination des actions médicale, sociale et médico-sociale.

¹² ALVAREZ, S., 2014, *Prévention et vieillissement : l'expérience individuelle face à la norme contemporaine du "bien vieillir"*. Thèse NR Sociologie, Université de Grenoble, p 74

¹³ PUIJALON B, GAGNON. E, SAILLANT. F et al., 2003, *De la dépendance et de l'accompagnement. Soins à domicile et liens sociaux* », L'Homme, 167-168 | 330-331.

¹⁴ ARRECKX M, 1979, *l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes*, Paris, Assemblée nationale.

Deux autres lois sont également importantes concernant l'affirmation des droits liés à la perte d'autonomie. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, dite loi 2002-2, encadre davantage les pratiques et renforce les droits des usagers. Ainsi l'utilisateur est placé au centre des préoccupations des ESSMS. Elle impose ainsi un certain nombre d'obligations visant à garantir ses droits, que cela soit en lien avec la mise en place d'outils internes (livret d'accueil, charte des droits et libertés...) ou de systèmes de contrôle externe (autorisation de création et de transformation, principe d'une évaluation continue, interne et externe...). La loi du 11 février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » s'intéresse aussi aux droits des personnes âgées en situation de perte d'autonomie. Les réformes engagées visent à rapprocher les enjeux liés à la perte d'autonomie des personnes âgées de ceux liés aux situations de handicap. Tout désavantage social associé à une incapacité mérite un traitement similaire quel que soit l'âge des personnes.

Enfin, la loi du 28 décembre 2015¹⁵ relative à l'adaptation de la société au vieillissement, dite loi ASV, est le dernier grand acte en matière de politiques vieillesse. « L'adaptation de la société au vieillissement est un impératif national et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation ». Cette loi, dans son article 1er renoue avec les ambitions du rapport LAROQUE et rompt avec une approche de la dépendance centrée sur le « tout médical ».

L'évolution des politiques en matière de dépendance et de handicap va aujourd'hui dans le même sens. L'inclusion et l'adaptation de la société à ces populations sont des axes prioritaires. Cette brève incursion dans ces deux champs du handicap et de la dépendance montre qu'au-delà des termes, c'est une représentation sociale de ces problématiques qui est en jeu, d'où les difficultés à établir des passerelles entre les deux secteurs. Après avoir clarifié les raisons de l'apparition de la problématique des personnes handicapées âgées, je me propose d'explorer, dans le chapitre suivant, ses principales dimensions et voir les réponses apportées pour chacune d'entre elles depuis ces dernières années.

¹⁵ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

1.2 La place des personnes handicapées vieillissantes sur le territoire

1.2.1 Définitions de la personne handicapée vieillissante

Le vieillissement de la population des personnes handicapées est comparable à celui de la population générale. Les progrès de la médecine, l'amélioration des conditions générales de vie, favorisent une espérance de vie plus longue pour l'une comme pour l'autre. Autre trait commun, ce phénomène peut prendre différents aspects : le vieillissement n'est pas linéaire ni continu. De plus, il n'est pas égal d'une personne à l'autre, y compris parmi la population handicapée. L'avancée en âge est polymorphe : le rapport JEANDEL¹⁶ précise à ce titre que la population âgée est d'une grande hétérogénéité.

Par ailleurs, la personne handicapée vieillissante peut avoir encore devant elle plusieurs dizaines d'années de vie. C'est pourquoi, il est essentiel que son projet de vie soit évolutif et ne donne pas lieu d'emblée à l'élaboration de réponses ou de solutions définitives et standardisées. En effet, cela risqueraient de ne plus évoluer dans le temps, qu'il s'agisse de solutions d'accompagnement à domicile ou en établissement. Enfin, comme en population générale, le vieillissement d'une personne handicapée n'est pas une maladie : phénomène humain normal et inéluctable, le vieillissement et l'avancée en âge s'inscrivent dans un processus continu de vie. Le vieillissement des personnes handicapées est donc un progrès et, à ce titre, comporte de nombreux aspects positifs, pour les personnes elles-mêmes et pour leurs familles.

La thématique du vieillissement des personnes en situation de handicap occupe une place centrale dans les politiques publiques depuis les années 2000. Dans le contexte législatif et organisationnel français actuel, cette thématique renvoie à deux difficultés majeures. En premier lieu, l'augmentation de l'espérance de vie fait émerger un nouveau public à la croisée de deux catégories d'intervention du secteur social et médicosocial : celui des « personnes handicapées » et celui des « personnes âgées ». Ce public met à mal le processus de catégorisation qu'utilise traditionnellement le secteur médico-social pour définir le sens et les modalités de son action, et représente ainsi « un puissant révélateur des politiques sociales catégorielles instaurées dans les années 70 » (Patrick GUYOT, 2004)¹⁷. En second lieu, l'émergence de ce public rend nécessaire l'adaptation de dispositifs qui ont été créés à l'origine pour des personnes qui n'étaient pas censées vieillir.

¹⁶ JEANDEL C, PFITZENMEYER P, VIGOUROUX P, 2006, *Un programme pour la gériatrie : 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir.*

¹⁷ GUYOT P, 2004, *La problématique des personnes handicapées âgées*, *Gérontologie et Société* - n° 110.

Les personnes handicapées vieillissantes, peuvent être considérée comme « toute personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap avant de connaître par surcroit les effets du vieillissement ». Définition retenue depuis le rapport d'AZEMA et MARTINEZ¹⁸.

Ce vieillissement se traduit de diverses manières : diminution des capacités fonctionnelles, aggravation des déficiences sensorielles, apparition de handicaps ajoutés, survenue de maladies dégénératives, augmentation d'épisodes aigus, etc. Le seuil de 40/50 ans est souvent retenu dans la littérature sur le vieillissement des personnes handicapées. En effet, c'est à partir de cet âge que l'on peut observer pour beaucoup d'entre elles, les effets délétères du vieillissement pouvant conduire à la perte d'acquis parfois difficilement obtenus.

1.2.2 Considérations de cette population sur le territoire

Sur le plan Européen (Strasbourg, 10.07.2009), le Comité des Ministres a d'adopté une recommandation, adressée aux 47 Etats membres « sur le vieillissement et le handicap au XXIème siècle : cadres durables permettant une meilleure qualité de vie dans une société inclusive ». Les personnes handicapées vieillissantes et les personnes âgées handicapées souhaitent vivre leur vie avec le plus grand degré de liberté et d'autonomie possible, dans un environnement humain et physique où elles pourront bénéficier de services de soutien qui facilitent ce mode de vie au lieu de l'entraver.

Le Conseil de l'Europe a analysé les pratiques courantes dans différents pays en Europe et a produit un rapport et des recommandations. Le rapport intitulé¹⁹ « Renforcement des droits et inclusion des personnes handicapées vieillissantes et des personnes âgées handicapées : une perspective européenne » examine les divers contextes de la prestation des services et influant, par conséquent, sur la qualité de vie : le cadre législatif ; financier ; participatif ; opérationnel ; et individuel. La recommandation, prenant acte de meilleures pratiques en Europe, invite les Etats membres à prendre des mesures spécifiques pour promouvoir l'autonomie et une vie indépendante et active, améliorer l'égalité d'accès aux services, y compris les services sociaux, ainsi que leurs qualités, et la protection juridique. La recommandation demande aux gouvernements de fournir des services qui soient suffisants en qualité et en quantité. Lorsque plusieurs services de

¹⁸ AZEMA B., MARTINEZ N., 2003, *Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie, projections démographiques et aspects qualitatifs : éléments pour une prospective*. Rapport d'étude pour la DREES. Montpellier : CREAL Languedoc-Roussillon, 317 p.

¹⁹ Recommandation CM/Rec (2014) du Comité des Ministres aux Etats membres sur le vieillissement et le handicap au 21e siècle : cadres durables permettant une meilleure qualité de vie dans une société inclusive (adoptée par le Comité des Ministres le 8 juillet 2009, lors de la 1063e réunion des Délégués des Ministres)

soutien différents sont nécessaires (assistance médicale et sociale, par exemple) ils devraient être soigneusement coordonnés afin de répondre efficacement aux besoins de la personne. La recommandation a pour but de donner des éléments supplémentaires, aux Etats membres, sur les actions spécifiques à entreprendre pour améliorer la qualité de vie des personnes handicapées vieillissantes, suivant le Plan d'Action du Conseil de l'Europe pour les personnes handicapées.

Sur le plan national, le rapport remis en 2006 par Paul BLANC à Philippe BAS²⁰ (alors Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille) pointait déjà : « dans un pays qui a structuré ses droits sociaux et ses formes d'aide aux personnes en perte d'autonomie en deux dispositifs bien distincts, pour les personnes handicapées (implicitement supposées jeunes) d'une part, et pour les personnes dépendantes (âgées) d'autre part, l'apparition d'une catégorie intermédiaire composée de personnes handicapées vieillissantes contraint à repenser la structure globale du dispositif. Il faut à minima préciser comment ces situations intermédiaires s'articulent avec les systèmes existants. De façon plus ambitieuse, l'évolution démographique conduit à s'interroger sur l'aménagement de ce système dual fondé sur un critère d'âge extrêmement simplificateur ».

En octobre 2012, l'Inspection Générale des Finances (IGF) conjointement à l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) déclaraient, dans un rapport sur l'offre d'accueil en établissements et services et les moyens financiers alloués : « La programmation des créations de places est dictée par l'offre plutôt que par les besoins des personnes (...). Le vieillissement des personnes en situation de handicap constitue une question de plus en plus prégnante, numériquement et quantitativement. La mission recommande qu'une expertise des solutions adaptées soit réalisée afin de diffuser les bonnes pratiques identifiées ». Plus récemment encore, Patrick GOHET²¹ remettait au ministre un rapport intitulé « L'avancée en âge des personnes handicapées, contribution à la réflexion » (tomes I, II, III), qui dressait un bilan de l'existant et soulignait les principaux axes nécessitant des réponses rapides et adaptées. Ce rapport rappelle que l'accompagnement de la personne handicapée vieillissante s'inscrit dans un parcours de vie : chaque étape devant être anticipée, préparée et accompagnée. C'est d'ailleurs ce principe même qui contribue au fondement du projet de loi relatif à l'adaptation de la

²⁰ BLANC, P., BERTHOD-WURMSER, M., 2006, *Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge*. Paris : Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille.

²¹ Groupe de travail GOHET P., octobre 2013, *L'avancée en âge des personnes handicapées. Contribution à la réflexion*, rapport par l'Inspection Générale des Affaires Sociales

société au vieillissement, la loi « triple A » : Anticipation-prévention, Adaptation et Accompagnement.

Sur le terrain, les structures sociales et médico-sociales qui accompagnent ces personnes sont, à leur niveau, amenées à conduire une réflexion sur leurs pratiques et à développer des initiatives d'adaptation de leur intervention professionnelle. Au niveau de l'ANESM²² : un travail de préconisations sur « l'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes » a été élaboré. L'objectif de ce document est de recommander aux professionnels d'évaluer et de faire évoluer leurs pratiques d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes. L'enjeu est qu'ils puissent adapter les interventions, anticiper et diversifier les réponses, pour permettre à ces personnes de bénéficier d'un accompagnement de qualité.

La recommandation se décline en cinq parties :

- ✓ L'anticipation des risques liés au vieillissement de la personne handicapée
- ✓ Le repérage des signes et des effets du vieillissement
- ✓ Les réponses graduées aux besoins de la personne
- ✓ La prise en compte des PHV dans la démarche d'amélioration continue de la qualité
- ✓ Études de situations pour l'appropriation de la recommandation

A l'échelle régionale : le schéma régional de santé (SRS 2018 2028)²³ décline aussi des orientations pour le développement de l'accompagnement de cette population. Les axes principaux du SRS sont de :

- ❖ Développement des MAS et FAM : les maisons d'accueil spécialisé (MAS) et les foyers d'accueil médicalisé (FAM) assurent un accompagnement aux personnes en situation de handicap requérant une prise en charge en soins importante.
- ❖ Développer l'offre en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)
- ❖ Renforcer l'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes en établissement relevant du secteur du handicap ou du secteur des personnes âgées.
- ❖ Travailler sur de nouveaux modèles économiques afin d'aider les EHPAD à accueillir des personnes très dépendantes en situation de handicap.
- ❖ Identifier les capacités des EHPAD dédiés aux personnes en situation de handicap vieillissantes par des moyens supplémentaires et des compétences adaptées allouées à un ESSMS (support du champ handicap).

²² Recommandations de l'ANESM, 2018 : *L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes.*

²³ PRS Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028

Le Schéma départemental de la Loire 2017-2021²⁴ met également l'autonomie et le handicap au cœur des actions du Département de la Loire. Un schéma directeur, établi pour une période de 5 ans, permet de définir et préciser les actions à mettre en place pour répondre aux attentes et aux projets de vie des personnes en situation de handicap ainsi que des personnes âgées.

A ce titre, l'objectif principal énoncé dans le schéma départemental est le développement d'unités pour personnes handicapées vieillissantes (PHV) en EHPAD.

En 2017, le Département de la Loire compte 84 places pour PHV en EHPAD. Ces places ont été créées pour désengorger la filière handicap adulte et répondre aux besoins nouveaux repérés. Le bassin roannais est très peu pourvu de ce type de prise en charge. Ce potentiel partenariat entre le champ du handicap et celui de la personne âgée a donc ses limites et se trouve aujourd'hui saturé.

Des établissements spécifiques existent sur le département de la Loire dans l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes :

MAPHA (Maison d'Accueil pour Personnes Handicapées Âgées) : La MAPHA accueille à partir de 45 ans et sans limite d'âge supérieur, des personnes ayant une déficience intellectuelle moyenne à sévère, avançant en âge, présentant un vieillissement précoce ou âgées. Sur l'ADAPEI Loire il en existe une située à St Paul en Jarez. Ainsi, 32 résidents sont accompagnés dans le cadre du foyer de vie et 10 en foyer d'accueil médicalisé. Une des préoccupations premières de la MAPHA est d'assurer aux résidents la meilleure qualité d'accueil, d'accompagnement et de soins qui se concrétise par les objectifs suivants.

- ✓ Réhabiliter le quotidien comme dimension essentielle dans l'accompagnement de personnes handicapées âgées ;
- ✓ Maintenir les acquis, accompagner les pertes et gérer les dépendances ;
- ✓ Appréhender de manière globale la santé des personnes accueillies ;
- ✓ Accompagner de façon pluridimensionnelle la personne en fin vie.

EHPAD unité PHV : Les unités de vie pour personnes handicapées âgées sont installées dans les EHPAD. Les personnes accueillies au sein de ces unités peuvent bénéficier d'un accompagnement spécifique, apporté par du personnel dédié et formé au handicap. Ces unités collaborent étroitement avec les autres acteurs du territoire : maintien du lien avec l'ancien établissement d'accueil, lien avec les établissements sociaux pour la mise en place d'activités culturelles et sportives adaptées au public accueilli, etc.

²⁴ Schéma départemental de la Loire 2017 2021

L'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes est ainsi devenu un enjeu pour l'ensemble des acteurs et a fait l'objet déjà de rapports, d'études et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la part de l'Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux (HAS ex-ANESM). La société dans son ensemble et les pouvoirs publics se voient obligés de réfléchir, prévoir, identifier et offrir des réponses adaptées à l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes. Ainsi, les organismes gestionnaires et nous en tant que directeurs d'ESSMS devons faire face aujourd'hui à l'enjeu d'adapter les conditions d'accueil, les lieux de vie, l'accompagnement soignant et socio-éducatif au vieillissement des résidents comme de leurs proches. Dans ce contexte, je propose d'analyser les leviers que l'ADAPEI Loire mets en œuvre pour répondre à cette évolution.

1.2.3 La place de la personne handicapée vieillissante sur l'ADAPEI Loire ?²⁵

En 1957, six parents décident d'ouvrir une classe à St Etienne, afin de pouvoir répondre aux besoins de leurs enfants handicapés. Ils créent ainsi, l'ASAPEI de la Loire : Association Stéphanoise des Amis et Parents d'enfants Inadaptés.

En 1960, son extension sur toute la Loire l'amène à revoir son nom. Désormais, il s'agira de l'ADAPEI : Association Départementale des Amis et parents d'Enfants Inadaptés, association régie par la loi de 1901, affiliée à l'UNAPEI (Union Nationale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés).

En 1964, l'Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés est reconnue d'utilité publique.

Les nouveaux statuts ont été approuvés par un arrêté ministériel en date du 11 janvier 2010 et publiés au Journal Officiel du 22 janvier 2010. L'ADAPEI Loire s'appelle dorénavant "Association départementale des amis et parents de personnes déficientes intellectuelles". Son siège social est situé 11-13 rue de Grangeneuve à Saint-Étienne.

L'ADAPEI Loire organise son action en deux volets complémentaires : la vie associative et la gestion des établissements et services. Aujourd'hui, l'ADAPEI Loire emploie 1400 professionnels qui assurent l'accompagnement de près de 1830 personnes au sein de 61 établissements réunis en 18 complexes ou pôles répartis sur 2 territoires géographiques. Cette organisation doit garantir pour chaque usager un service rendu de qualité et un projet, visant tout au long de sa vie, à compenser son handicap.

²⁵ Projet Associatif 2015 - 2020

L'accomplissement des missions associatives de l'ADAPEI Loire s'appuie sur son projet associatif et ses choix stratégiques pour les orientations suivantes :

- ✓ Soutenir une présence renforcée sur le terrain pour être plus à l'écoute de la personne handicapée et plus près de sa famille
- ✓ Développer l'accueil des fratries
- ✓ Développer une plus grande collaboration avec les établissements
- ✓ Continuer à développer les divers partenariats
- ✓ Développer un groupe accueil nouvelles familles
- ✓ Créer un dispositif d'intégration des « nouveaux arrivants » en lien avec les IME (Institut médico-éducatif)
- ✓ Aider au développement de la délégation officielle du groupe « Nous Aussi », association de personnes handicapées

L'action associative vise également à développer les échanges avec les autres acteurs de la cité et notamment les associations représentant les usagers, les familles, développer des projets communs, soutenir des positions communes, ...

L'ADAPEI Loire développe (...) des réponses spécifiques en direction des personnes handicapées vieillissantes, s'engageant ainsi dans une continuité de parcours de la personne, en interne ou en externe à l'association, jusqu'au bout de la vie et dans la dignité (Extraits du Projet associatif 2015-2020 ADAPEI Loire). L'association a construit au travers d'un groupe de travail, un guide « références et pratiques d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes ». octobre 2016.

Ce document reprend les principes et les bonnes pratiques d'accompagnement des personnes vieillissantes ainsi que les dispositifs d'accompagnement des personnes vieillissantes et les recommandations des bonnes pratiques professionnelles. L'apparition des signes du vieillissement n'exclut pas la continuité des réponses aux besoins d'accompagnement des personnes handicapées par : un soutien pour les actes essentiels de la vie quotidienne, une aide à la communication, une aide pour la réalisation de démarches administratives (préparation à la retraite par exemple), une coordination des interventions des personnels médicaux et paramédicaux, une organisation d'activités socio-culturelles, un maintien des liens familiaux et sociaux...

L'importance du « prendre soin » : une attention bienveillante est portée au bien-être, au confort et au rythme de vie (fatigabilité) de la personne handicapée en situation de vieillissement. Il est essentiel de rechercher dans le projet de la personne un compromis entre « sécurité » et « autonomie ». La prévention, l'anticipation et la préparation aux conséquences du vieillissement permettent de répondre de manière fluide, non brutale et en limitant les risques de rupture d'accompagnement dans le parcours des personnes.

Les dispositifs d'accompagnements sont diversifiés et l'objectif premier est de maintenir le plus longtemps possible dans son milieu de vie habituel la personne : dans son bassin de vie géographique, dans son environnement proche familial et relationnel.

Les enjeux sont de promouvoir des dispositifs d'accueil et d'accompagnement territoriaux par bassin de vie permettant aux personnes d'avoir un parcours gradué selon leurs besoins, du plus léger au plus renforcé, voire médicalisé, alternatif entre le tout domicile et le tout établissement. L'accompagnement du vieillissement se conçoit tant à partir du domicile ordinaire des personnes que dans des formes d'habitat collectif. En termes d'habitat en établissement, le but est de développer par pôle, des réponses de proximité décloisonnées avec des possibilités d'accueil spécifiques liées au vieillissement : habitat travailleurs, accueil en journée, médicalisation, accueil temporaire ou d'urgence. Ces formes d'habitat peuvent être complétées par des interventions spécifiques liées au vieillissement : intervention praticiens paramédicaux, coordination de soins, réseaux de santé...

La déclinaison de ces orientations se fait sur les ESSMS gérés par l'ADAPEI Loire dont le pôle médico éducatif roannais et plus particulièrement le foyer de vie des Jardins d'Asphodèles, sur lequel j'assume la direction adjointe.

1.3 Identité du pôle et son environnement

1.3.1 Descriptif général

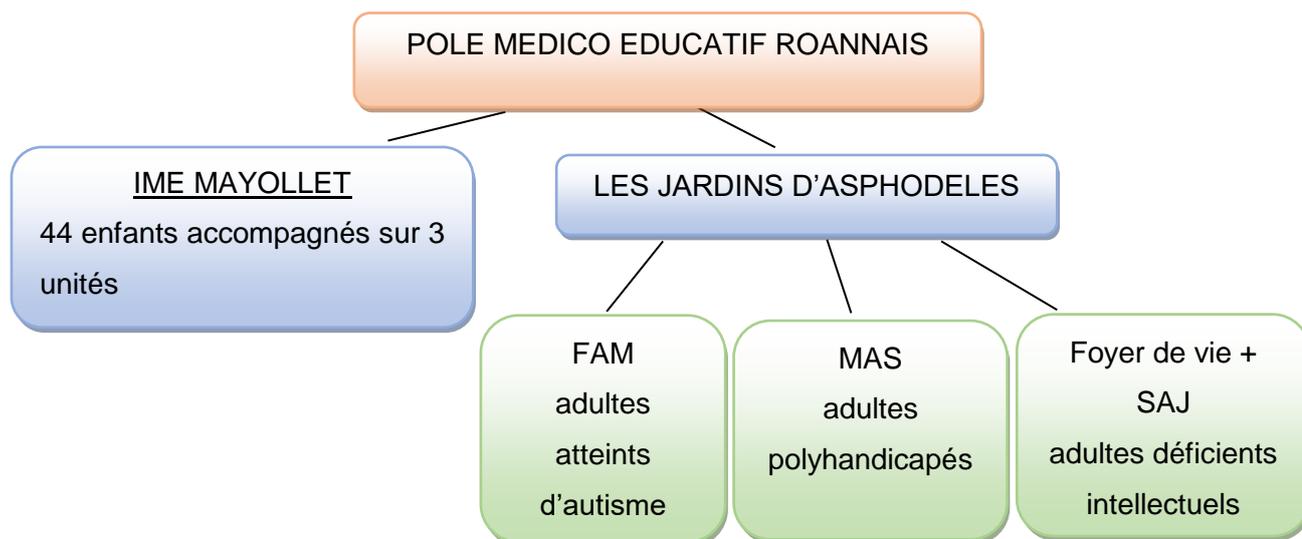
Le Pôle « médico-éducatif Roannais »²⁶ regroupe autour d'une même équipe de direction, 4 établissements de nature différente mais offrant des réponses diversifiées et cohérentes auprès des mêmes populations, depuis la petite enfance jusqu'aux adultes handicapés âgés.

Il est construit autour d'un Foyer d'Accueil Médicalisé (F.A.M) pour personnes autistes, d'une Maison d'Accueil Spécialisé (M.A.S) pour personnes polyhandicapées et d'un Foyer de Vie avec Structure d'Activités de Jour pour la partie adultes atteints de déficiences intellectuelles (regroupés sur le site de Mably), mais aussi d'un Institut Médico-Educatif (I.M.E) accueillant les mêmes typologies de populations pour la partie enfants (site sur Roanne).

²⁶ Projet de Pôle 2016 - 2020

Ce Pôle a pour objectifs :

- ✓ De faciliter les parcours des usagers intra et inter pôle (unicité de direction),
- ✓ De développer un pôle de compétences spécifiques sur l'accueil de personnes porteuses d'autisme (enfants & adultes), sur l'accueil des personnes polyhandicapées (Unité Spécialisée et M.A.S) et sur l'accueil des personnes déficientes intellectuelles.
- ✓ Avoir une meilleure lisibilité interne et externe du management



Le Pôle « médico-éducatif Roannais » est donc composé de 4 établissements possédant chacun des agréments distincts, mais réparti sur 2 sites géographiques :

- L'un situé en zone urbaine (Roanne) abrite aujourd'hui 44 places en externat pour enfants (4-20 ans) 15 pour enfants autistes, 14 pour enfants polyhandicapés, et 15 pour des enfants déficients intellectuels (IME Le Mayollet).
- Le second site (Les Jardins d'Asphodèles) est situé en zone péri-urbaine (Mably) à proximité de Roanne (5mn), et favorise par sa localisation, aussi bien l'accès aux commodités de la vie quotidienne qu'aux équipements culturels, de loisirs, sportifs, mais aussi l'accès à des zones rurales.

Ce dernier site abrite :

- ✓ 15 places d'hébergement continu pour adultes autistes au sein d'un F.A.M. L'agrément de cette structure a été obtenu en juillet 2007. Bénéficiant d'un financement conjoint Conseil Départemental (CD) de la Loire et Agence Régionale de Santé (ARS) conclu dans le cadre de C.P.O.M distincts (2019-2021 pour l'ARS, 2017-2021 pour le CD) il est ouvert 365j/an et accueille des personnes autistes ou présentant des troubles envahissants du développement (TED).

✓ 21 places d'hébergement continu + 4 places d'accueil de jour pour adultes polyhandicapés au sein d'une M.A.S. L'agrément de cet établissement a été obtenu en 1999 pour une ouverture fin 2003. Bénéficiant d'un financement de l'ARS conclu dans le cadre d'un C.P.O.M (2019-2021), il est ouvert 365j/an et accueille des personnes polyhandicapées avec troubles associés.

✓ 21 places d'hébergement continu + 4 places d'accueil de jour pour adultes déficients intellectuels au sein d'un Foyer de Vie. Agréée également en 1999 pour une ouverture effective fin 2003, cette structure est financée par le Conseil Départemental de la Loire dans le cadre d'un C.P.O.M. (2018-2021). Ouverte également 365j/an, elle offre aux personnes présentant une déficience intellectuelle sévère avec ou sans troubles associés des espaces de vie spacieux répartis sur plusieurs bâtiments (21 chambres individuelles + pièces communes + 1 bâtiment distinct dédié aux activités de jour).

Un des atouts du pôle est d'avoir, à travers un éventail large de public accueilli et un grand nombre de professionnels, une importante pluridisciplinarité donc des « ressources » professionnelles nombreuses. La représentativité des métiers qui le compose est très large et permet de répondre à de multiples situations. Le pôle comporte un total de 102.71 ETP (Equivalent Temps Plein) accordés, tous établissements confondus. La répartition en est la suivante :

- 71.296 ETP pour les structures pour adultes du site de Mably (27,5 ETP M.A.S), (19.843 ETP Foyer de Vie + S.A.J.), (23.953 ETP F.A.M).
- 31.42 ETP pour l'IME le Mayollet

1.3.2 Le foyer de vie des Jardins d'Asphodèles

Les Foyers de vie ou occupationnels font partis des établissements médico-sociaux au titre de l'alinéa 2 du paragraphe I de l'article L312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) (Loi 2002-2 modifié par la loi 2009-879).

Les activités de ces établissements ou services s'inscrivent dans le cadre des missions d'intérêt général et d'utilité sociale de l'action sociale et médico-sociale prévues à l'article 311-1 du CASF : actions d'assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, y compris à titre palliatif (pour les MAPHA); actions médico-éducatives, thérapeutiques, actions contribuant au développement social et culturel.

Ces établissements accueillent des personnes handicapées orientées par la Commission des Droits et de l'Autonomie (CDAPH). Ces personnes disposent d'une certaine autonomie physique et intellectuelle mais ne bénéficient pas du statut de travailleur handicapé.

L'article L 344-5 du CASF précise le mode de financement des foyers d'hébergement en répartissant la charge des frais d'hébergement et d'entretien des personnes entre les personnes elles-mêmes sous forme de contribution et l'aide sociale départementale pour le surplus sans demander de participation aux personnes tenues à l'obligation alimentaire, sans recours automatique en récupération au décès de l'intéressé ni en cas de retour de celui-ci à meilleur fortune. Les dépenses liées à l'activité sociale et médico-sociale sont prises en charge sous forme de prix de journée (articles R 314-105, 113 et 114).

Les besoins de compensation sont définis par la Maison Départemental de la Personne Handicapée (MDPH) avec la notification de la CDAPH ou définis par la réglementation : les personnes handicapées mentionnées à l'article D. 344-5-1 cumulent tout ou partie des besoins suivants :

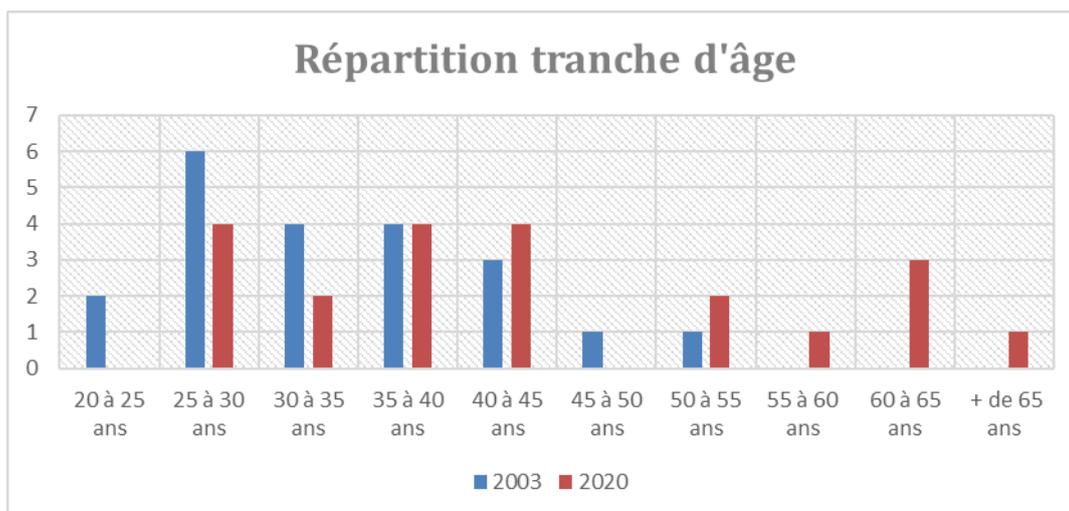
- ✓ Besoin d'une aide pour la plupart des activités relevant de l'entretien personnel et le cas échéant, de la mobilité ;
- ✓ Besoin d'une aide à la communication et à l'expression de leurs besoins et attentes ;
- ✓ Besoin d'une aide pour tout ou partie des tâches et exigences générales et pour la relation avec autrui, notamment pour la prise de décision ;
- ✓ Besoin d'un soutien au développement et au maintien des acquisitions cognitives
- ✓ Besoin de soins de santé réguliers et d'accompagnement psychologique.

Les besoins d'aide mentionnés du 1° au 3° résultent de difficultés dans la réalisation effective des activités concernées qui, lorsqu'elles sont accomplies, ne peuvent l'être qu'avec l'aide d'un tiers ou avec une surveillance continue. Les besoins d'aide, de soutien ou de soins justifient un accompagnement médico-social soutenu. Ces besoins sont évalués par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, dans les conditions fixées à l'article R. 146-28. Au sein du Pôle, une démarche de « quantification » des besoins est mise en place pour chaque usager, notamment par le biais du projet individualisé, afin de proposer les prestations les plus adaptées.

Dans le contexte du foyer de vie des Jardins d'Asphodèles, les besoins individuels identifiés sont très disparates d'une personne à une autre. Cet écart pose aujourd'hui des difficultés dans la réponse aux problématiques rencontrées notamment auprès des résidents les plus vieillissants.

Sur le plan national, la moyenne d'âge des personnes accueillies en foyer de vie ne cesse de croître sur ces dernières décennies. Au niveau régional, 35% des établissements déclarent prendre en charge des personnes handicapées vieillissantes dont 4.4% auraient plus de 60 ans et 38% plus de 45ans.

Depuis 2003, le foyer de vie des Jardins d'Asphodèles n'échappe pas à cette tendance puisqu'il a vu ses usagers vieillir.



L'étude de la répartition des âges du foyer de vie entre 2003 et 2020 démontre un vieillissement des personnes accueillies. L'amplitude des âges s'étend à ce jour de 25 ans à 72 ans. La population accompagnée sur l'établissement en 2020, malgré des départs et des admissions depuis sa création, a vu sa moyenne d'âge passer de 34,6 ans en 2003 à 43.5 ans en 2020, la situant ainsi dans la moyenne nationale. Le foyer de vie a aussi basculé d'une population assez homogène vers une population plus hétérogène en termes d'âge. Malgré tout, je remarque 2 groupes majoritaires les – de 42 ans et les + de 52 ans.

Un point essentiel que je note également est le véritable tournant dans l'accompagnement de nos usagers. Aujourd'hui, à la différence d'hier, les personnes handicapées survivent à leurs parents. Plus de 20% des résidents accueillis n'ont plus de famille et sont aujourd'hui sous organismes de tutelle. Si l'on prend les personnes de plus de 55 ans accompagnées, ce chiffre atteint 70%. Cette évolution est un élément non négligeable dans l'analyse de la population du foyer de vie. En effet, c'est à un travail de deuil qu'est confrontée la personne handicapée, et quand bien même le personnel éducatif serait-il préparé, la gestion de cette cassure subite reste toujours délicate à négocier. Pourtant, la gestion prévisionnelle de ce vieillissement parallèle est préconisée en préparant progressivement les personnes handicapées âgées à la séparation, à la mort et au deuil. Mélanie CLAUDEL (1988)²⁷ indique qu'il faut préparer la séparation afin qu'elle n'ait lieu ni dans l'urgence, ni dans la précipitation et permettre ainsi à la personne handicapée de se préparer à une nouvelle vie dans de bonnes conditions.

²⁷ CLAUDEL M., (1988), *Étude du vieillissement des personnes handicapées mentales en institution spécialisée et en maison de retraite*, Rapport final et rapport abrégé, Ministère des Affaires sociales et de l'Emploi – DRASS Alsace, Strasbourg : IFPP

Il faut aussi noter que 63% des résidents admis lors de l'ouverture en 2003 sont encore présents à ce jour sur cet établissement. Les résidents et leurs familles sont donc très attachés à cette structure qui est vraiment synonyme, pour eux, de lieu d'habitation. La volonté de la direction d'accompagner la personne handicapée même en perte d'autonomie démontre une réelle bienveillance et une préoccupation envers la personne. La qualité de cet accompagnement se manifeste aujourd'hui par une concrète confiance des familles. L'origine géographique actuelle montre également un attachement au bassin de vie puisque 86% des résidents présents en 2020 sont originaires de la région roannaise et ses alentours.

Le foyer de vie comprend 2 groupes respectivement de 11 et 10 résidents. Une équipe pluridisciplinaire composée de personnels éducatifs (AMP aide médico-éducatif, ME moniteur éducateur, ES éducateur spécialisé) accompagne les résidents 365j/an, 24h/24. Les missions et objectifs du foyer de vie sont de :

- ✓ Favoriser l'écoute et l'expression des souhaits, envies et désirs des résidents et leur assurer un accompagnement personnalisé ;
- ✓ Veiller à la santé et au bien être permanent des résidents par un accompagnement pour l'accès aux soins, en lien avec les professionnels de santé ;
- ✓ Développer ou maintenir l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne ;
- ✓ Promouvoir leur participation à la vie sociale ;
- ✓ Accompagner les résidents dans leur vie affective et sexuelle et veiller au maintien du lien avec leur famille et leurs proches ;
- ✓ Promouvoir leur participation effective ainsi que celles des familles dans l'évolution du fonctionnement de l'établissement.

Pour atteindre ces impératifs, des activités sont proposées dans le cadre du foyer aussi bien à l'intérieur de l'établissement qu'à l'extérieur (dans des clubs, associations, sorties...). Les éducateurs veillent en permanence à l'adéquation entre ces ateliers et les besoins et centres d'intérêt des résidents.

1.3.3 Ouverture sur l'extérieur et participation des usagers

Afin de proposer une palette d'accompagnements la plus large possible et répondant au maximum à la « satisfaction » des besoins des résidents, le foyer de vie s'appuie sur des partenaires, à l'interne mais surtout à l'externe.

- ✓ Les partenaires (internes ou externes) institutionnels intervenants directement dans le parcours de vie de la personne et dont la participation sur un temps donné, dans le quotidien du résident concerné, contribue à lui apporter des réponses à ses besoins.

- ✓ Les partenaires (externes) sur lesquels les équipes éducatives / soignantes s'appuient afin d'offrir au résidant un certain nombre de prestations qui concourent à répondre à ses besoins (orthophoniste, pédicure, dentiste, coiffeur...).
- ✓ Les partenaires (externes) dont le rôle est d'offrir aux usagers des espaces de loisirs, sorties, détente... Ferme, patinoire, médiation animale...

Le réseau partenarial du pôle et plus particulièrement du foyer de vie est relativement développé étoffant ainsi les prestations offertes.

En revanche, l'établissement n'a pas de lien spécifique et de rapprochement avec d'autres structures pour son public vieillissant. Aucune convention ou partenariat n'est exprimé dans ce sens laissant l'établissement réagir seul et avec ses propres moyens au vieillissement de sa population. Le foyer de vie est donc un système qu'Edgar MORIN²⁸ décrirait d'état stationnaire (l'organisation est fermée et isolée de son environnement). Je développerai ce concept lors de l'analyse de l'organisation actuelle dans la seconde partie de ce mémoire.

Droits et participation des personnes accueillies

Les documents de la loi 2002-2 listés ci-dessous font partie des outils remis aux usagers et à leurs familles lors de toute arrivée en établissement : Charte des droits et des libertés, annexe à la charte des droits et des libertés (Arrêté du 8 septembre 2003), livret d'accueil, règlement de fonctionnement, contrat de séjour ou contrat d'aide et de soutien par le travail, ou à défaut document individuel de prise en charge (DIPC)

Ces outils qui sont inhérents à la prise en charge des personnes accueillies sur le pôle sont portés à la connaissance des personnes accueillies lors de leur arrivée en établissement et à chaque mise à jour.

Conformément à l'Article D311-3 à D311-32-1- CASF et aux recommandations de l'ANESM²⁹, l'expression et la participation des usagers est organisée dans le Pôle. Le Conseil de la Vie Sociale (CVS) permet un travail en commun nécessaire autour, et pour, la personne accueillie dans un climat de confiance mutuelle entre ces personnes et/ou leur représentant, les professionnels de l'établissement, les membres de l'association.

Le CVS propose et donne son avis sur : l'organisation intérieure et la vie quotidienne, le projet d'établissement, le règlement de fonctionnement, ...

²⁸ MORIN E, (2005), *Introduction à la pensée complexe*. Edition du seuil

²⁹ Recommandations ANESM, 2014 « *La participation des usagers au fonctionnement des établissements et services* ».

En raison des déficiences très importantes des usagers accueillis sur le pôle, leur représentativité est assurée par leurs familles. Malgré tout, un retour d'information de cette instance est fait aux personnes par le biais des salariés de l'établissement.

En dehors des CVS et afin de favoriser et recueillir l'expression des besoins et attentes des usagers, différents « groupes de paroles » sont mis en place au sein du pôle pour les personnes qui sont en capacité d'y prendre part.

L'accompagnement et la prise en charge des personnes handicapées sont cadrés aujourd'hui essentiellement par les lois de 2002 et 2005. Ces dernières sont des axes forts dans la prise en compte du handicap dans la société française.

C'est dans ce contexte législatif que le foyer de vie des Jardins d'Asphodèles, appartenant à l'ADAPEI Loire, a été créé en 2003. Cet établissement situé à Roanne est ouvert 365 jours par an et accueille des personnes atteintes de déficiences intellectuelles. La configuration actuelle des locaux mais aussi l'organisation du service permet un accompagnement quotidien tant sur le plan administratif que sur celui du soin et de l'éducatif.

Toutefois, depuis son ouverture, cet établissement connaît une mutation de sa population. Avec peu de départ et un partenariat quasi inexistant, le foyer de vie a vu ses usagers vieillir. Il se doit donc aujourd'hui d'ajuster son organisation interne mais aussi externe à l'évolution de ces nouvelles nécessités. Cette adaptation ne pourra se construire qu'avec une participation des professionnels intervenants auprès des usagers.

Un travail de repérage des besoins spécifiques à cette population mais aussi une réflexion sur l'adaptation de la réponse doivent être menés avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. Pour cela, une analyse de l'offre existante sur l'établissement ainsi qu'un diagnostic précis de l'organisation doivent être entrepris.

L'avancée en âge des personnes handicapées est un phénomène qui soulève à ce jour encore beaucoup d'interrogations d'une part au regard du peu de réponses spécifiques apportées à cette question mais aussi du fait des hésitations qui jalonnent encore les choix de société sur ce sujet. Reste que les ESSMS sont dès maintenant souvent confrontés à une augmentation du nombre de personnes concernées comme c'est le cas du foyer de vie des Jardins d'Asphodèles. Je me dois, en tant que directeur, d'apporter des réponses aussi adaptées que possible alors même que les politiques publiques sont encore sur ces questions en attente de clarification et d'orientations majeures structurantes. Il est donc nécessaire que le foyer de vie puisse prolonger son action notamment par une plus grande clarification des réalités quantitatives et qualitatives liées à l'avancée en âge de sa population actuelle.

2 Un environnement interne et externe requérant une nouvelle stratégie

Dans cette seconde partie, je me propose d'affiner mon diagnostic pour orienter le projet de re structuration. L'identification des besoins précis, tant auprès des usagers que des professionnels, sera la première étape indispensable permettant d'objectiver l'origine de la problématique repérée. Ensuite, j'examinerai l'accompagnement mis en place au regard de ces nouvelles nécessités et analyserai les dysfonctionnements organisationnels qu'elles engendrent. Enfin, je m'attacherai à étudier le diagnostic interne et externe permettant de déterminer les options offertes dans un domaine d'activité stratégique.

2.1 Evolution des nécessités

Le changement des caractéristiques de la population du foyer de vie (augmentation de l'âge moyen, hétérogénéité des groupes de vie, ...) laisse à penser une évolution des besoins des personnes accueillies. De ma place de directeur, je me dois d'identifier au mieux ces nécessités afin de mesurer leurs conséquences tant sur l'accompagnement que sur le management des équipes.

2.1.1 Emergence de nouvelles problématiques

L'apparition de nouvelles difficultés dans l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes est indéniable sur le foyer de vie. L'avancée en âge des personnes handicapées s'effectue en règle générale de façon semblable à celle de la population générale. Selon le Dr GABBAÏ, dans la plupart des cas « ce vieillissement est en tout point comparable à celui d'une population standard, que ce soit au plan cognitif, psychoaffectif ou organique ».

Cependant, il existe « des spécificités selon le handicap (vieillesse spécifiques des personnes trisomiques, des personnes polyhandicapées, des personnes autistes des patients épileptiques) »³⁰. Le problème majeur auquel sont confrontées les personnes handicapées vieillissantes est le cumul des conséquences du vieillissement aux pathologies déjà existantes.

³⁰ GABBAÏ P., 2002, « *les équipes éducatives et soignantes face au vieillissement des personnes handicapées mentales* », les cahiers de l'actif, n°312/313, « l'approche du vieillissement dans les structures de travail protégé », mai-juin 2002, p.27.

Sur le plan de la santé :

Les maladies chroniques survenant lors du processus de vieillissement normal viennent ajouter de l'incapacité à de l'incapacité, et contribuent à vulnérabiliser encore davantage des personnes déjà fragilisées.

Le rapport BLANC³¹ présenté au gouvernement en 2006, mettait en évidence que les personnes handicapées, jeunes ou âgées, souffrent plus fréquemment que la population générale de problèmes de santé considérés comme ordinaires. Ces problèmes peuvent être bucco-dentaires, mais il peut s'agir également de cancers ou encore de pertes sensorielles. Ainsi, certaines enquêtes précisent que les taux de prévalence moyens parmi la population handicapée sont 2,5 fois supérieurs à ceux de la population ordinaire. Le vieillissement est un facteur aggravant. En effet, « avec l'âge, l'origine de certains handicaps prédispose les personnes concernées à une incidence plus fréquente de certaines pathologies, mais dans des conditions encore mal connues (les trisomies 21 constituent ainsi un groupe à risque pour les démences de type Alzheimer et l'épilepsie, les IMC pour les troubles digestifs...). Ces problèmes sont en effet souvent malaisés à repérer, sous-estimés, et constituent un enjeu de santé publique ».

L'épilepsie est aussi une cause majeure de mortalité prématurée, de même que le handicap psychique, qui demeure caractérisé par une surmortalité massive due à certaines conduites à risques, ou aux effets de la prise chronique de médicaments par exemple.

Le rapport BLANC expose également des conclusions similaires. Ainsi, concernant la dynamique du vieillissement des personnes handicapées, on note qu'un vieillissement « précoce » s'observe particulièrement pour certaines pathologies génétiques, au premier rang desquelles la trisomie 21, ainsi que dans certains syndromes d'arriération mentale profonde. On constate également des usures précoces particulières aux handicaps moteurs ».

Les caractéristiques actuelles du foyer de vie (40% de personnes porteuses de trisomie 21 dont la moitié ont plus de 50 ans, 80% souffrant de déficience intellectuelle sévère et 25% atteints d'épilepsie stabilisée ou non) me conduisent aujourd'hui à considérer les effets de ce vieillissement dans le suivi des personnes.

En effet, l'accompagnement sur le plan de la santé pour cette population vieillissante prend aujourd'hui une part très importante dans le quotidien (examens médicaux, hospitalisations de plus en plus fréquentes) demandant également une surveillance quasi permanente.

³¹ BLANC P., juillet 2006, rapport « *Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge* ».

Un exemple très représentatif est la situation de cet usager âgé de 58 ans qui après une chute dans le couloir du foyer de vie, c'est vu diagnostiqué une fracture du col du fémur. De retour sur l'établissement après une opération, Mr X n'a pu retrouver sa mobilité. Des séances de kiné de 1h30 deux fois par semaine sur l'extérieur ont mobilisé de nombreux professionnels. Six mois après cet accident et malgré cette prescription, cet usager ne marche plus et circule en fauteuil ayant perdu la quasi-totalité de son autonomie de déplacement. Son quotidien est aujourd'hui ponctué d'exams médicaux en lien avec son diabète et ses crises d'épilepsie de plus en plus fréquentes.

Sur le comportement quotidien :

Comme il n'y a pas de définition stricto sensu du vieillissement de la personne en situation de handicap, les indicateurs sont très difficiles à percevoir. Cependant, lors de son 33^{ème} congrès, la fédération des APAJH (Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés) a présenté les « évolutions » qui permettent de constater que la personne rencontre des changements dans son quotidien :

- Difficultés à maintenir les liens familiaux et sociaux,
- Fatigabilité/pénibilité,
- Difficultés de mémorisation,
- Perte de dynamisme, envie de se reposer,
- Perte progressive d'autonomie, plus grande dépendance,
- Apparition de nouvelles déficiences,
- Perte de repères,
- Difficultés à se projeter dans l'avenir.

Chez la personne handicapée avançant en âge, toute modification de comportement ou d'habitude n'est pas nécessairement imputable au vieillissement. La multiplicité des changements observés doit en revanche particulièrement alerter. En effet, lorsque plusieurs changements sont constatés, qui impactent plusieurs domaines de la vie de la personne (santé, habitudes de vie, sociabilité, travail, etc.), il est probable, bien que non systématique, que ces pertes et troubles aient pour cause le vieillissement³².

Ces changements sont effectivement repérés sur la population du foyer de vie. En effet, les comportements quotidiens évoluent, la désorientation apparaît de manière flagrante ainsi que l'altération de la mémoire. Des lenteurs inhabituelles et une baisse de rythme (pouvant se traduire par une difficulté à se lever le matin, des retards fréquents, etc.) des

³² Recommandations ANESM, 2014, « *L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes* ». Chapitre 2 « *Le repérage des signes et des effets du vieillissement* »

chutes, pertes d'équilibre, difficultés motrices, des changements (voire troubles) du comportement et de l'humeur sont autant d'observations qui peuvent être faites.

Même si le repérage passe d'abord par l'observation de changements chez la personne handicapée vieillissante, qui peuvent se manifester dans tous les domaines de sa vie (santé, rythme et activités quotidiennes, vie sociale, vie professionnelle, etc), l'évaluation objective des besoins me semble impérative. C'est ce que je me propose de faire dans cette partie.

2.1.2 De nouveaux besoins à identifier et des attentes à évaluer

Les pathologies du vieillissement génèrent chez les personnes handicapées une augmentation voire l'apparition de nouveaux besoins sur les volets suivants :

- les soins (dont l'accompagnement à des examens médicaux),
- les actes de la vie quotidienne (limitations dans la réalisation de la toilette, l'habillage, la prise de repas),
- les activités (fatigabilité)

Afin de quantifier les besoins des résidents accompagnés, l'étude des GEVA (Guide d'Evaluation des besoins de compensation de la personne handicapée en France : outil prévu par l'article L.146-8 du Code de l'action sociale et des familles) a semblé indispensable. Pour ce faire, un outil GEVA « simplifié » a été utilisé. Ce document est mis en place au sein de tous les établissements de l'ADAPEI Loire et est le support reconnu associativement (ANNEXE 1). En complément à cet outil, les nomenclatures SERAFIN-PH des besoins (ANNEXE 2) ont aussi été utilisées pour les phases que le GEVA n'outille pas (ANNEXE 3 : complémentarité du GEVA et des nomenclatures SERAFIN-PH, CNSA). Pour effectuer ce travail d'évaluation, j'ai demandé à la chef de service du foyer de vie de mettre en place des réunions pluridisciplinaires pour apprécier individuellement les besoins de chacun des résidents.

L'analyse des scores (ANNEXE 4) vient renforcer l'observation déjà faite sur l'avancée en âge de la population et son hétérogénéité. En effet, Les données obtenues au travers de ces deux outils montrent une multiplication des besoins par 4 entre la personne la moins autonome et celle qui l'est le plus.

Dans le contexte du foyer de vie des Jardins d'Asphodèles, les besoins individuels identifiés sont très disparates d'une personne à une autre. Cet écart pose aujourd'hui des difficultés dans la réponse aux problématiques rencontrées notamment auprès des résidents les plus vieillissants.

En lien avec ces analyses, un questionnaire (ANNEXE 5) a été travaillé et soumis aux résidents. Cet outil, construit avec l'équipe éducative, est adapté aux difficultés de compréhension et d'analyse des personnes accompagnées. Le résultat de cette enquête vient compléter l'évolution des besoins. En effet, l'examen des conclusions (ANNEXE 5) de cette étude auprès des personnes accompagnées conforte la présence de 2 populations avec des souhaits d'accompagnement différents tant sur le rythme de vie que sur les besoins recensés. On peut donc dégager une population jeune et active avec des besoins et des envies d'activité dynamique d'une autre population plus vieillissante présentant des souhaits de vie plus calme avec une adaptation nécessaire sur le quotidien.

Aux vues de l'émergence de ces nouvelles problématiques, il me semble indispensable de fixer un âge approximatif de la personne handicapée vieillissante au sein du foyer de vie. Un échange avec l'ensemble des professionnels intervenant auprès de cette nouvelle population, nous a amené à définir collectivement qu'une personne handicapée âgée d'au moins 45 ans pourrait être considérée comme vieillissante, en présentant des signes tels que la fatigabilité, la perte progressive des acquis, le ralentissement du rythme de vie, le repli sur soi, etc...

Les besoins spécifiques repérés pour les personnes handicapées vieillissantes sont principalement des besoins en lien avec l'entretien personnel, besoins pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité et besoins pour entretenir et prendre soin de sa santé. A ce titre, Pascal JACOB³³ précise que la prévention médicale est insuffisante pour cette population. Il indique par ailleurs qu'en matière de prévention, une fois un repérage des situations effectué, il conviendrait d'agir sur certains de ces accélérateurs, en accompagnant par exemple des changements de l'environnement annoncés.

Aujourd'hui sur le foyer de vie, 65% des personnes accompagnées ont des besoins de nursing important. Pour les personnes de + 45 ans (base retenue pour être considérée comme personne handicapée vieillissante), ce taux s'élève à 90%. Le nursing, ou soin de nursing est l'ensemble des soins paramédicaux délivrés à des personnes dépendantes, handicapées ou en fin de vie. Le nursing comporte, entre autres, des soins d'hygiène et de toilette, des massages, des conseils. Ce type d'accompagnement nécessite du personnel soignant, or le foyer de vie est dépourvu de ce type de compétences n'ayant que des profils éducatifs.

³³ Président de l'association Handidactique, auteur du rapport sur « l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées » daté de juin 2013. Les propos relatés ici sont ceux de son intervention à la Conférence Directions des 18/19 septembre 2014 à Paris.

L'aide à l'habillage, aux déplacements, à la prise de repas sont aussi des actes dispensés à plus de 70% des personnes considérées vieillissantes sur le foyer de vie. Cette dépendance s'accélère puisqu'ils n'étaient que 55% à être concernés en 2018.

Ces personnes ont donc besoin, pour vieillir dans de bonnes conditions, de solutions d'hébergement adaptées au handicap et au vieillissement. Ces solutions devant être multiples afin de respecter les choix de vie de chacun.

En effet, il est constaté par les différents acteurs du secteur médico-social, que ces personnes handicapées vieillissantes ont besoin d'un nouveau projet de vie qui corresponde à des besoins et attentes de personne vieillissante. La personne handicapée (et sa famille) doit être actrice de ce projet de vie qui doit, comme l'indique la loi du 11 février 2005, respecter ses choix et ne pas être conditionné par l'offre existante.

La CNSA³⁴ souligne quant à elle, que les personnes handicapées vieillissantes ont besoin d'un hébergement adapté à leur état physique et à leur situation sociale, ainsi que de solutions évolutives c'est-à-dire qui s'adaptent aux changements qui interviennent dans la vie de la personne qui avance en âge.

En matière de besoins spécifiques liés à l'avancée en âge, il en est un que je pourrais qualifier de central qui semble être commun à l'ensemble des situations de vieillissement de la personne handicapée : c'est celui d'une prise en compte de sa plus grande fatigabilité. Les personnes ont aussi besoin de « souffler ». Elles indiquent souvent qu'elles souhaitent qu'on les « laisse tranquilles » et ne plus être constamment « stimulées » par des professionnels.

Pour étayer mes propos, la situation de Mme Y, âgée de 72 ans en est un exemple intéressant. D'apparence dynamique, elle est très active sans cesse dans l'occupation. Ce semblant trompeur a été mis en avant par Mme Y elle-même. En effet, lors de la mise en place d'une nouvelle activité, les professionnels ont de suite pensé à inscrire Mme Y. Lors de la seconde séance d'expression corporelle, cette dernière s'en est prise physiquement à un autre usager sans aucune raison. J'ai alors reçu Mme Y en entretien pour comprendre son geste et rappeler le règlement intérieur de l'établissement. C'est à ce moment-là qu'elle a pu exprimer sa lassitude par ses trop pleins d'occupations : « laisser moi un peu tranquille, je suis fatiguée de courir partout. Je veux juste me reposer les après-midi ». Cette explication a démontré son agacement et son besoin que l'on prenne en compte sa fatigabilité dans son rythme de vie.

³⁴ Les Mémos de la CNSA n°16 de juin 2014 « L'appui de la CNSA à la politique locale d'adaptation de l'offre médico-sociale aux personnes handicapées vieillissantes ».

L'action sociale est fortement confrontée au problème de la conception actuelle de la temporalité, et subit de plus en plus la dictature du présent marqué par une culture de l'urgence, « nouvelles temporalités d'un présent de plus en plus complexe ».³⁵

L'établissement propose à la fois un espace et un temps dans lesquels les relations et interrelations complexes se tissent pour aider la personne. Cette perspective spatio-temporelle s'organise autour de deux pôles structurants : l'un à dimension sociale recherchant l'intégration sociétale, l'autre, liée au développement personnel.

Ces deux temps se caractérisent ainsi :

- temps institutionnel linéaire. Cette ligne institutionnelle a pour objectif d'être référente et structurante ;
- temps singulier du sujet. Le temps existentiel du sujet est différent du temps opératoire de l'institution.

Ces deux temporalités – celle du temps réglé, organisé, construit de l'institution, et celle du rythme personnel du sujet – se confrontent. Aussi l'établissement et les professionnels doivent chercher à respecter ces temporalités par un travail médiatisé.³⁶

Au-delà de cet exemple, mon questionnement se dirige aussi vers l'équipe éducative et plus particulièrement sur la conception qu'elle a de ces besoins et des réponses apportées.

2.1.3 Visions des salariés assurant l'accompagnement

Après des entretiens individuels avec chacun des personnels de l'institution mais aussi collectivement en équipe pluridisciplinaire, le constat commun relevé est une inadaptation dans l'accompagnement des résidents qui ne répond plus à l'évolution d'une partie de cette population. Le sentiment majoritairement exprimé est de ne pas respecter les rythmes de vie quotidiens de chacun et de ne plus répondre aux besoins liés à la population plus vieillissante.

Quand ils se font sentir, les principaux effets du vieillissement sur le quotidien des professionnels sont de deux ordres :

- De la lenteur, des difficultés de compréhension, donc de la lourdeur dans l'accompagnement.
- Une augmentation des soins.

³⁵ BOUTINET J-P., 2004, « *Vers une société des agendas. Une mutation des temporalités* », Paris, PUF, 260 p. (coll. Sociologie d'aujourd'hui)

³⁶ BOUQUET B., 2011, « *Le temps et les temporalités à défendre dans les politiques sociales et l'intervention sociale* », Dans *Vie sociale* (N° 4), pages 175 à 183

Ainsi, la journée des résidents doit être réorganisée de manière à répondre à leurs besoins. Le temps à accorder aux personnes handicapées vieillissantes devrait être plus long. Pourtant les tâches à réaliser sont les mêmes, voire elles sont parfois plus nombreuses. Il en découle alors un risque de perte de la qualité de travail.

J'ai été Interpellé à plusieurs reprises par la chef de service sur le temps passé aux soins par l'équipe éducative. En effet, les soins d'hygiène, l'habillage, l'aide aux repas prennent beaucoup de temps sur le quotidien. La perte d'autonomie des personnes handicapées vieillissantes amène une augmentation du temps de nursing. Près de 3h sont nécessaires le matin pour prendre en charge cet accompagnement. En voulant aller vite, le risque de maltraitance sur les résidents par les professionnels est présent.

En effet, le vieillissement des personnes handicapées a une incidence sur les situations de travail des professionnels des établissements notamment ceux exerçant dans le domaine du soin ou de l'éducatif. Ainsi, de la lourdeur apparaît, des contraintes nouvelles croissent et certains accompagnements deviennent inadéquats, et conduisent inévitablement à des échecs s'ils ne sont pas adaptés. Les professionnels sont alors soumis à des difficultés pour trouver les bons rythmes de vie, de travail, et les équipes éducatives, qui sont généralement formées à trouver le sens de leur travail dans la dynamique de la progression, de l'autonomisation et de l'acquisition, peuvent se démobiliser.

Les professionnels relèvent aussi l'apparition de nombreux incidents (conflits) en raison de leur absence auprès des usagers (augmentation du nombre de Fiche d'Evènement Indésirable à ce sujet) et l'apparition d'une « routine professionnelle ».

La qualité de l'accompagnement se dégrade. Les professionnels sont accaparés par les personnes âgées handicapées laissant par conséquent les résidents plus jeunes « livrés à eux-mêmes ». Naissent alors conflits et frustrations. Le cas de Mr Z, âgé de 25 ans est l'exemple typique. Ce dernier erre dans les bâtiments administratifs tous les matins dès 8h demandant à chaque salarié s'il peut aider à faire quelque chose (l'équipe étant occupée aux temps nursing).

Le risque pour ces personnels fatigués et confrontés à des situations difficiles est de se réfugier dans un accompagnement codifié et routinier. En effet, pour le personnel le plus exposé physiquement et psychologiquement à l'accompagnement des personnes, le déni du vieillissement à travers la routinisation a pour but d'accroître le sentiment de sécurité au travail. La routine permet de reproduire quotidiennement un travail pris dans un temps immobile et de répéter les mêmes actes sans jamais les réinterroger et sans prise de risque. Elle exacerbe la difficulté à repérer ces signes de vieillissement.

Enfin, une surcharge de travail est constatée les week-ends du fait du nombre plus important de résidents présents (notion de sécurité de l'encadrement). En effet, selon le souhait des familles, certains adultes rentrent chez eux le week-end et pour les périodes de vacances. Cette organisation tend à se restreindre en raison du vieillissement des personnes accueillies mais aussi de celui des aidants familiaux. Ce phénomène engendre une augmentation du nombre de résidents accueillis durant ces périodes (en 2003 : présence de 8 résidents en moyenne sur les WE, en 2020 : 16 résidents de présents). Le taux d'encadrement n'a quant à lui pas évolué, et aucune modification organisationnelle n'a été entreprise. Par conséquent, à ce jour, l'encadrement éducatif sur ces fins de semaine est identique à celui de 2003 (soit 2 professionnels). Cette surcharge est d'autant plus marquée que ce sont les personnes handicapées vieillissantes qui restent le week-end avec cet accompagnement quotidien plus important.

L'organisation mise en place a occulté l'évolution des caractéristiques des personnes, laissant se constituer des unités de vie de résidents ayant des besoins hétérogènes avec des incohérences de planning au regard des nécessités d'accompagnement.

Ainsi, à nombre de résidents constant, l'impact sur la charge de travail des encadrants va être démultiplié lorsque l'établissement est confronté à un vieillissement généralisé des personnes qu'il accompagne. Les problèmes médicaux sont plus nombreux et les bilans biologiques plus fréquents sans aucun personnel médical. Les besoins en effectifs salariés deviennent plus importants.

Depuis son ouverture en 2003, le fonctionnement du foyer de vie est quasi identique, aucune réorganisation n'a été pensée sur la mutation des profils des personnes accueillies. Depuis plusieurs années, le travail a consisté à élaborer des réorientations sur des structures spécifiques déjà existantes dans l'environnement de l'établissement mais seulement 3 entrées en foyer d'accueil médicalisé ont eu lieu et 1 en EHPAD (en unités PHV) depuis 17 ans.

Pourtant, l'adaptation des professionnels à ces situations nouvelles est indispensable, et nécessite de réinterroger les identités professionnelles et les pratiques. Passer d'un projet de vie centré sur le maintien des acquis à un projet de vie centré sur l'accompagnement du déclin de la vie interpelle le sens de la mission. En effet, les activités éducatives deviennent réduites, voire impossibles dès lors que la personne handicapée vieillissante est accaparée par les soins. Une usure professionnelle peut apparaître, ainsi que des « glissements de tâches » (plus de manutention, de nursing...).

L'analyse donne ainsi à voir l'émergence de nouveaux besoins de compétences en terme de pratiques d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes et les différentes méthodes d'acquisition. Faire face au déclin des capacités physiques ou

psychologiques d'une personne peut remettre en question ou du moins questionner le sens qui est donné au travail éducatif.

Les personnes interrogées partagent globalement l'idée que l'objectif du projet éducatif est de répondre au mieux aux besoins des personnes dans le vieillissement. Ils doivent les accompagner et ainsi développer au quotidien leurs capacités d'adaptation à des besoins en évolution. Mais face au vieillissement, le défi pour les salariés est de passer de l'apprentissage de l'autonomie à la compensation du handicap. Ce changement de sens dans leur intervention est une perspective différemment accueillie selon les individus.

La chef de service, titulaire d'un DU Gériatrie sera un levier important afin de fédérer l'équipe sur la compréhension de ce changement d'accompagnement.

2.2 Une « inertie » organisationnelle face aux mutations

2.2.1 Une équipe à remobiliser

L'encadrement des résidents est aujourd'hui assuré par une équipe pluridisciplinaire composée de personnels éducatifs mais aussi des personnels des services généraux intervenant auprès des usagers (maîtresses de maison).

L'équipe du foyer de vie est exclusivement éducative et composée de : 2 ES, 4 ME, 8 AMP et AES, 2 surveillants de nuit : soit un total de 17 ETP avec l'équipe administrative. Le taux d'encadrement du foyer de vie avec le service d'accueil de jour est de 65.4% et se situe de ce fait dans la norme nationale (comme le montre le tableau ci-après). La structure possède donc des moyens humains et d'encadrement adaptés à l'accompagnement du nombre de résidents présents.

Effectif et équivalent temps plein (ETP) du personnel, et taux d'encadrement pour 100 places sur le plan national

Type de structures pour adultes handicapés	Personnel en effectifs	Personnel en ETP	Taux d'encadrement pour 100 places
Foyers d'hébergement pour adultes handicapés	24 800	18 200	47
Maisons d'accueil spécialisées (MAS)	38 900	33 800	122
Foyers occupationnels et foyers de vie pour adultes handicapés	42 800	34 200	68
Foyers d'accueil médicalisés pour adultes handicapés (FAM)	34 900	28 500	107

Champ : Structures pour adultes handicapés - France entière.

Source : DREES, Enquête ES-handicap 2014.

Cependant, sur l'ensemble de cette équipe éducative seulement 2 professionnels (soit 13%) ont suivi une formation liée au vieillissement et l'accompagnement de ce type de population. Un manque de repères communs dans cette prise en charge est donc manifeste. Il est à noter qu'aucun personnel de soins n'est sur l'organigramme du foyer de vie. Malgré tout, la proximité des 2 autres établissements (FAM et MAS) permet une mutualisation de fonctions qui ne pourraient être présentes sur un foyer de vie indépendant.

Grace à cet environnement proche, l'établissement peut bénéficier de temps de kiné, ergothérapeute, infirmière diplômée d'état, médecin, psychomotricienne pouvant ainsi répondre au plus près de certaines problématiques sans toutefois assurer une individualisation totale de l'accompagnement.

Cette carence amène à un glissement de tâches auprès des personnes handicapées vieillissantes accompagnés. En conséquence, les professionnels peuvent subir un décalage entre les missions pour lesquelles ils se sont engagés sur leur poste et ce qu'ils sont amenés à réaliser.

Ainsi, face à l'accroissement de la pénibilité physique et de la demande de disponibilité accrue qui découle de la perte des capacités et des changements de rythme, les professionnels doivent accompagner, à moyens constants, des personnes dont les pathologies deviennent de plus en plus lourdes à gérer. Tout cela en tentant de préserver la qualité du travail et leur motivation. L'éducatif, tout comme l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, est à adapter à l'évolution de la population vieillissante. Le poids de cet accompagnement vient marquer le travail au quotidien, le rendant plus lourd.

Pour ces professionnels formés pour faire progresser, l'idée de la perte de capacité n'est pas valorisante à leurs yeux.

Comme le souligne le Dr GABBAÏ : « ce qui se réduit donc avec l'avancée en âge des personnes handicapées, ce n'est pas la possibilité éducative mais plutôt un certain nombre de pratiques où résidents et personnels trouvaient aussi un certain plaisir. L'animation avait cette fonction revalorisante, réconfortante pour les équipes. Ce réconfort devient difficilement accessible ».³⁷

Ne pas avoir de retour de la personne, constater que celle-ci n'exprime plus ni la satisfaction, ni la non satisfaction, représente également une source de difficultés pour les professionnels, tout comme faire face aux familles qui font très souvent des liens entre

³⁷ GABBAÏ P., 2002, « les équipes éducatives et soignantes face au vieillissement des personnes handicapées mentales », les cahiers de l'actif, n°312/313, « l'approche du vieillissement dans les structures de travail protégé », mai-juin 2002, p.30

entrée dans l'établissement et déclin. Avec l'avancée en âge, la probabilité pour les professionnels de se retrouver confrontés à des décès augmente, que l'établissement ait fait ou non le choix d'accompagner les personnes handicapées vers la fin de vie.

Ainsi, une autre difficulté à laquelle les équipes doivent s'adapter est le déclin des personnes et la confrontation au décès. La confrontation avec le vieillissement et la mort est d'autant plus difficile que les personnels éducatifs sont formés à aller vers le progrès et les soignants vers la guérison.

Une conception trop éducative, orientée vers l'évolution et le progrès des capacités de la personne peut comme le souligne le Dr GABBAÏ entraîner des « échecs inévitables » pouvant entraîner la « disqualification » des résidents (« il n'est plus pour nous, il n'a pas sa place ici ») mais aussi une « démobilisation seconde des professionnels d'encadrement génératrice d'abandon (« je n'ai pas été formé pour ça ») »³⁸.

C'est pour toutes ces raisons que de nombreux besoins en formation, liés à l'accompagnement physique mais aussi psychologique émergent.

2.2.2 Un accompagnement quotidien en souffrance

Le foyer de vie comprend 2 groupes respectivement composés de 11 et 10 résidents. L'accueil sur chacun de ces groupes de vie est indissocié de conditions (âge, type de handicap, autonomie, sexe, ...).

Même si les locaux sont équipés pour l'accueil des personnes à mobilité réduites, il existe certains aménagements qui restent à retravailler. En effet, l'apparition depuis quelques années des difficultés de mobilité et de déplacement des personnes handicapées vieillissantes ont été un révélateur du manque d'adaptation de nos équipements. Aujourd'hui, près de la moitié de nos personnes vieillissantes se déplacent en fauteuil ou en déambulateur et malheureusement n'ont pas accès à une partie de l'extérieur. Ils ne peuvent donc profiter seul et sans aide humaine à une partie du jardin.

L'intérieur est aussi à réadapter. L'agencement du mobilier entrave la circulation. De plus, avec l'apparition de la désorientation des personnes handicapées vieillissantes, la signalétique n'est plus adaptée. Combien de fois Mr M se retrouve dans une chambre qui n'est pas la sienne.

Les 2 lieux de vie sont très hétérogènes en termes de population (mélange de résidents jeunes et dynamiques avec des personnes handicapées vieillissantes plus dépendantes).

³⁸ GABBAÏ P., 2002, « les équipes éducatives et soignantes face au vieillissement des personnes handicapées mentales », les cahiers de l'actif, n°312/313, « l'approche du vieillissement dans les structures de travail protégé », mai-juin 2002, p.28

Cette disparité entraîne aussi des difficultés dans la prise en charge des rythmes de vie de chaque usager accueilli. Des difficultés de cohabitation sont présentes. Des tensions peuvent éclater comme cela a déjà été le cas sur un des groupes lors d'un repas. Du bruit, des rigolades et des cris de joie lors d'un déjeuner ont mis à mal 2 résidents âgés. Exaspérés par ce brouhaha, ils en sont venus aux mains avant de casser vaisselle et mobilier.

La prise en compte de la fatigabilité et la fragilité des personnes handicapées vieillissantes a été accélérée lors de la période COVID. En mars 2020 et octobre 2020, la contamination de ces résidents, nous a rappelé leurs vulnérabilités et leurs besoins en matière de santé. Cette période a été un réel révélateur de cette problématique et l'importance d'agir pour adapter notre accompagnement au quotidien. Ces 2 périodes de « mises en unités COVID » m'ont également rappelé la place importante du soin dans l'accompagnement et le manque indéniable de formation des personnels dans ce sens.

La vie quotidienne des résidents s'articule aussi autour des temps d'internat : lever, nursing (dont l'équipe éducative n'a pas forcément la formation), et les différents temps de repas. Les besoins d'accompagnement lors des toilettes vont de la simple guidance verbale à l'aide totale. Une surveillance est indispensable sur les temps de repas puisque les risques de fausses routes sont présents. Plus des trois quarts des personnes handicapées vieillissantes mangent en texture adaptée : mixer, mouliner, ... et sont sous la vigilance plus accrue des professionnels.

Entre ces périodes, sont proposées des activités occupationnelles, éducatives, des temps de repos et des prises en charge rééducatives et paramédicales. Depuis plusieurs années, l'inadaptation des supports éducatifs en lien avec la population vieillissante se fait ressentir. Il n'existe à ce jour aucun réel projet d'animation adapté à ce public qui peut passer des ½ journée sans sollicitation éducative. Paradoxalement, le nombre de professionnels présents est d'une prévalence de 1 pour 4 résidents.

Face à ce public qui évolue, les personnels éducatifs peuvent arriver à un stade où les activités proposées ne conviennent plus aux personnes handicapées, où les méthodes de travail mises en place ne sont plus adaptées aux besoins.

Comme bon nombre d'établissements pour personnes handicapées, le foyer de vie des Jardins d'Asphodèles propose des activités en interne, mais également à l'extérieur avec des associations de la ville. Il développe aussi des activités avec des partenaires externes mais dans l'établissement, comme la musicothérapie, la médiation animale, la chorale.

Selon leur pathologie, les résidents ne peuvent pas tous prétendre aux activités proposées, ou n'en ont tout simplement pas envie. Avec l'avancée en âge, les équipes doivent aussi réadapter leurs activités au quotidien. Il peut s'agir d'aménagements dans les emplois du temps des personnes handicapées, de la mise en place d'activités spécifiques, ou de soins supplémentaires. De plus, les activités sont portées principalement par le désir, les aptitudes, les envies du personnel. Ce n'est donc pas l'activité qui est adaptée aux besoins des résidents mais le résident qui s'adapte à l'activité proposée.

En ma qualité de directeur, il me semble indispensable de requestionner ce fonctionnement pour que l'organisation soit en adéquation avec la mission et les besoins recensés des personnes accompagnées. Les activités doivent donc s'inscrire dans un processus d'élaboration commun au travers de réunions.

Le dispositif de réunion au sein du foyer de vie est bien repéré et actif. Ce levier est un atout indéniable dans l'harmonisation des pratiques comme c'est le cas sur l'accompagnement des temps du quotidien (lever, nursing, repas, ...). En effet, la cohésion de l'équipe sur cet aspect de l'accompagnement permet une cohérence globale nécessaire dans le bon fonctionnement de l'organisation.

2.2.3 Partenariat illusoire pour l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes ?

Le foyer de vie a développé des réseaux dans son environnement proche mais essentiellement sur le quotidien en lien avec les accompagnements éducatifs. Rien n'est aujourd'hui pensé sur la spécificité de l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes. Bien que quelques activités spécifiques aient été pensées dans ce sens, l'établissement est resté figé et n'a pas développé de partenariats en lien avec cette problématique. Afin d'éclairer et d'analyser le positionnement de la structure, la théorie des systèmes me semble intéressante à développer à ce niveau en s'appuyant sur les concepts d'Edgar MORIN³⁹.

L'approche systémique comporte 3 niveaux :

- la cybernétique. C'est un système fermé et isolé de son environnement. Il faut être calibré et conforme aux programmes définis.
- Le systémisme. Le sujet s'adapte au milieu des autres dans lequel il est ouvert sur un contexte qui fait un tout. En changeant le milieu on change les gens, en

³⁹ MORIN E, 2005, *Introduction à la pensée complexe*. Edition du seuil

changeant les gens on change le milieu, optimisation des conduites dans une logique rationnelle pour la prise de décision ou la résolution de problèmes.

- la systémique. Dite aussi système de système interconnecté en grappe où le sujet est une connexion, un nœud de ce réseau. «Théoriquement et empiriquement le concept de système ouvert ouvre la porte de l'évolution une théorie de l'évolution qui ne peut provenir que des interactions entre système et éco-système, et, qui, dans ses bonds organisationnels les plus remarquables, peut être conçu comme le dépassement du système en un méta-système» (p. 32)

Edgar MORIN⁴⁰ insiste sur la nature paradoxale entre ouverture et fermeture nécessaire à son équilibre (homéostasie) : le système doit se fermer au monde extérieur afin de maintenir ses structures et son milieu intérieur qui sinon, se désintégreraient. Mais c'est son ouverture qui permet cette fermeture (p.31).

Un système devient autonome en agissant sur le monde et des interactions que le monde opère sur lui : il ne peut devenir autonome seul, coupé de son environnement, il participerait alors à sa propre destruction (la dégradation de la machine artificielle). Pour être plus autonome, il se doit d'être moins isolé. C'est ce qu'Edgar MORIN appelle « l'auto-éco-organisation », c'est à dire la capacité d'un système à être autonome et à la fois à interagir avec son environnement.

Aujourd'hui, le foyer de vie des Jardins d'Asphodèles se doit de se régénérer et ne plus s'isoler dans l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes. En effet, l'établissement n'a pas anticipé le vieillissement d'une partie de sa population et doit donc aujourd'hui être à la fois plus autonome en étant moins esseulé. Pour cela, un repérage et l'analyse des coopérations et des partenaires éventuels sur le bassin de vie est une démarche inévitable ainsi que l'analyse des freins à ces collaborations.

Quelles sont les possibilités et limites du réseau actuel sur le territoire ?

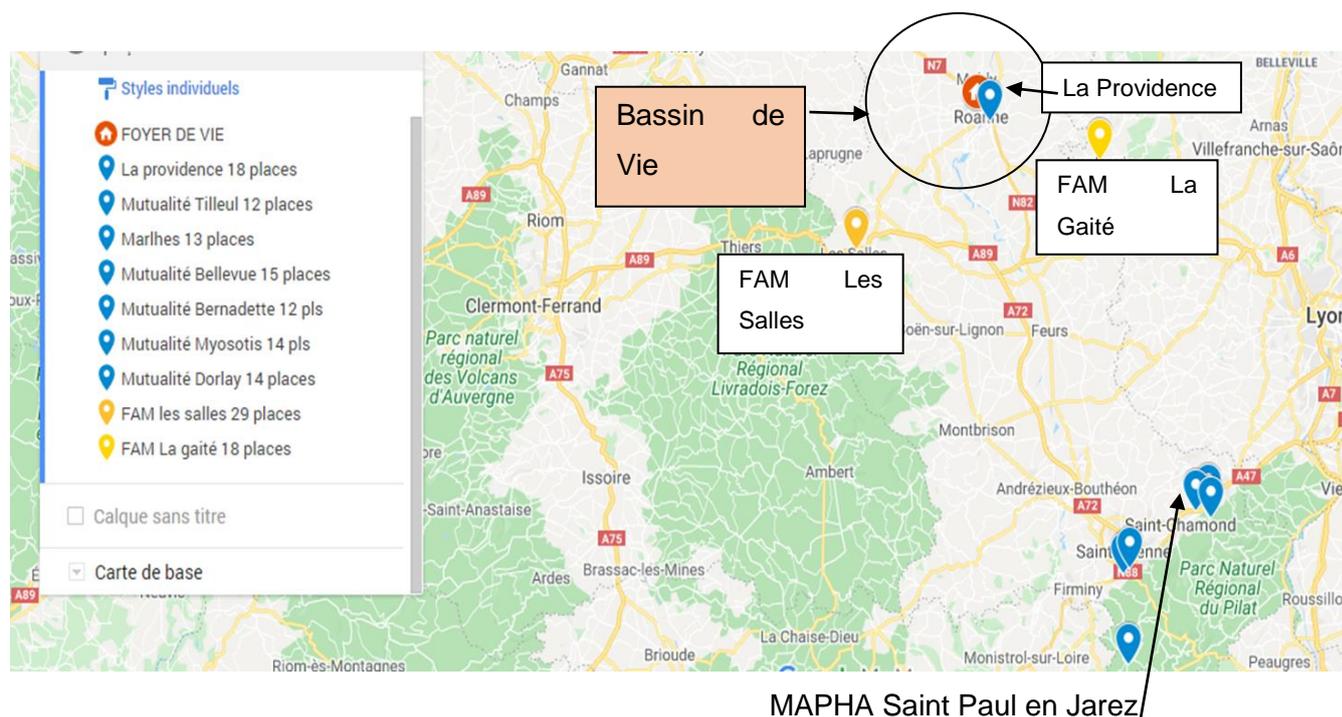
Plusieurs établissements sont implantés sur le territoire ligérien et spécialisés dans l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes.

7 EPHAD possèdent des unités au sein de leur structure, 2 FAM et une MAPHA sont confirmés dans ce type d'accompagnement.

Mais sur tous ces établissements seulement 3 se situent à proximité du bassin de vie des résidents du foyer.

⁴⁰ MORIN E, 2005, *Introduction à la pensée complexe*. Edition du seuil

Je propose de décrire plus précisément les relations déjà développées mais aussi les manques de partenariat avec ces structures.



✓ L'unité PHV de l'EHPAD « La Providence » :

Les structures gérontologiques n'ont pas été formées à l'accueil de personnes handicapées. Or, ces dernières n'ont pas les mêmes besoins ni les mêmes attentes en matière d'accompagnement : elles sont souvent beaucoup plus jeunes et dynamiques que les personnes âgées accueillies. Cela pose parfois des problèmes de cohabitation, mais surtout, les personnes handicapées ont connu bien souvent un parcours institutionnel avec un taux d'encadrement supérieur à celui existant dans le champ gérontologique, permettant notamment un accompagnement individualisé, des sorties sur l'extérieur, que ne peut se permettre un EHPAD⁴¹. C'est pourquoi certains EHPAD, parfois en partenariat avec des acteurs du champ du handicap, ont créé des unités pour personnes handicapées vieillissantes en leur sein.

C'est le cas de l'EHPAD « La Providence ». Cette structure possède 18 places pour la prise en charge de PHV et est l'unique établissement créé sur le bassin de vie des résidents du foyer de vie. Il s'agit donc d'un partenaire incontournable d'un futur projet d'évolution de notre structure. Dans le cadre de ma formation CAFDES, j'ai eu l'opportunité d'effectuer mon stage sur ce lieu d'accompagnement et créer un lien qui reste à consolider autour d'un projet commun à travailler.

⁴¹ BLANC P., 2006, *une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge*, p 99

J'ai pu constater aussi qu'une liste d'attente importante à l'admission existe. Le choix de l'entrée dans cet établissement est dépendant de la direction et reste subjectif face à des critères d'autonomie. En effet, un taux d'encadrement nettement plus faible que dans une structure pour personne handicapée, est la raison principale pour laquelle le choix du profil des personnes accueillies est essentiellement basé sur la dépendance.

Par conséquent, l'intégration sur cette unité PHV des personnes accompagnées sur le foyer de vie ne semble pas prioritaire. Le peu d'autonomie, une déficience intellectuelle « sévère », l'absence de communication pour certains, ... sont autant de critères d'incompatibilités avec une possible entrée dans cet établissement.

Pour autant, je pense qu'un travail de sensibilisation au travers d'expérience commune serait un axe de développement de nos structures. C'est dans ce cadre que j'accueille en stage CAFERUIS la cadre de santé de cette structure et que nous réfléchissons à un travail de coopération plus étroite. Je pense que la méconnaissance et la différence de culture de nos deux institutions pointent une divergence d'accompagnement de ces personnes handicapées vieillissantes, marquant ainsi une rupture de parcours de vie pour ces résidents.

Il nous faut donc une coordination ayant pour finalité d'organiser la complémentarité et la continuité des prises en charge et des accompagnements, notamment entre les trois secteurs d'activité ⁴² suivants :

- le secteur sanitaire, qui recouvre la médecine de ville et les établissements de santé essentiellement hospitaliers ;
- le secteur social, qui concerne les actions visant l'insertion sociale et professionnelle des personnes ;
- le secteur médico-social, qui regroupe les services apportant de l'aide et des soins aux personnes vivant à domicile et les établissements (avec ou sans hébergement) accueillant des personnes en situation de handicap.

✓ Les autres établissements :

Même si d'autres structures existent, ces dernières se situent hors du bassin de vie des résidents accompagnés sur le foyer de vie des Jardins d'Asphodèles. Néanmoins une étude de certaines me semble importante à faire pour entrevoir les possibilités de coopération dans le futur.

⁴² BLOCH MA., L. HENAUT L., 2014, *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Dunod, p.3

Le Foyer d'Accueil Médicalisé « La gaieté » :

Cet établissement pourrait être un partenaire intéressant dans une coopération sur l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes. Toutefois, la distanciation et l'emplacement de cette structure (hors département de la Loire ne facilite pas cette démarche). A ce jour, le foyer de vie des Jardins d'Asphodèles n'a aucun lien avec ce FAM. D'autant plus que ce dernier favorise des admissions internes à son association.

Le Foyer d'Accueil Médicalisé « Les salles » :

Ce FAM est géographiquement isolé. Il fait parti d'une association mono établissement. Il est donc relativement ouvert au partenariat externe. Leur connaissance dans l'accompagnement de personnes handicapée vieillissantes est importante. Leur technicité et leur expertise sont reconnues dans ce secteur. Le foyer de vie des Jardins d'Asphodèles a déjà des liens avec cet établissement. Des séjours sont proposés sur chacune de nos structures. L'objectif de ce travail est d'offrir la possibilité aux personnes accompagnés de trouver un ailleurs temporaire pour les extraire d'un quotidien complexe sur leur établissement. Je pense que ce lien est une bonne amorce pour prolonger cette collaboration sur l'accompagnement des personnes handicapée vieillissantes.

La MAPHA :

Elle est située à plus de 120 Km du foyer de vie. Même si cette structure appartient à l'ADAPEI Loire, il n'en reste pas moins qu'elle est la seule sur le département. Très sollicitée par le bassin stéphanois, elle ne laisse que peu de perspectives de rapprochement avec le foyer de vie.

Il n'existe aucun lien privilégié avec cet établissement. Seulement une réorientation a pu être travaillée sur la MAPHA en lien avec un rapprochement familial.

Je constate donc que le partenariat disponible pour une collaboration et une coopération ne pourrait se développer qu'avec 2 entités : l'EHPAD la Providence et le FAM « les salles ». L'existence de connexion avec ces 2 établissements est déjà une réalité et sera un atout dans le développement d'une relation plus approfondie. J'exposerai dans la 3^{ème} partie de ce mémoire le travail de rapprochement et les objectifs du développement de ces partenariats.

2.3 Forces et faiblesses à prendre en compte

Le but de l'analyse est de prendre en compte dans la stratégie, à la fois les facteurs internes et externes en optimisant les potentiels des forces et des opportunités et en minimisant les effets des faiblesses et des menaces.

Pour ce faire, j'ai utilisé la grille d'analyse SWOT⁴³. Cet instrument fait partie des outils qui contribuent à l'étude de la pertinence et de la cohérence d'une action future (à court ou à long terme, générale ou circonscrite). L'analyse de ces facteurs dans le cadre du projet de réadaptation du foyer de vie se caractérise ainsi :



Dans le cadre de l'élaboration d'une décision, le but de l'approche est de faire en sorte que les décideurs prennent en compte l'ensemble des facteurs internes et externes, de manière à maximiser les potentiels des forces et des situations favorables, et à minimiser les répercussions des faiblesses et des menaces. En aidant à formaliser les points positifs et négatifs et à identifier les facteurs de son environnement pouvant influencer favorablement ou défavorablement sur le déroulement du programme d'action, l'analyse SWOT permet de réduire les incertitudes et d'affiner ou d'évaluer ainsi la stratégie envisagée.

⁴³ SWOT (Strengths - Weaknesses - Opportunities – Threats) : la matrice SWOT a été inventée dans les années 1960 par un conseiller en gestion du nom d'Albert Humphrey au Stanford Research Institute

2.3.1 Une volonté d'évoluer

- L'histoire de l'association gestionnaire fait ressortir la volonté et l'aptitude à faire évoluer les établissements en fonction des besoins émergents. Ainsi, la vie active de l'association marque une volonté d'adaptation de ces établissements au regard d'une part de l'évolution des populations nécessitant une prise en charge spécifique et d'autre part, des évolutions des politiques publiques.

 - L'adaptation des locaux : le foyer de vie est constitué de 2 ailes permettant de dissocier l'accueil de 2 populations distinctes. Un accompagnement spécifique des personnes handicapées vieillissantes pourrait ainsi se développer avec un aménagement architectural. Chaque unité est composée : de 10 et 11 chambres individuelles, d'une cuisine, salle à manger, salon d'un bureau administratif (éducateurs) 2 salles de bain, toilettes d'un espace extérieur sécurisé
- Ces 2 unités de vie sont reliées par un couloir et répondent aux normes d'accessibilité fixées par la loi de 2005⁴⁴.
- Le plan de développement des compétences (PDC) : il est un atout sérieux puisque la masse salariale conséquente au niveau associatif permet de dégager un plan de développement de compétences important dont les priorités sont définies avec les directions d'établissements.

Ce levier sera incontournable dans le développement du projet et fera parti de ma démarche GPEC pour :

- répondre à la nécessité de repositionner l'institution dans un contexte nouveau
- répondre à un nouveau besoin de l'activité initiale.
- s'adapter aux contraintes du territoire d'implantation.
- favoriser le développement des compétences des salariés en les aidants à s'adapter aux nouvelles contraintes liées à l'emploi

L'élaboration de ce PDC est définie selon les orientations stratégiques de l'association. L'adaptation des pratiques au vieillissement de la population est un axe inscrit dans ce document. Par conséquent, le volume important de formation initié pourrait intégrer de nouveaux thèmes et notamment l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes tout en en maintenant d'autres sur des aspects plus généraux (gestes et postures, contact à la violence, institution usager et famille, ...).

⁴⁴ Loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

- Enfin, il existe une réelle volonté de l'équipe éducative à faire évoluer le projet d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes. Cet aspect déjà analysé dans ce mémoire, montre une synergie dans la vision de changement. Les salariés exposent clairement leurs besoins de réadapter leur accompagnement auprès des personnes handicapées vieillissantes tant sur le plan organisationnel que sur celui de l'approche situationnelle.

2.3.2 Un besoin d'accroissement des compétences et des stratégies à clarifier

Comme indiqué en début d'analyse, très peu de personnes du foyer de vie ont été formées à la prise en charge et l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes. Ce manque de connaissance a fait naître des disparités dans l'accompagnement avec des façons de faire divergentes d'un professionnel à un autre. Même si tous les personnels du foyer de vie sont diplômés, une perception et une approche commune à l'ensemble de l'équipe sera une priorité nécessaire à l'amélioration de la qualité de prise en charge : le vieillissement suppose de nouvelles compétences.

Je propose plusieurs pistes d'actions :

- Développer la professionnalisation des personnels éducatifs autour de trois axes:
 - La détection des signes avant-coureurs du vieillissement pour mieux faire face à la brutalité de l'évolution des maladies.
 - L'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes dans le quotidien : l'adaptation aux rythmes de la personne, la redéfinition du projet de vie, la relation avec les familles, l'accompagnement à la fin de vie.
 - Le soin à apporter aux personnes: le suivi médical, le partenariat avec les structures sanitaires (hôpital, hospitalisation à domicile...), la mobilisation des professionnels de la rééducation (ergothérapeutes...).
- Développer l'apprentissage en situation de travail. En effet, la transmission de connaissances et de compétences relève aussi du collectif de travail qui devient ainsi « organisation apprenante ». Il s'agit de faire émerger une meilleure appropriation des objectifs, d'impliquer les salariés dans les choix organisationnels, de mettre en place des formes de communauté de travail, lieux d'élaboration de savoirs collectifs et d'échanges réciproques de savoirs.

Il n'existe pas à ce jour de projet d'animation adapté à ce type de public auquel peu de supports sont proposés. Un travail devra se mettre en place autour de la mise en adéquation entre besoins et prestations.

L'organisation du travail (emploi du temps) est, quant à elle, restée figée sur celle mise en place il y a 17 ans. Aujourd'hui, de plus en plus de résidents restent présents sur la structure le WE. L'organisation hebdomadaire doit donc être réajustée en fonction de ce critère et se transformer pour rester en adéquation avec les exigences de l'accompagnement. L'un des points importants concernant l'impact de ce changement organisationnel est celui portant sur les acteurs de l'organisation. En effet, les modifications liées à une telle restructuration peuvent avoir des conséquences sur la motivation, le bien-être ou encore les compétences des salariés. Le changement devra donc être accompagné.

Enfin, aucun partenariat conventionné n'est signé avec des structures ou services extérieurs sur le suivi ou l'accompagnement de cette population. Le foyer de vie a bien développé un réseau d'acteurs en lien avec les supports éducatifs mais aucune coopération n'a, à ce jour, été élaborée avec des structures spécifiques du territoire pour fluidifier le parcours des personnes handicapées vieillissantes.

2.3.3 Un positionnement à défendre et une crédibilité à conserver

Malgré des besoins importants et en constante évolution, le département de la Loire ne dispose que de très peu de places spécifiques en structures pour personnes handicapées vieillissantes. Ce manque de places sur le bassin de vie, la nécessité d'orienter le public handicapé vieillissant vers une prise en charge plus adaptée sont des opportunités pour le foyer de vie en adaptant son accompagnement à cette population. De plus, la place forte de l'établissement et sa légitimité sur le territoire en font un atout dans la transformation de l'offre.

En revanche, il est aussi à prendre en compte la qualité de vie au travail des professionnels travaillant auprès de personnes âgées d'autant plus si celles-ci sont porteuses de handicap. En effet, l'attractivité professionnelle pour ce secteur pourrait être une dissuasion externe.

Les nombreux changements organisationnels au sein des établissements peuvent bouleverser les conditions de travail. Ces modifications ont une incidence sur la santé physique et mentale des actifs, notamment en modifiant les conditions matérielles et organisationnelles qui déterminent la qualité et le sens donné au travail par les salariés. Il semble donc important de restructurer tout en préservant, voire en faisant advenir la qualité de vie au travail (QVT). Les conditions de mise en œuvre des restructurations doivent changer pour aller vers un accompagnement de ces transformations à toutes les étapes : avant, pendant et après.

Enfin, la menace première pour cette structure serait de ne pas s'adapter à sa nouvelle population et se retrouver en perte de crédibilité de la part des partenaires et des familles. Cette dernière pourrait créer ainsi une distorsion et un éloignement relationnel.

Au regard de l'analyse effectuée dans cette seconde partie, je constate que l'accueil des personnes handicapées vieillissantes au sein du foyer de vie implique une prise en compte précise de leurs besoins et une adaptation nécessaire et indispensable de l'accompagnement par les professionnels.

Cet ajustement doit passer par plusieurs composantes :

- L'adaptation des activités au rythme des personnes qui évolue ainsi que celle des locaux et des équipements. Cette adaptation peut passer par un réaménagement des espaces de vie, tant au niveau du mobilier que des locaux : réaménagement architectural, adaptation de la signalétique, mise en place de repères spatio-temporels avec des pictogrammes ou des photos, par exemple.
- L'adaptation du type d'activité avec une importance accordée aux soins du corps, au bien-être, à la stimulation sensorielle, au maintien des acquis, et à la prévention de la perte d'autonomie

Accompagner le vieillissement des personnes handicapées implique d'apporter des réponses diversifiées, en adéquation aux spécificités de ce public, d'où la nécessité de recourir à des compétences professionnelles adaptées.

Face à ce constat, je perçois que différentes stratégies pourraient être adoptées :

- Former les professionnels à l'accompagnement de ces personnes dont les besoins évoluent et leur permettre de mieux appréhender le public. Les formations offrent également l'opportunité de redonner du sens à un travail quotidien face à une population qui change, avec une prise de recul nécessaire favorisant le réajustement des pratiques.
- Recourir à des partenaires, l'accueil des personnes handicapées vieillissantes nécessite le plus souvent de faire appel à des partenaires extérieurs, conventionnés ou non, afin de pouvoir proposer des réponses diversifiées au vu des besoins et des attentes multiples.

Le développement d'un plan d'action sera présenté dans une 3^{ième} partie. J'exposerai alors les mesures destinées à réduire les écarts repérés pour adapter au mieux la réponse aux besoins identifiés. L'objectif sera de prendre en compte l'évaluation et l'amélioration des adaptations proposées. La démarche pour atteindre cet objectif sera aussi déclinée par un sens du management et par la capacité à penser un dispositif qui puisse contribuer à développer les collaborations et les coopérations, ainsi qu'à la reconnaissance et le sens du travail.

3 Améliorer l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes grâce à une dynamique de changement

Le diagnostic présenté fait ressortir des préconisations que je classerai sous 3 volets : repenser l'offre du foyer de vie en personnalisant l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes tout en reconsidérant l'organisation de l'établissement ; le management du personnel à travers la notion de changement et le projet architectural ; enfin fluidifier le parcours par le développement d'une ouverture sur l'extérieur. Cette troisième partie détaillera donc chacun de ces thèmes avec une réflexion sur l'évaluation de cette démarche et la définition de critères et d'indicateurs.

3.1 Repenser l'offre du foyer de vie

Le besoin d'adapter l'accompagnement du foyer de vie aux besoins de la personne handicapée vieillissante est mis en évidence. Il me faut alors mobiliser à la fois les instances dirigeantes mais aussi les professionnels autour de ce constat.

J'ai donc exposé les différents éléments du diagnostic à notre directeur de territoire ADAPEI Nord, lors d'un entretien à ma demande. J'ai ainsi pu lui présenter les enjeux auxquels le foyer de vie est aujourd'hui confronté et ma stratégie pour répondre à cette nécessaire adaptation. C'est donc avec son soutien et son appui que j'ai commencé à entamer cette conduite de projet. La réponse aux besoins repérés est une priorité afin que l'établissement continue de répondre à sa mission. L'organisation doit donc s'adapter aux mutations de sa population et se régénérer. Edgar MORIN⁴⁵ formule que les organisations ont besoin d'ordre et besoin de désordre. Comme le vivant, l'organisation peut se dégrader, se dégénérer, les choses ne sont qu'impermanentes. Edgar MORIN précise que la seule façon de lutter contre la dégénérescence est dans la régénération permanente, autrement dit dans l'aptitude de l'ensemble de l'organisation à se régénérer et à se réorganiser en faisant front à tous les processus de désintégration.

C'est donc lors d'une réunion institutionnelle avec l'ensemble des salariés que j'ai présenté et confirmé l'engagement d'un travail de réflexion et d'adaptation du foyer de vie à une partie de sa nouvelle population.

Dès ce moment-là, il m'a fallu mobiliser les professionnels autour de ce projet par une communication adéquate.

⁴⁵ MORIN E, 2005, *Introduction à la pensée complexe*. Edition du seuil

3.1.1 Une communication essentielle

La communication doit permettre aux managers et aux collaborateurs de prendre conscience de l'importance stratégique du changement, et de comprendre la nécessité de s'y adapter, afin d'insuffler une dynamique basée sur l'intelligence collective.

La communication pour mener le changement doit se faire le plus en amont possible du projet. Plus tôt les collaborateurs seront impliqués, moins il y aura de potentielles réticences au changement, laissant suffisamment de temps pour apaiser les craintes éventuelles.

Une conduite du changement opérante repose principalement sur une communication efficace pour avoir l'adhésion des différents acteurs. C'est un point essentiel pour ne pas faire naître des résistances et créer de la frustration. Un projet de changement ne se résume pas à l'apprentissage d'un nouveau système, métier ou processus. C'est un tout, guidé par le désir de « faire autrement ».

Pour comprendre la dynamique du changement, il est possible de se baser sur le modèle ADKAR⁴⁶.

Ce modèle n'est pas une méthode mais nous rappelle les étapes primordiales à mener afin de réussir le changement :

- Awareness : prise de conscience des raisons du changement. La sensibilisation est un objectif ou un résultat des premières communications liées à un projet.
- Desire : désir de s'engager et de participer au changement.
- Knowledge : connaissances sur la façon de changer.
- Ability : capacité à réaliser ou à mettre en œuvre.
- Renforcement : renforcer pour s'assurer que le changement est pérenne.

Rien ne sert de former ou de fournir des outils à des collaborateurs ou des managers s'ils n'ont pas conscience de la nécessité de changer. D'après ce modèle, le « faire » n'intervient qu'en 3ème et 4ème phase d'un projet de changement. C'est bien la « prise de conscience » et le « désir de changer » qui constituent le socle du changement.

Les étapes dans la conduite d'un changement impliquent donc une communication stratégique.

⁴⁶ Fort de nombreuses observations et enquêtes, Jeffrey M. HIATT en 1981 a créé le Modèle ADKAR® afin de faciliter le changement dans une organisation quelle qu'elle soit

Ma communication doit se mettre en place par la mobilisation, l'engagement, l'implication des acteurs qui, au sein de l'organisation, sont indispensables pour réussir ce changement. Chaque étape doit être accompagnée d'une communication spécifique :

- Communication mobilisatrice : explique le pourquoi du changement et vise à lutter contre l'incrédulité.
- Communication explicative : explique le comment pour diminuer les résistances.
- Communication sécurisante : explique le processus et lutte contre les peurs.
- Communication gratifiante : montre le chemin parcouru et crée les signes de reconnaissance.

Dans le cadre du projet, j'ai pensé les messages pour qu'ils soient personnalisés en fonction des acteurs. La communication a été ainsi adaptée aux interlocuteurs et aux informations à faire passer.

✓ Avec la Direction de pôle et de territoire

La communication s'est établie dès le début du projet avec la validation stratégique de l'adaptation du foyer de vie. Ensuite, il s'est agi de présenter et informer des avancées de la démarche en validant les différentes étapes et les réajustements éventuels.

✓ Avec les usagers et les familles

Les personnes handicapées et leurs familles ont reçu une communication par l'intermédiaire d'une participation aux groupes de travail et aux réunions CVS. Des rencontres individuelles avec certaines familles ont pu être aussi mises en place selon les demandes.

✓ Avec les professionnels

En tant que directeur, je dois considérer chaque professionnel comme un acteur ayant sa capacité à s'inscrire dans le projet. J'ai donc recherché un travail de collaboration afin d'induire une capacité de coopération, une confiance, et des relations de qualité entre les membres, qui seront autant d'éléments permettant une communication facilitée.

Des groupes de travail, animés tant par la chef de service que par moi-même, ont ainsi été les supports de cette communication. Ainsi, une communication mobilisatrice a été mise en place en début de projet autour de l'évaluation, en groupe, des besoins des résidents par l'intermédiaire de l'outil GEVA et SERAFIN-PH. Ces temps de coopération, à définir les nécessités des personnes, ont permis d'entrevoir les raisons de ce changement et de réadaptation de l'accompagnement.

Les différents groupes de travail ont ensuite porté sur l'organisation tant sur le plan du temps de travail que sur la conception de l'accompagnement (ateliers, architecture). Tous ces espaces ont été pour moi autant de lieux de communication et donc de conduite de changement. J'ai voulu ces temps comme des périodes de libre circulation de paroles où chacun pouvait émettre des suggestions ou argumenter des désaccords.

Les comptes rendus de ces rencontres ont également permis d'informer l'ensemble des acteurs.

✓ Avec les partenaires extérieurs

La communication externe à l'établissement m'a aussi paru indispensable auprès des partenaires. Pour ce faire, des rencontres avec les établissements de proximité (EHPAD et FAM) ont été mises en place afin d'écouter leurs attentes mais aussi d'expliquer notre démarche, faire connaître la structure et construire ensemble une coopération autour des personnes handicapées vieillissantes.

La communication avec les partenaires a été, en effet, un axe essentiel pour permettre l'ouverture sur l'extérieur afin de fluidifier le parcours des usagers et améliorer l'accompagnement.

C'est donc par cette communication que l'implication des divers acteurs s'est mise en place tout au long du projet. Pour ce faire, différentes rencontres ont été planifiées.

3.1.2 Impulser et planifier le projet autour d'instances de réflexion et de décision

L'organisation des temps de réunion et de travail autour de l'évaluation des besoins de la population accueillie a été la première phase de réflexion. L'exploration d'outils d'analyse de la situation (au travers des outils GEVA et SERAFIN PH) a mis en exergue les mutations des besoins d'une partie des personnes accompagnées (éléments du diagnostic décrit en 2.1.2). J'ai voulu ce temps comme point de départ de notre travail afin qu'il soit une prise de conscience des raisons du changement.

Animées par la chef de service, ces rencontres ont instauré un espace d'échanges et de réflexion à partir des questionnements de l'équipe éducative. Les pratiques professionnelles ont été au cœur des débats. Les inquiétudes et l'appréhension sur l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes ont été mises en avant.

En effet, la résistance au changement s'explique, entre autre, par l'immobilisme de l'organisation qui depuis 2003 n'a connu aucune modification majeure. La crainte des salariés concernant leurs conditions de travail et leur manque de qualification, et donc leur adaptabilité pour occuper de nouvelles fonctions, sont aussi des éléments qui traduisent cette opposition.

Les organisations sont faites pour s'adapter, prévoir, structurer ou au contraire, limiter la transformation. Elles instruisent la « permanence » par l'élaboration de modèles ou de pratiques sociales, en les projetant dans leur rapport au temps et à la culture.

Toute institution vise à se maintenir ou à se développer, et à se projeter dans le temps et l'histoire dans un principe de continuité.

Le changement n'est pas une attitude spontanée car il comporte toujours un caractère menaçant ou dérangeant. Il rencontre naturellement la résistance des hommes et des structures, car il modifie des équilibres. Il oblige à des déplacements et des mobilités individuels et collectifs, et en cela, il comporte des effets déstabilisants.

Une analyse stratégique des organisations mise au point par Michel CROZIER⁴⁷ et son équipe fait une grande part à l'analyse du processus de changement en organisation. Elle commence par le simple constat que le changement provoque toujours des résistances légitimes et inévitables. Il s'agit du passage du dur et du sûr au souple et à l'incertain. Les résistances ne sont pas simplement la manifestation de la routine et de la passivité des exécutants, comme on a trop tendance à le croire. Elles sont dues au fait que l'organisation (structure, hiérarchie, procédures, techniques ...) est l'expression d'un certain équilibre sous-tendu par des relations de pouvoir. Les individus ont, ainsi, trouvé, en principe, une satisfaction minimale, un compromis entre leurs objectifs personnels et ceux de l'entreprise.

Changer une entreprise revient donc à casser ou modifier cet équilibre, et à redistribuer entre les partenaires les atouts et les moyens de marchandage qu'ils avaient mobilisés pour y parvenir. Ils feront tout pour se prémunir et se protéger au mieux des risques qu'une telle redistribution représente pour eux. C'est l'origine des résistances au changement.⁴⁸

J'ai ainsi voulu faire participer les acteurs à l'élaboration des décisions qui les concernent pour vaincre ces résistances : tel est le principal défi relevé pour entamer ce processus de changement. La conscience des professionnels sur la mutation des besoins d'accompagnement est indéniable, reste à les mobiliser et lever cette résistance. Pour se faire, leur implication dans le projet m'a semblé donc incontournable.

Un groupe de réflexion a alors été mis en place. Il s'est réuni 4 fois en 2 mois et a été composé des membres de l'équipe éducative et la direction. Je le voulais représentatif de l'équipe éducative mais aussi de personnes assurant des missions transverses. Par conséquent, ce collectif a été construit autour de 2 AMP, de 2 ES, la psychomotricienne, la maitresse de maison, d'un surveillant de nuit, la chef de service et moi-même.

⁴⁷ CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, Seuil.

⁴⁸ MIRAMON J-P., 2009, *Promouvoir le changement*, Les Cahiers de l'Actif - N°314-317

J'ai pensé ce groupe sur la base du volontariat et fait des choix parmi les personnes qui se sont proposées. En effet, une forte mobilisation des professionnels est apparue soulignant leur implication et leur engagement dans la démarche. Il m'a fallu faire des choix. Cet arbitrage a consisté à regrouper un ensemble de qualifications représentatives de l'accompagnement quotidien.

Les premières rencontres se sont organisées autour d'échanges, de débats et de régulation de point de vue sur l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes sur le foyer de vie. Cette réflexion a permis d'interroger les pratiques, lever des interrogations organisationnelles et entrevoir les ajustements à venir.

Il est alors ressorti 3 axes à développer qui ont fait partie de réunions à thème en 3 groupes de travail :

- Groupe 1 : les modalités de prise en charge à mettre en œuvre sur l'accompagnement quotidien,
- Groupe 2 : les attentes et les besoins des professionnels pour mener à bien leur mission d'accompagnement.
- Groupe 3 : l'organisation du travail

La constitution de ces groupes s'est faite, encore une fois, sur la base du volontariat. J'ai demandé que soit représentée chaque fonction sur les diverses instances (choix à chacun de s'inscrire sur l'un des 3 groupes de travail avec une obligation à participer au moins à un).

Une fois ce travail de groupe effectué, une planification a été mise en œuvre avec un calendrier de rencontres. Ce prévisionnel a été travaillé avec la chef de service afin de tenir compte de l'organisation quotidienne.

L'animation de ces réunions s'est répartie autour des qualifications de chacun. La chef de service a animé principalement le travail autour de l'organisation du quotidien (groupe 1) et de la planification du temps de travail en fonction des nouveaux besoins de prise en charge des personnes handicapées vieillissantes (groupe 3). Elle m'a assuré, bien évidemment, un reporting régulier de ces rencontres.

Pour ma part, j'ai garanti le lien avec le directeur de pôle et le directeur de territoire sur l'avancée du projet et les réussites et difficultés rencontrées. J'ai co-animé, avec la chef de service, la phase des besoins des professionnels pour mener leurs actions (groupe 2). Ce choix revêt des décisions financières et stratégiques qui ne peuvent être pensées et prises qu'avec tous les éléments opérationnels de la structure. La planification est présentée en ANNEXE 6 sous forme d'un diagramme de Gantt.

A chaque rencontre, j'ai demandé un compte rendu écrit des échanges autour du sujet. Une fois validé, cet écrit a été mis en ligne sur le serveur de l'établissement afin que chacun prenne connaissance de l'avancée du travail.

Entre les temps de rencontres, j'ai laissé la possibilité aux professionnels de faire des propositions et suggestions ou demander des éclaircissements au groupe de travail par l'intermédiaire de posts déposés sur Framemo. Cet outil en ligne est très simple d'utilisation. Il permet de disposer d'un tableau collaboratif sur lequel chacun peut afficher des post-it et organiser des idées. Cet espace collaboratif a été très pertinent et investi par les professionnels qui ont ainsi pu être acteurs sur l'ensemble des groupes de travail.

Bien évidemment, la participation active du directeur est à mon sens indispensable et prouve la détermination et l'intérêt envers le projet mais aussi envers les professionnels et les usagers. En ma place de directeur, je me dois de montrer l'exemple et mon implication directe témoigne d'un désir de prendre en compte les problématiques de terrain, ainsi que l'expression des attentes et des besoins des professionnels et des usagers, tant sur le projet que sur la démarche en elle-même.

La nécessité d'inscrire la démarche d'élaboration du projet dans un management participatif m'a semblé indispensable. En effet, la participation vise à rendre efficace le paradoxe : conjuguer l'initiative individuelle et l'action collective. Elle vise également à responsabiliser davantage les acteurs, à améliorer leur force de proposition, à garantir une grande fiabilité dans la compréhension et l'application des décisions.⁴⁹

Le management participatif permet la création, favorisant l'écoute sans oublier la collaboration et le partage. En effet, il ne s'agit pas seulement d'une réalisation personnelle mais bien collective dans le cadre d'un projet commun.

C'est donc au travers de la participation des acteurs aux groupes de travail que ce projet d'adaptation du foyer de vie a pris forme. Un comité de pilotage a été chargé de veiller au bon fonctionnement du projet. Pour améliorer le suivi et valider les choix stratégiques, il est constitué d'une équipe transversale : directeur de pôle, chef de service, 1 membre de l'équipe éducative, 1 représentant des familles et moi-même. Cette instance s'est réunie une fois par mois pour valider les avancées du projet.

Les conclusions et le résultat de ces rencontres ont amené une réflexion légitime sur les modalités d'accompagnement au regard des besoins repérés.

⁴⁹ LOUBAT J-R., 2014, « *Penser le management en action sociale et médico-sociale* », Dunod

3.1.3 De nouvelles modalités pour l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes

Afin de penser un accompagnement éducatif et de soins fondé sur les besoins des personnes handicapées vieillissantes, un des groupes de travail (groupe 1) a œuvré pour déterminer cette conception.

Tout d'abord, la différenciation des espaces de vie personnels et collectifs, la ponctuation des temps, les rythmes de vie, la fonction de présence et d'accompagnement, demeurent les paramètres de bases.

Les conclusions du travail, effectué par ce groupe, ont ensuite été validé par le comité de pilotage et ont porté sur :

L'accompagnement du matin (soins corporels et soins d'hygiène) doit prendre en compte l'importance du temps et proposer des rythmes modulables. La matinée est donc consacrée aux soins, toilettes et hygiène générale des 11 usagers constituant ce groupe. Les professionnels prennent du temps avec chaque résident et assure un rythme en lien avec leur capacité. Les moments de nursing sont par conséquent adaptés à chaque personne et durent selon les besoins individuels.

Les ateliers se sont développés au fur et à mesure des années, répondant ainsi aux besoins de chacun des résidents tout en respectant leurs capacités et leurs aptitudes. Mais aujourd'hui, l'inadaptation de ces activités est soulignée. Il est, par conséquent, nécessaire de les réadapter. Les activités sont réorganisées en demi-journées, afin de faire face aux difficultés des personnes handicapées vieillissantes n'ayant pas les capacités de suivre un rythme soutenu toute une journée. Il s'agit aussi de favoriser la diversité, de multiplier les centres d'intérêts.

Cet accompagnement au quotidien est aujourd'hui tourné plutôt vers le confort et le bien-être, plutôt que vers les apprentissages. Pour cela, le foyer de vie a développé des ateliers majoritairement fondés sur le bien-être. Par diverses approches, les professionnels tendent à se former à de nouveaux concepts.

- L'approche de la stimulation basale permet aux professionnels de faire évoluer leurs pratiques en redonnant du sens aux gestes du soin quotidien. Les compétences des professionnels en matière de communication non verbale, de perception sensorielle, ainsi que leurs capacités d'action sur le corps et le mouvement, seront renforcées. L'approche de la stimulation basale, conçue en Allemagne par Andréas FRÖHLICH (professeur en pédagogie spécialisée) vise à participer à l'évolution des personnes en grande dépendance en permettant une meilleure compréhension de leur fonctionnement, en partant de leurs ressources

personnelles et en tenant compte de leurs besoins particuliers. La stimulation basale est une approche qui s'adresse aux personnes ayant une altération de la communication, de la sphère motrice avec peu ou pas de repères dans le temps ou l'espace.

Sur un plan plus concret, les interventions de la stimulation basale sont des activités de communication, de mouvements et de perception, individuellement adaptées et qui peuvent être intégrées dans toutes les activités de la vie journalière ou dans le cadre d'activités plus spécifiques.

- L'établissement dispose d'une salle snoezelen. Cette approche est une stimulation multi sensorielle contrôlée, une pratique visant à éveiller la sensorialité de la personne stimulée, dans une ambiance sécurisante. Cet espace est conçu pour pouvoir cibler les stimuli sens par sens, notamment au travers d'effets lumineux, de jeux de couleurs, de sons, de musique, de parfums, etc. L'utilisation de différentes textures de matières sur les murs permet une exploration tactile. Le sol est agencé de façon à stimuler la recherche d'équilibre. L'objectif est de donner du bien-être à la personne stimulée au travers du plaisir que lui procure l'activité dans laquelle elle est impliquée. La démarche est basée sur l'éveil de la personne stimulée au monde extérieur par le biais de son corps et de ses cinq sens. Cet éveil permet à la personne stimulée de prendre une meilleure conscience de l'ici et maintenant et ainsi de donner plus de substance à sa relation au réel. L'accompagnateur apporte son aide en écoutant les réponses aux stimuli et en agissant sur l'ambiance si nécessaire.

Ce concept est très apprécié des résidents qui en bénéficient. Il est un outil extrêmement adapté dans l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes.

- D'autres outils restent aussi utilisés comme support au bien être : les ateliers esthétique et coiffure sont les principaux développés. Enfin, l'eau procure une sensation de bien-être pour les personnes porteuses d'un handicap qui sont amenées à prendre conscience de leur corps, leur respiration et leur équilibre. Les activités aquatiques peuvent avoir une visée thérapeutique tant sur le plan physique (éveil sensori-moteur, équilibre...) que psychologique (travail sur le corps, dimension relationnelle...). L'établissement possède une balnéothérapie. Très peu utilisée initialement par l'équipe du foyer de vie, cet accompagnement doit se développer avec l'apparition de nouveaux besoins des personnes handicapées vieillissantes.

Cet atelier favorise une détente musculaire et diminue les raideurs articulaires. Les personnes souffrant d'hypertonie spastique y sont particulièrement sensibles... Les multiples propriétés de l'eau offrent un environnement propice aux simulations sensorielles tactiles, visuelles, vestibulaires, proprioceptives, etc. Enfin, avec la portance de l'eau, la personne immergée va devoir réaliser de nouveaux comportements moteurs. Cette activité permet également de favoriser la liberté de mouvement, la détente et tout simplement le plaisir et le jeu.

Tous ces ateliers n'enlèvent en rien le travail déjà axé sur la socialisation et l'ouverture sur l'extérieur. Cet accompagnement est bien évidemment maintenu dans le cadre de sortie ou de support existant.

La place du soin est prépondérante dans l'accompagnement développé auprès des personnes handicapées vieillissantes. Cet aspect continuera d'être assuré par l'infirmière et le médecin de l'établissement en lien avec les centres ressources du département de la Loire.

Ces nouvelles modalités d'accompagnement ont questionné, bien évidemment, l'organisation puisqu'il m'a fallu réaménager les moyens, tant humain que matériel, au regard des nouveaux besoins repérés.

3.2 Manager et accompagner les changements de pratiques

L'accompagnement de personnes handicapées vieillissantes nécessite des réajustements conséquents dans les pratiques des professionnels. Il est donc important de veiller à mettre à leur disposition une organisation du travail, mais aussi des dispositifs de soutien professionnel.

3.2.1 Soutenir les professionnels

La connaissance, par les professionnels, des problématiques liées au vieillissement des personnes handicapées est un prérequis. En effet, il nous faut anticipés les besoins et attentes de ces personnes et pour y apporter des réponses.

Mon rôle de directeur est d'aider les professionnels à (re)trouver du sens à leur travail lorsque la population qu'ils accompagnent change. Les réunions d'équipes et groupes d'analyse de la pratique sont des espaces possibles pour exprimer des difficultés et rechercher des solutions. Cela passe aussi par : la proposition d'entretiens individuels avec les professionnels ; la mise en place d'un projet de formation continue, et enfin un partage d'expérience pour un transfert de compétences.

L'entretien annuel d'évaluation :

Dans le but d'avoir une vision précise des besoins de l'institution, l'analyse des emplois et des compétences a été indispensable. Elle vise à adapter les emplois, les effectifs et les compétences aux exigences issues de la stratégie et des modifications de l'environnement. Dans le cas du foyer de vie, il s'agira d'adapter les compétences des professionnels aux nouveaux besoins de l'établissement.

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences permet ainsi aux salariés de disposer des informations et des outils dont ils ont besoin pour accompagner l'évolution du public accueilli, mais également pour être les acteurs de leur parcours professionnel. Cela contribue en outre, à l'évolution de carrière des salariés, notamment à travers les dispositifs de formation.

Le management du projet d'adaptation de l'accompagnement du foyer de vie aux nouveaux besoins repérés passe par l'entretien professionnel. Ce dernier vise à accompagner ou assister le salarié dans ses perspectives d'évolution professionnelle (qualifications, changement de poste, promotion, ...) et identifier ses besoins de formation. L'entretien est consacré aux perspectives d'évolution professionnelle, notamment en termes de qualifications et d'emploi.

J'ai ainsi demandé à la chef de service d'inclure, dans ces entretiens, une évaluation des demandes de formation en lien avec les difficultés d'accompagnement que les professionnels rencontrent sur le terrain. Ces temps d'échange sont aussi le lieu pour faire le bilan des actions menées sur l'année N – 2 et de projeter avec le salarié de nouveaux objectifs.

Le recensement de ces besoins de formation m'ont permis ensuite de consolider le plan de développement des compétences.

Le plan de développement des compétences :

Depuis le 1er janvier 2019, le plan de développement des compétences remplace le plan de formation. Il permet aux salariés de suivre des actions de formation à leur initiative ou celle de leur employeur.

L'employeur a deux obligations en matière de formation professionnelle : l'adaptation au poste de travail et le maintien dans l'emploi des salariés ; il peut également proposer des actions qui participent au développement des compétences (article L 6321-1 du code du travail).

Dans le cadre de ce projet et au regard des besoins de formation exprimés en entretien professionnel, des thèmes m'ont semblé indispensables à mettre en place.

Dans un 1^{er} temps, j'ai souhaité organiser une formation sur « l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes ».

Les objectifs de cette formation ont été co-construits avec les professionnels éducatifs et paramédicaux, la direction et l'organisme qui a animé ce temps.

- Identifier les aspects spécifiques du vieillissement de la personne handicapée
- Adapter l'accompagnement
- Les personnes handicapées vieillissantes face à la mort
- Les professionnels face au vieillissement des personnes handicapées

J'ai rendu cette formation de 3 jours obligatoire, et voulu qu'elle se déroule tout au début du projet afin que chacun ait un niveau de compétences minimum pour concevoir les adaptations à venir. Elle a concerné l'ensemble de l'équipe éducative du foyer de vie, la psychomotricienne, la maîtresse de maison et la chef de service. J'ai introduit la formation avec les participants et l'organisme, et assisté au bilan de fin de formation. Ce dernier fait état de commentaires très positifs à la fois par le formateur mais aussi et surtout par les professionnels (bilan en ANNEXE 7).

Elle se voulait dédiée à une approche globale du vieillissement mais aussi à une volonté de s'inscrire dans une dynamique de changement. Cependant, il s'avère essentiel d'aller plus loin sur le plan des apports techniques. En effet, d'une part, l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes exige, pour les professionnels, une charge de travail quotidienne plus lourde sur le plan physique. D'autre part, les ateliers pensés autour du bien-être doivent pouvoir être portés par des personnes formés à des techniques spécifiques. Pour répondre à ces aspects inhérents à l'accompagnement des spécificités des résidents et notamment les manipulations de plus en plus importantes, j'ai inscrit au plan de développement des compétences des formations :

- Geste et postures
- Snoezelen
- Médiation par l'eau
- Dos mode d'emploi

En tant que directeur, je me dois de donner aux salariés tous les moyens pour qu'ils assurent leurs fonctions. C'est en leur offrant ces moyens là que j'assure aussi la bienveillance auprès des usagers.

Le développement de compétences des professionnels est un axe essentiel du management. Il passe bien évidemment par la formation mais également par le partage d'expériences et l'échanges de pratiques.

Partage d'expérience

L'échange des pratiques et le partage d'expérience permettent d'enrichir l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes. Chaque corps de métier apporte une expertise et une expérience qu'il tire de son domaine de compétences.

En croisant l'ensemble de ces regards, on ajuste et affine peu à peu la réponse à apporter aux besoins des publics accueillis.

Le besoin d'accompagnement autour du soin est prépondérant sur le foyer de vie. Même si l'équipe éducative est dans une posture bienveillante sur ce type d'accompagnement, il n'en reste pas moins que la technicité est un axe à développer pour apporter encore plus d'efficacité. Pour ce faire, un partage d'expérience a été mis en place avec le personnel soignant de la Maison d'Accueil Spécialisé des Jardins d'Asphodèles.

En effet, cet établissement fait parti du même site que le foyer de vie et aucun partage n'était, jusqu'alors, mis en place. J'ai donc proposé que des personnels (aides-soignants) de cet établissement soient mis à contribution pour dispenser leurs pratiques auprès des professionnels du foyer de vie. Cet encadrement a permis de développer les compétences de l'équipe éducative notamment sur les temps du quotidien (toilettes, nursing, ...). En lien avec ma collègue directrice de la MAS, j'ai donc demandé à des volontaires aides-soignantes de pouvoir se détacher sur le foyer de vie sur les temps de toilettes. Deux professionnelles de cet établissement ont donc accepté cette démarche sur une semaine. Par intermittence et roulement, elles ont participé aux levers et soins du matin sur le foyer de vie pouvant ainsi partager leur expérience avec l'ensemble de l'équipe éducative. Cette contribution a porté essentiellement sur les techniques de soins d'hygiène et de propreté telles que la toilette complète ou encore les soins de confort. Ces 2 aides-soignantes ont aussi apporté des techniques à l'équipe éducative dans l'installation et le transfert des résidents.

De plus, une collaboration a été développée avec l'EHPAD « la Providence ». Cette association consiste en l'échange de personnels. Après avoir rencontré le directeur de cet établissement et fait part de ce projet, nous avons décidé ensemble d'expérimenter cette coopération sur 2 semaines. Ainsi, 2 professionnels de l'EHPAD (aides-soignants) ont pu se familiariser avec le milieu du handicap et acquérir des connaissances pratiques pour améliorer l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes au sein de leur structure.

Réciproquement, 2 personnels du foyer de vie (1 AMP et 1 ES) ont appréhendé la prise en charge des personnes âgées. Ce partage de compétences a permis de développer les gestes et postures mais aussi les connaissances nécessaires aux repérages des signes du vieillissement. Le bilan de cette collaboration fait état de retours positifs de la part des 4 professionnels concernés tant dans la découverte de chaque milieu que sur le partage d'expériences qu'ils en ont retirés.

Ainsi, nous avons convenu de réitérer cette démarche pour l'ouvrir à d'autres salariés.

Au-delà des apports de réflexion et techniques pour mieux prendre en charge les personnes handicapées vieillissantes, il m'a fallu aussi donner les moyens matériels pour faciliter cet accompagnement.

3.2.2 Un agencement architectural avec des moyens adaptés

Les besoins des personnes handicapées vieillissantes en établissement peuvent être relatifs aux possibilités de circulation et d'usage autonome des espaces individuels et collectifs (salles de bains, salles d'activités, etc.). Ils peuvent aussi amener les professionnels à s'interroger sur l'organisation des espaces de vie (mixité des publics ou organisation d'unités de vie spécifiques pour l'accueil du public handicapé vieillissant).

Comme je l'ai décrit dans les parties précédentes, le foyer de vie est composé de 2 ailes de 10 et 11 chambres. La proposition du groupe de travail n°2 de dissocier les 2 populations sur chacune des ailes a donc été une décision logique.

Par conséquent, la création d'une aile dédiée à l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes fut évidente. En effet, l'homogénéité du groupe permet de répondre à la nécessité de calme et de sérénité évaluée dans les attentes et les besoins repérés, sans l'interférence des plus jeunes souvent trop bruyants (plan en ANNEXE 8).

Des aménagements sont à prévoir pour ce groupe afin de faciliter la mobilité des personnes handicapées vieillissantes. Dans la pièce commune, le mobilier doit être adapté et sa disposition réfléchie. J'ai donc demandé l'intervention de l'ergothérapeute du pôle. Pour faciliter les activités du quotidien, elle étudie, conçoit et aménage l'environnement pour le rendre accessible. L'objectif de ce réaménagement reste le maintien de l'autonomie de déplacement et la possibilité de circuler dans l'enceinte de la structure. Pour cela, l'environnement doit être épuré et sécurisé. Il faut éviter de changer les meubles de place car la personne handicapée vieillissante, au même titre, que la personne âgée peut avoir des habitudes de déplacements et des repères visuels. Ils lui sont indispensables et sans lesquels elle ne pourrait pas se déplacer correctement ou éviterait de se déplacer.

Pour répondre à la désorientation de plus en plus importante de cette population, la signalétique est également à repenser. L'éclairage et les sols doivent être adaptés. L'orientation spatiale doit être facilitée par des indications différentes suivant la fonction des salles (salle à manger, salle d'activité, toilettes, ...). J'ai demandé que soit adossé à toutes les portes un pictogramme permettant d'indiquer l'utilisation de la pièce. Sur chaque porte de chambre, la photo des résidents est posée.

L'éclairage a été revu avec l'ouvrier d'entretien. En effet, l'éclairage doit prendre en compte la baisse d'acuité visuelle par une augmentation du niveau d'éclairage. Les zones d'ombres et l'éblouissement sont à éviter par un éclairage diffus, des sources lumineuses multiples.

Ce travail de réaménagement de l'environnement a été rendu possible par l'expertise de l'ergothérapeute mais aussi de la psychomotricienne, sur lesquelles j'ai pris appui pour le développement structurel de cette unité.

Le réaménagement du groupe des personnes handicapées vieillissantes entraîne des coûts financiers à ne pas négliger. J'ai donc construit un plan pluriannuel d'investissement avec le directeur financier de l'association, en priorisant ce projet tout en assurant le renouvellement des biens existants. Pour ce faire, un plan détaillé a été projeté sur les 5 prochaines années en plus des renouvellements indispensables à prévoir.

La priorisation a donc été mise sur l'adaptation de ce groupe. Avec une part de 66% des investissements en 2021 et 40% en 2022, l'unité des personnes handicapées vieillissantes va se développer. Ces aménagements architecturaux seront voués à maintenir et développer l'accessibilité et la mobilité des personnes handicapées vieillissantes. Une terrasse extérieure permettra l'accès sécurisé au jardin, un mobilier adapté assurera un confort supplémentaire aux usagers.

La création d'un espace bien-être dans une salle de bain est une proposition soulevée par le groupe de travail. Ce lieu comprend déjà une baignoire calèche qui sera à changer et moderniser pour permettre à la fois un atelier bien-être, mais aussi sera facilitateur pour les professionnels dans la manipulation des résidents. Un espace détente avec musique et jeux de lumière permet de créer un endroit apaisant et relaxant. Le développement des activités autour du bien-être et du « prendre soin » passe par la mise en place de ce type d'outil.

Enfin, la rénovation des salles de bain et les changements du sol souple assureront une sécurisation en cas de chute. Les chambres ne nécessitent, à mon sens, aucun aménagement puisqu'elles sont déjà spacieuses (18 m²) et adaptées à une circulation pour personne à mobilité réduite. Des équipements supplémentaires ont aussi été budgétisés pour améliorer l'accompagnement et faciliter le travail des professionnels. En effet, des chaises douches, une signalétique interne, ... seront également mises en place.

L'ensemble de ces aménagements ont été répartis sur 3 années avec un calendrier d'exécution. J'ai ainsi fait le choix stratégique d'entamer ces investissements par la rénovation des salles de bain et le changement des sols souples puis la construction d'une terrasse extérieure. La priorisation de l'accessibilité et la sécurité ont guidé ma

décision. En effet, les revêtements de sol (qu'ils soient intérieurs ou extérieurs) doivent être adaptés à une circulation rassurante et prévenir les risques de chute liés aux difficultés motrices en lien avec le vieillissement et l'utilisation de matériels adaptés (déambulateur, fauteuils, béquilles, ...).

Tous ces investissements visent à faciliter la vie des personnes handicapées vieillissantes en leur offrant des conditions d'hébergement en lien avec leurs difficultés. Ils sont également un soutien aux professionnels dans leur fonction et ainsi concourent à un accompagnement de qualité. Après ce travail d'aménagements structurels, il a fallu créer les conditions d'accompagnement suffisantes par une organisation de travail efficiente et réajustée.

3.2.3 Une organisation de travail aux services des nouveaux besoins

Lorsque les personnes handicapées présentant des signes de vieillissement constituent une part importante de la population, l'organisation du travail et les pratiques professionnelles doivent être repensées pour correspondre aux besoins en accompagnement de cette nouvelle population.

Il s'agit de déterminer, en s'appuyant sur une réflexion collective, l'organisation du travail susceptible d'aider la structure à répondre au mieux aux besoins des personnes handicapées vieillissantes.

Il est à noter au préalable que la réorganisation de l'encadrement se fait à moyen constant. Cette information prioritaire a été donnée au groupe de travail n°3 élaborant une proposition de réadaptation des temps de travail.

Les principaux manques d'encadrement concernaient les temps de week-ends. Un renfort sur ces périodes était donc à mettre en œuvre.

La complexité de ce changement a consisté à faire cohabiter des personnels avec des contrats de travail d'internat et d'autres avec des contrats de travail d'externat (ne pouvant donc pas travailler les jours fériés et les dimanches).

Cette phase a été celle la plus complexe dans sa gestion car elle est venue heurter les conditions de travail de chaque salarié. Les résistances aux changements ont donc été les plus fortes. Même conscient du besoin de redéploiement de moyens sur les fins de semaine, une partie de l'équipe d'externat a dû être accompagnée dans sa phase d'acceptation. Au-delà du travail mis en œuvre par la chef de service, j'ai dû intervenir sur ce groupe de travail (groupe 3) d'une part pour repositionner le projet et remettre les besoins des usagers au cœur de ce dernier mais aussi afin d'affirmer la nécessité

d'adapter l'organisation aux mutations de sa population. Ma position de directeur m'a demandé alors une attitude plus directive dans cette phase du projet.

En effet, l'opposition des personnes en externat a commencé à cliver l'équipe. Il m'a fallu intervenir avant que ce phénomène n'engendre une fracture au sein même du collectif.

Ma place de directeur a aussi été d'affirmer la nécessité de revoir l'organisation du travail. Pour cela, j'ai donné des exigences et des impératifs : le renfort de personnel le WE et la répartition quotidienne en professionnels sur les 2 groupes. A partir de ces obligations, j'ai laissé libre cours aux professionnels de me faire part de leur proposition.

Je n'ai pas écarté non plus la possibilité de dénoncer les contrats de travail d'externats si aucune solution n'avait pu être trouvée.

Un travail de compromis m'a semblé plus intéressant à mener qu'une confrontation stérile pouvant engendrer des conflits inutiles. Ceci nous ramène aux attitudes dans la communication⁵⁰. Persuader l'autre, c'est utiliser vis-à-vis de lui des attitudes d'influence, de décision, d'évaluation, ou de support. Pour que l'autre se persuade, se convainc que telle solution est intéressante pour lui, réaliste et réalisable, il faut lui faire prendre conscience de cet intérêt, de ce réalisme, pour qu'il se persuade lui-même de cette chose. C'est sous cet angle que j'ai mené des temps d'échanges afin de convaincre et persuader de l'utilité de ces changements d'horaires.

Grâce à cette négociation et ce management persuasif, un scénario a pu être identifié par le groupe de travail répondant au besoin de renfort de fin de semaine. Les personnes avec des contrats d'externats travailleront, dorénavant, un samedi sur 3 et, l'équipe d'internat assurera un dimanche supplémentaire par mois.

Après avoir vérifié l'adéquation de ce planning avec la législation du travail, j'ai exposé ce dernier aux représentants de proximité pour consultation. L'adhésion du personnel et la conformité de l'outil n'ont pu soulever d'avis défavorable.

La répartition des professionnels sur le groupe des personnes vieillissante a posé également des questionnements. La lourdeur de ce groupe en termes d'accompagnement par rapport à l'autre a été relevée comme un point à ne pas négliger. Une concertation s'est alors ouverte avec l'ensemble de l'équipe.

Pour éviter de scinder l'équipe en 2, il m'a paru plus opportun que chaque professionnel soit amené à travailler sur chaque unité. Les professionnels m'ont fait alors la proposition d'une autorégulation de la répartition, au lieu d'un choix arbitraire. J'ai accédé à cette suggestion tout en développant un moyen de vérification. Afin de déterminer quotidiennement la répartition de chacun, j'ai mis en place un outil informatique.

⁵⁰ GOGUELIN P., 1992, *Le management psychologique des organisations*, t. II, p. 29-49, Esf.

Chaque journée, trois personnels doivent se trouver sur le groupe « vieillissant » et deux sur le second groupe plus autonome. Ainsi, une tablette est à disposition et chaque membre de l'équipe se positionne sur l'une ou l'autre des unités la semaine précédant la prise de poste.

Cette organisation permet à l'équipe de se responsabiliser même si il est évident que le chef de service en assure la régulation. Cet aménagement est ainsi mis en place à l'essai sur un an et sera revu en cas de dysfonctionnement.

Une fois ce travail de rééquilibrage effectué sur l'organisation éducative, le renforcement du rôle de l'infirmière m'a semblé aussi indispensable puisque c'est la seule professionnelle avec une formation médicale : seule référente santé dans une équipe exclusivement éducative. La consolidation de son rôle passe par la coordination du projet de soins. Sa présence est la garantie d'une approche globale de la personne au sein de la démarche de projet personnalisé. Elle assure le lien entre les médecins (généraliste et psychiatre) et l'équipe, l'application des protocoles de soins et leur actualisation. Elle est l'interlocuteur « santé » des partenaires : familles, professionnels du soin en libéral, hospitalier, pharmacien, prestataires en dispositifs médicaux ...

Ainsi, il est permis de constater tout au long de cet exposé que la résistance au changement est un phénomène naturel et inhérent au système de l'institution.

Le management d'un établissement suppose le développement d'une organisation susceptible de réagir aux événements et l'adaptation des compétences pour conduire, animer un projet et gérer les différentes contraintes et opportunités. La réussite du management du changement peut être fondée sur l'existence d'un objectif fédérateur et mobilisateur. Pour aider à ce changement j'ai développé un management majoritairement participatif, théorie déclinée par Patrick LEFEVRE⁵¹.

Au-delà de la réorganisation du foyer de vie et du changement de pratique, il m'a paru essentiel de développer nos partenariats afin d'éviter à l'établissement et aux professionnels de se trouver isoler dans l'accompagnement de cette population.

⁵¹ LEFEVRE P., 2003, *Guide de la fonction directeur d'établissement social et médico-social*, Paris : Dunod, p 272.

3.3 Fluidifier le parcours des personnes en développant une ouverture sur l'extérieur

La formation et la mutualisation des compétences entre les spécialistes du handicap, de la gérontologie et de la gériatrie sont un axe fort mis en avant par le groupe de réflexion sur l'avancée en âge.

Au-delà de ces possibilités de rapprochement de ces secteurs, il est important que tous les professionnels travaillant pour les personnes handicapées vieillissantes puissent se rencontrer, partager leurs expériences et collaborer autour des projets d'accompagnement.

3.3.1 Collaborer avec les établissements de proximité

La coopération avec les établissements de proximité sont en cours d'élaboration. J'ai d'ores et déjà rencontrés mes homologues directeurs (FAM « les Salles » et l'EHPAD « la Providence ») afin d'envisager des axes de collaboration. Même si l'aspect technique reste encore à finaliser, ce partenariat a pour objectifs de créer des passerelles entre les secteurs « personnes âgées » et « personnes handicapées », par le biais :

- ✓ de formations conjointes, ou croisées ;
- ✓ de stages ou échanges croisés (accueil en stage des professionnels d'un secteur dans l'établissement ou le service relevant de l'autre secteur) ;
- ✓ d'une participation conjointe à des journées d'informations, de réflexion ou d'études, permettant la confrontation d'apports théoriques et pratiques ;
- ✓ de journées portes ouvertes ou de journées festives inter-établissement.

Pour rappel, ces structures peuvent être sociales/médico-sociales et sanitaires.

Ce projet intégrera la signature d'une convention entre le foyer de vie et l'EHPAD « La Providence » et une autre entre le foyer de vie et le FAM « les Salles ». Cette coopération prévoira des temps de présence des personnels de chacune des institutions dans l'autre. Ces temps seront l'occasion pour les professionnels du foyer de vie de parfaire leur apprentissage et leur connaissance dans le repérage des signes du vieillissement. L'objectif est de repérer prématurément les signes de dépendance de façon à pouvoir, avec l'accord du résident et de sa famille, organiser une éventuelle réorientation vers l'EHPAD ou le FAM.

De plus, la mise en place d'activités communes (tel que activités physiques adaptées ou atelier cuisine) permettra d'une part aux personnels de mieux connaître la prise en charge de la population dans l'autre établissement et d'autre part aux résidents des différentes institutions de faire connaissance et éventuellement tisser des liens entre eux.

Ces rencontres et journées passées en EPHAD seront autant d'actions qui faciliteront le rapprochement des institutions et l'acceptation pour les résidents d'une entrée dans cet établissement. Enfin, cette convention prévoira des participations à des formations portées conjointement sur l'accompagnement de la personne handicapée vieillissante. Cet engagement permettra aux établissements de se rencontrer et échanger sur des préoccupations afférentes à leur quotidien.

En effet, pour les professionnels des EHPAD, le « changement de culture » est d'un autre ordre. Comme l'explique son directeur : « les personnes handicapées vieillissantes nécessitent un accompagnement renforcé dans la mesure où leurs sollicitations sont très importantes. Elles ont bénéficié tout au long de leur parcours de vie d'un suivi éducatif et d'une prise en charge permanente. Souvent isolé socialement (pas ou peu de familles), le public handicapé vieillissant a besoin d'une présence régulière, d'accompagnement pour les actes de la vie courante (achats extérieurs, rendez-vous médicaux, vacances, loisirs) ». Là encore, cela change les façons de travailler des professionnels de l'EHPAD. La connaissance de l'accompagnement réalisé au foyer de vie permettra ainsi aux professionnels de l'EHPAD d'ajuster leur prise en charge à ces spécificités.

Même si ces conventions restent encore à être finalisées, l'objectif de ce partenariat sera de créer un rapprochement des cultures pour éviter une rupture dans l'accompagnement des résidents passant du milieu du handicap à celui du secteur de la gérontologie. La fluidification du parcours de vie de l'utilisateur sera ainsi au cœur de ces actions.

3.3.2 Etre force de proposition : une cellule de veille

Au-delà du projet de réadaptation de l'accompagnement au sein du foyer de vie, mon rôle est aussi de s'assurer que le travail délivré est bien conforme aux exigences et qu'il répond aux besoins des personnes handicapées vieillissantes.

La recherche et la proposition de réponses spécifiques pour les personnes handicapées vieillissantes témoigne de la prise en compte de ce public et de ses besoins particuliers dans la démarche d'amélioration de la qualité. Ces initiatives ne constituent pas, cependant, l'aboutissement de la démarche. En effet, je pense qu'il est primordial que chaque structure s'interroge de manière régulière sur ce que ses réponses ont produit.

Ce faisant, les professionnels pourront s'apercevoir que les effets de leurs actions auprès des personnes (destinataires ou impliquées dans la mise en œuvre de l'action) peuvent être positifs ou négatifs, mais aussi attendus ou non escomptés. C'est ensuite l'analyse de ces constats qui permettra d'envisager des actions d'amélioration.

L'analyse collective et régulière des évolutions des caractéristiques des personnes accompagnées (à minima, cette analyse se fera annuellement, à l'occasion notamment

de la rédaction du rapport d'activité) est aussi impérative pour réagir aux éventuels ajustements organisationnels. Pour réaliser cette veille sur les évolutions du public accompagné, un indicateur d'alerte portant sur l'âge des usagers peut être utilisé (observation de la variation de l'âge moyen ou de la part des personnes de plus de 40 ans, de plus de 50 ans, de plus de 60 ans). Peuvent également être analysés, à la lumière de l'évolution de cet indicateur : les variations des taux d'hospitalisations, de chutes, de décès, de départs en retraite des travailleurs handicapés ; les occurrences des comportements-problèmes, les situations d'isolement relationnel, etc. Il s'agira ensuite de centraliser les sources d'informations internes permettant d'analyser les effets des réponses apportées pour adapter l'intervention aux besoins des personnes handicapées vieillissantes :

- comptes rendus de réunions interdisciplinaires sur ce thème ;
- rapports d'évaluation interne et externe ;
- comptes rendus des réunions de CVS et autres groupes d'expression participatifs ;
- résultats des consultations auprès du public handicapé vieillissant

L'identification collective et régulière des effets des réponses apportées (moyens humains et matériels mobilisés, actions initiées, procédures élaborées, pratiques mises en œuvre, partenariats développés, etc.) justifiera l'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes en ajustant le plan d'actions initialement prévu (dans le cadre de l'évaluation). Cette adaptation se fera au regard : des nouveaux besoins repérés et des constats réalisés, relatifs aux actions déjà mises en place.

Cette pensée se doit d'être portée associativement afin qu'une réponse globale soit construite. J'ai ainsi fait part de cette réflexion au directeur de territoire et me suis vu invité à présenter cette proposition en CODIR (COmité DIRecteur) auprès des directeurs des fonctions supports du siège et du Directeur Général.

Même si à ce jour aucun retour ne m'a été encore fait, je pense intéressant que cette question ait été soulevée. Au-delà de ma structure, cette problématique concerne l'ensemble des foyers de vie et structure de l'ADAPEI Loire qui se doit d'avoir une politique commune avec une stratégie collective. En effet, après des échanges avec mes collègues, la question du vieillissement du public interroge aussi leurs institutions et reste au cœur de leurs préoccupations.

3.3.3 Evaluer les actions mises en œuvre

La loi du 02 janvier 2002 permet de redéfinir l'action sociale et médico-sociale bien au-delà d'une simple révision de la loi de 1975 et oblige à reconsidérer les évolutions des établissements et des services. Si l'accent est mis sur la priorité des bénéficiaires dans

l'organisation des prestations, un des objectifs est de faire aussi évoluer les structures. Je pense ainsi que « l'évaluation est donc une opportunité stratégique pour les équipes de direction, elle ouvre la voie à de nouvelles dynamiques, elle simplifie les rapports de force internes en leur permettant de s'exprimer et de contribuer ainsi à l'évolution du système »⁵².

Selon le Guide méthodologique de la DGAS⁵³: « l'objectif de l'évaluation est de mesurer le niveau d'atteinte des objectifs que l'on s'est fixé, au travers d'un référentiel. Le constat des écarts entre la pratique et le référentiel conduit le plus souvent à des actions correctives. Leur mise en œuvre de façon pérenne s'inscrit dans une démarche qualité. La mise en œuvre d'une démarche qualité nécessite des mesures ». L'objectif poursuivi par cette démarche est d'offrir aux usagers accueillis des prestations de qualité.

L'évaluation permet une description du réel ; elle définit un état des lieux des prestations offertes et du fonctionnement de l'organisation. A partir de ce dernier, une démarche d'amélioration de la qualité pourra être engagée. Philippe DUCALET et Michel LAFORCADE précisent le lien qui se tisse entre ces deux temps : « l'évaluation et la démarche qualité présentent d'abord une différence de nature : la première est un des moyens d'atteindre la seconde. Elles obéissent également à un ordre chronologique : l'évaluation va permettre un constat qui va générer une démarche qualité qui elle-même va devoir être évaluée. »⁵⁴

Le projet de réadaptation, a pour objectif de proposer une offre de service en adéquation avec les besoins repérés auprès des personnes handicapées vieillissantes. Il repose sur des moyens comme le partenariat, le réseau, le management, la formation, la réorganisation du temps de travail, ou encore l'ajustement architectural et s'inscrit dans une temporalité. Ce projet a aussi un coût financier porté par des investissements et un coût en termes de ressources humaines puisque l'ensemble de l'équipe doit s'adapter à cette nouvelle population.

Pour toutes ces raisons, je me dois d'évaluer l'efficacité de ce projet pour garantir un accompagnement de qualité auprès des usagers en adéquation avec leurs besoins.

Aussi, je propose deux types d'outils d'évaluation qui permettront d'apprécier l'impact de ce projet : des indicateurs qualitatifs et quantitatifs. Ces critères ont été proposés au comité de pilotage avant d'être retenus et validés par cette instance (ANNEXE 9).

⁵² BOUQUET B., JAEGER M., SAINSAULIEU Y., 2007, « *Les défis de l'évaluation* » Ed Dunod, p 150.

⁵³ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/g_metho.pdf

⁵⁴ DUCALET P., LAFORCADE M., 2000, « *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales* », Paris, Seli Arslan, p 246.

Indicateurs qualitatifs :

- Afin d'évaluer l'impact de cette réorganisation auprès des usagers, la réalisation d'une enquête de satisfaction sera mis en œuvre. L'enquête entreprise lors de la phase de diagnostic sera réitérée afin d'entrevoir les évolutions et la prise en compte des besoins des personnes. Cette enquête sera aussi étendue aux familles afin d'observer si le projet a pu avoir des conséquences sur leurs proches.
- L'évaluation des projets personnalisés sera aussi un outil à prendre en compte. En effet, l'impact de l'ensemble du projet aura-t-il répondu aux différents besoins repérés dans l'étude des GEVA et de SERAFIN-PH. Pour ce faire, les réunions de projet pluridisciplinaire seront l'instance de cette appréciation.
- Enfin auprès des salariés, il me faudra aussi évaluer l'impact de ce projet sur leur approche du vieillissement. Les entretiens professionnels pourront être le lieu de cet échange permettant d'estimer à la fois les bénéfices que chacun en retire sur le quotidien mais aussi sur celui des formations et des ajustements architecturaux mis en œuvre.

A partir de chacune de ces évaluations, j'élaborerai un plan d'actions qui viendra alimenter le pilotage de ce projet et me permettront d'installer le fonctionnement de l'établissement dans une dynamique continue d'amélioration de la qualité.

Indicateurs quantitatifs :

L'évolution de plusieurs indicateurs seront à analyser afin d'envisager l'impact du projet. J'ai ainsi élaboré des critères de réussites pour chaque indicateur. Par conséquent, en fonction des attendus, des actions à prévoir devront être travaillées.

Dans l'accompagnement des résidents et de leurs familles :

Indicateur 1 : le nombre de fiches d'évènements indésirables sera analysé. Il est attendu une diminution du nombre de conflits entre résidents. En effet, l'organisation d'une unité dédiée avec un accompagnement spécifique devrait atténuer ces problèmes relationnels que ce soit sur l'un ou l'autre des groupes.

Indicateur 2 : le nombre de chute ou hospitalisation sera aussi un critère d'évaluation de la restructuration. Là aussi, une diminution sera attendue. La réorganisation architecturale interne ou externe a pour objectif une sécurisation des locaux et une adaptation à la mobilité réduite des personnes handicapées vieillissantes.

Indicateur 3 : le nombre de rencontres de CVS. L'étude des comptes rendus sera à analyser. Une stabilisation des remarques ou questionnements des familles par rapport à cette réorganisation sera attendue

Indicateur 4 : suivi du taux d'occupation. Avant la réadaptation, le taux d'occupation se situait à 98%. Il sera attendu un taux équivalent. Le nombre de réorientation permettra aussi d'analyser la réussite de la coopération établie avec l'EHPAD et le FAM.

Pour les professionnels :

Indicateur 1 : le taux d'absentéisme sera mon principal indicateur et notamment le nombre de jours d'arrêt maladie de courte et moyenne durée mais aussi le nombre d'accidents du travail. Ces chiffres me semblent être les plus représentatifs d'un mal-être au travail. Il sera attendus à minima un taux équivalent à celui d'avant la restructuration.

Indicateur 2 : le nombre de départ (mobilité ou démission) pourra traduire (mais pas que) une insatisfaction des professionnels. Très peu touché jusque-là par un turnover, il sera un critère à analyser de près tout en assurant une étude au cas par cas des motifs de ces départs.

Indicateur 3 : Plan de développement des compétences (PDC) et partage d'expérience. Je m'attacherai à analyser la réalisation du PDC avec le prévisionnel établi ainsi que le nombre de professionnels formés à la spécificité du vieillissement (en incluant les formations d'accompagnement spécifiques telles que la médiation par l'eau, snoezelen, ...) et aux risques psycho-sociaux. Le nombre de salariés ayant pu bénéficier de la convention mise en place avec l'EHPAD et le FAM sera aussi un indicateur de professionnalisation.

Un attendu de plus de 50% de personnes formées sera un critère de réussite sur l'année suivant le projet.

Sur le plan organisationnel et du management

Indicateur 1 : j'analyserai si le programme d'investissement sur les années à venir a été conforme à celui établi.

Indicateur 2 : congruence avec la planification du projet. Une analyse des écarts entre la planification prévisionnelle et celle réalisée montre déjà une discordance. En effet, la crise sanitaire (COVID) a retardé la mise en œuvre du projet, qui a par conséquent été décalé de plusieurs mois dans le temps.

L'objectif de l'ensemble de ces indicateurs est d'apprécier l'impact du projet à la fois sur les besoins des résidents non couverts jusqu'à présent mais aussi sur l'organisation globale de la structure. L'objectif est ne pas attendre l'évaluation interne et externe imposées par le législateur pour poser un regard critique et constructif sur l'accompagnement que je souhaite mettre en œuvre.

La mise en adéquation de l'offre de service avec les nouveaux besoins de la population accueillie concoure à promouvoir la bientraitance et la qualité de l'accompagnement au sein du foyer de vie.

Cette adaptation passe par le développement des connaissances sur les nécessités des personnes handicapées vieillissantes, en étant notamment à l'écoute de leurs attentes. La mobilisation des acteurs pour apporter des réponses à ces besoins doit se faire par un soutien et la formation des professionnels et par une adaptation des modalités d'accompagnement (harmonisation des interventions auprès de personnes handicapées vieillissantes, réflexion sur les conditions d'hébergement, développement de partenariat).

Enfin, l'évaluation des actions doit être régulière, c'est dans cette démarche évaluative au niveau des effets des actions conduites et mises en œuvre que le service améliorera la qualité de la prestation délivrée en s'approchant le plus possible de la satisfaction globale de l'utilisateur.

Conclusion

Le vieillissement des personnes handicapées soulève de nombreux enjeux aussi bien en termes de choix d'accompagnement qu'en termes de ressources dédiées (adaptation architecturale et compétences).

Le besoin d'adaptation des compétences et des modes d'accompagnement n'a pas encore fait l'objet d'une réponse très formalisée, sauf en gériatrie. En la matière, c'est donc la souplesse qui prévaut, permettant d'être réactif face aux imprévus et de s'adapter en continu ; cette souplesse vaut également en matière de gestion des ressources humaines.

Le vieillissement des personnes handicapées présente des signes de complexité et d'accroissement des difficultés. Il est donc nécessaire pour les professionnels de pouvoir repérer les signes de ce vieillissement. Cela passe notamment par l'observation des changements qui peuvent se manifester dans tous les domaines de vie des personnes (santé, vie sociale, ...), afin de pouvoir adapter l'accompagnement proposé et permettre une meilleure qualité de vie. En effet, l'observation régulière et pluridisciplinaire est essentielle pour, d'une part, mesurer l'évolution des potentialités des personnes handicapées vieillissantes en objectivant la situation, et d'autre part, pour proposer des interventions en adéquation avec les besoins spécifiques de cette population.

L'accueil des personnes handicapées vieillissantes au sein du foyer de vie implique la prise en compte de besoins spécifiques et une adaptation de l'accompagnement par les professionnels. Cette adaptation, à multiples composantes, peut prendre différentes formes :

- L'adaptation des activités au rythme de la personne qui évolue. Cette adaptation peut passer par le fait de proposer davantage de temps individuels pour les activités de la vie quotidienne (lever, repas, hygiène, ...), pour des accompagnements médicaux et/ou administratifs, ou tout simplement pour permettre des périodes de repos à la personne concernée.
- L'adaptation des équipements et des locaux. Cette adaptation peut passer par un réaménagement des espaces de vie, tant au niveau du mobilier (lits médicalisés, adaptation des couverts pour le repas, adaptation des fauteuils roulants, ...), que des locaux : réaménagement architectural, adaptation de la signalétique, mise en place de repères spatio-temporels avec des pictogrammes ou des photos,
- L'adaptation du type d'activité, avec une importance accordée aux soins du corps, au bien-être, à la stimulation sensorielle, au maintien des acquis, et à la prévention de la perte d'autonomie.

Accompagner le vieillissement des personnes handicapées implique aussi d'apporter des réponses diversifiées, en adéquation avec les spécificités de ce public, d'où la nécessité de recourir pour les structures à des compétences professionnelles adaptées.

- Former les professionnels à l'accompagnement de ces personnes dont les besoins évoluent afin de mieux appréhender ce public, permettant ainsi aux professionnels du champ du handicap de passer d'une logique éducative à une logique de soins et d'accompagnement, et aux professionnels du champ de la gérontologie d'être formés à l'approche du handicap. Les formations offrent également l'opportunité de redonner du sens à un travail quotidien face à une population qui change, et d'acquérir le recul nécessaire favorisant le réajustement des pratiques.
- Recourir à des partenaires, l'accueil des personnes handicapées vieillissantes oblige le plus souvent de faire appel à des partenaires extérieurs, afin de pouvoir proposer des réponses diversifiées au vu des besoins et des attentes multiples.
- L'accompagnement à la transition vers la future structure d'accueil. En effet, lorsque le maintien de la personne n'est plus possible dans la structure d'origine, et ce malgré les aménagements effectués, l'entrée et la sortie doivent se faire pour une transition la moins brutale possible.

C'est ainsi que j'ai voulu penser ce projet d'adaptation au sein du foyer de vie des Jardins d'Asphodèles. Mais au-delà de cette réorganisation, une réflexion collective devra être lancée au niveau associatif pour élaborer une réponse conjointe aux besoins de plus en plus prégnants des personnes handicapées vieillissantes. En effet, l'ADAPEI Loire se doit d'être force de proposition dans cet accompagnement qui va devenir essentiel dans les années futures.

Bibliographie

OUVRAGES

- BLOCH MA., L. HENAUT L., 2014, *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Dunod, 336 p.
- BOUQUET B., JAEGER M., SAINSAULIEU Y., 2007, *Les défis de l'évaluation*, Ed Dunod, 286 p.
- BOUTINET J-P., 2004, « *Vers une société des agendas. Une mutation des temporalités* », Paris, PUF, 260 p. (coll. Sociologie d'aujourd'hui).
- CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, Seuil, 512 p.
- DUCALET P., LAFORCADE M., 2000, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Paris, Seli Arslan, 320 p.
- ENNUYER. B, 2002, *Les malentendus de la dépendance*, Dunod, Paris, 336 p.
- GOGUELIN P., 1992, *Le management psychologique des organisations*, t. II, Esf, 191 p.
- GUERIN.S, 2007, *L'invention des seniors*, Hachette Pluriel, Paris, 208 p.
- KOTTER J et RATHGEBER H, (2008), *Alerte sur la banquise*. Pearson Education France, Paris, 144 p.
- LEFEVRE P., 2003, *Guide de la fonction directeur d'établissement social et médico-social*, Paris : Dunod, 416 p.
- LOUBAT J-R., 2014, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Dunod, 432 p.
- MORIN E, 2005, *Introduction à la pensée complexe*. Edition du seuil, 158 p.
- PUIJALON B, GAGNON. E, SAILLANT. F et al, 2003, *De la dépendance et de l'accompagnement. Soins à domicile et liens sociaux*, L'Homme, 232 p.
- ZRIBI G, 2017, *le vieillissement de personnes handicapées mentales*. Presses de l'EHESP, 176 p.

RAPPORTS

- ARRECKX M, 1979, *l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes*, Paris, Assemblée nationale, 181 p.
- AZEMA B., MARTINEZ N., 2003, *Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie, projections démographiques et aspects qualitatifs : éléments pour une prospective*. Rapport d'étude pour la DREES. Montpellier : CREAL Languedoc-Roussillon, 317 p.

- BLANC P., BERTHOD-WURMSER M, 2006, « *Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge* », rapport remis à BAS P., Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, Paris, La Documentation française, 96 p.
- BLOCH-LAINE. F, 1968, *Étude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées* », Paris, La Documentation française, 72 p.
- CLAUDEL M., (1988), *Étude du vieillissement des personnes handicapées mentales en institution spécialisée et en maison de retraite*, Rapport final et rapport abrégé, Ministère des Affaires sociales et de l'Emploi – DRASS Alsace, Strasbourg : IFPP.
- GOHET P., octobre 2013, L'avancée en âge des personnes handicapées. Contribution à la réflexion, rapport par l'Inspection Générale des Affaires Sociales. Tome 1. Paris : IGAS, 80 p.
- JEANDEL C, PFITZENMEVER P, VIGOUROUX P, 2006, *Un programme pour la gériatrie : 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir*, Paris : Ministère de la santé et des solidarités, 54 p.
- LAROQUE P., 1962, *Politique de la vieillesse*, Paris, La Documentation Française, 438 p.
- PIVETEAU. D, 2014, *Zéro sans solutions. Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches*, Tome 1, 96 p.

LES PERIODIQUES ET THESES

- ALVAREZ, S. 2014, *Prévention et vieillissement : l'expérience individuelle face à la norme contemporaine du "bien vieillir"* [en ligne]. Thèse Sociologie, Université de Grenoble, 377 p, [visité le 09.09.2020], disponible sur internet : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01145883/document>
- BOUQUET B., 2011, « *Le temps et les temporalités à défendre dans les politiques sociales et l'intervention sociale* », Dans Vie sociale (N° 4) [en ligne], p 175 à 183. [visité le 10.01.2021], disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2011-4-page-175.htm>
- GABBAÏ P., 2002, « *les équipes éducatives et soignantes face au vieillissement des personnes handicapées mentales* », les cahiers de l'actif [en ligne], n°312/313, p 27. [visité le 09.01.2021], disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-le-sociographe-2015-4-page-95.htm?contenu=article>

- GUYOT P, 2004, « *La problématique des personnes handicapées âgées* », *Gérontologie et Société* [en ligne], volume 27, n° 110, p 95 à 113. [visité le 20.10.2020], disponible sur internet :
<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2004-3-page-95.htm?contenu=resume>
- MIRAMON J-P., 2009, « *Promouvoir le changement* », *Les Cahiers de l'Actif* [en ligne], n°314-317, p 211 à 219. [visité le 15.03.2021], disponible sur internet :
<https://www.presses.ehesp.fr/wp-content/uploads/2016/03/9782859529512.pdf>

TEXTES REGLEMENTAIRES

- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES. Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, [en ligne]. Journal officiel du 1 juillet 1975. [visité le 01.07.2020], disponible sur site internet :
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGISCTA000006103115/1975-07-01/>
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES. Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, [en ligne]. Journal officiel du 1 juillet 1975. [visité le 01.07.2020], disponible sur site internet :
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000333976/>
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance [en ligne]. Journal officiel n°21 du 25 janvier 1997 [visité le 20.08.2020], disponible sur internet :
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000747703>
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DES SOLIDARITES. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [en ligne]. Journal officiel du 3 février 2002. [visité le 18.07.2020], disponible sur internet :
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460/>
- MINISTERE DE LA SANTE. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées [en ligne]. Journal officiel n°36 du 12 février 2005. [visité le 20.07.2020], disponible sur internet :
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000809647/>

- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Circulaire DGCS/SD3B/CNSA/2013/381 du 22 novembre 2013 relative à la mise en œuvre d'une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes [en ligne]. [visité le 20.08.2020], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/37704>
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement [en ligne]. Journal officiel n°0301 du 29 décembre 2015 [visité le 10.08.2020], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031700731/>

GUIDES, RECOMMANDATIONS, ETUDES

- CNSA, octobre 2010, « Aide à l'adaptation de l'intervention auprès de personnes handicapées », Dossier technique, [en ligne], [visité le 13.12.2020], disponible sur internet : https://www.cnsa.fr/documentation/Dossier_technique_PHV_BDindex.pdf
- Projet Régional de Santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028 [en ligne], [visité le 12.09.2020], disponible sur internet : https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2018-06/20180620_ARSARA_DP_PRS_0.pdf
- Recommandation CM/Rec, 2014, du Comité des Ministres aux Etats membres sur la promotion des droits de l'homme des personnes âgées. Recommandation, adressée aux 47 Etats membres « sur le vieillissement et le handicap au 21e siècle : cadres durables permettant une meilleure qualité de vie dans une société inclusive » [en ligne], [visité le 30.09.2020], disponible sur internet : https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectId=09000016805c649b
- Recommandations de l'ANESM, 2018, L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes. [visité le 20.10.2020], disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-rbpb-adaptation_personnes_handicapees_vieillissantes-interactif.pdf
- Recommandations de l'ANESM, 2014, La participation des usagers au fonctionnement des établissements et services. [visité le 20.10.2020], disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/rapport_d_enquete_participation_des_usagers_septembre2014_.pdf
- Schéma départemental de la Loire 2017-2021, [visité le 20.08.2020], disponible : https://www.loire.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/schema_autonomie.pdf

DOCUMENTS INTERNE

- Projet Associatif 2015 - 2020 ADAPEI Loire. [visité le 10.09.2020], disponible sur site internet :
<https://www.adapei42.fr/wp-content/uploads/2016/05/Adapei-loire-projet-associatif-2015-2020.pdf>
- Projet de Pôle 2016 - 2020

SITE INTERNET

- https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/g_metho.pdf
- www.adapei42.fr
- www.cairn.fr
- www.cnsa.fr
- www.dress.santé.gouv.fr
- www.legifrance.gouv.fr
- www.loire.fr
- www.presses.ehesp.fr
- www.social-santé.gouv.fr

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Tableau GEVA utilisé par ADAPEI Loire	p II
ANNEXE 2 : nomenclature SERAFIN PH et outil SERAFIN utilisé	p IX
ANNEXE 3 : Complémentarité GEVA et SERAFIN	p XII
ANNEXE 4 : Résultats GEVA « simplifié » et SERAFIN PH	p XIII
ANNEXE 5 : Questionnaire à destination des résidents et résultats	p XIV
ANNEXE 6 : Planification : Diagramme de GANTT	p XVII
ANNEXE 7 : bilan formation sur le vieillissement	p XVIII
ANNEXE 8 : Plan architectural	p XX
ANNEXE 9 : Grille d'élaboration des indicateurs de suivi et d'évaluation du projet	p XXI

ANNEXE 1 : Tableau GEVA utilisé par ADAPEI Loire

Tâches et exigences générales, relation avec autrui									
Difficulté		"sans objet" (uniquement si la personne n'est pas concernée par ce domaine d'activité pour des raisons extérieures au handicap)		"non" (c'est-à-dire aucune limitation et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle)		"oui" (c'est-à-dire les différents items du domaine sont à examiner)			
		"3" : Difficulté grave "4" : Difficulté absolue "5" : Sans objet		"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		"H" : Environnement humain "T" : Environnement Technique "L" : Logement		"S" : Services "A" : Environnement animal	
Capacité				Réalisation effective		Falicitateurs		Obstacles	
0	1	2	3	4	5				
						1.1 - S'orienter dans le temps			
						1.2 - S'orienter dans l'espace			
						1.3 - Fixer son attention			
						1.4 - Mémoire			
						1.5 - Prendre des décisions			
						1.6 - Prendre des initiatives			
						1.6.1 - Faire spontanément une demande d'aide (savoir repérer et mobiliser les ressources de son environnement si nécessaires)			
						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			
						1.7 - Gérer sa sécurité			
						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)			
						1.8 - Respecter les règles de vie			
						1.9 - Avoir des relations avec autrui conformes aux règles sociales			
						1.10 - Maîtriser son comportement dans ses relations avec autrui			
						1.10.1 - Position dans les conflits			
						1.10.2 - Respect de la distance sociale			
						1.10.3 - Etre en lien avec l'encadant			
						1.10.4 - Tolérer la frustration			
						1.11 - Relations avec ses pairs			
						1.11.1- Relations adaptées avec ses pairs			
						1.11.2- Participer à la vie de groupe			
						1.11.3 - Avoir une estime de soi et une affirmation de soi			
						1.12 - Avoir des relations affectives et sexuelles			
						1.12.1- Expression des affects et des émotions			
						Observations			
Score/capacité		Pas de difficulté		0		Difficulté grave		0	
		Difficulté légère		0		Difficulté absolue		0	
		Difficulté modérée		0		Sans objet		0	

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" (c'est-à-dire aucune limitation et aucune forme d'aide ou de compensation)		"oui" c'est-à-dire les différents items du domaine sont à examiner	
"0" Pas de difficulté "1" Difficulté légère "2" Difficulté modérée		"3" Difficulté grave "4" Difficulté absolue "9" Sans objet		"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		"H" Environnement humain "T" Environnement Technique "L" Logement "S" Services "A" Environnement animal	
Capacité		Réalisation effective		Facilitateurs		Obstacles	
0	1	2	3	4	9		
						5.1 - Faire ses courses	
						5.2 - Préparer un repas simple	
						5.3 - Faire son ménage	
						5.4 - Entretenir son linge et ses vêtements	
						5.5 - S'occuper de sa famille	
						5.6 - Gérer son budget, faire les démarches administratives	
						5.6.1 - Gérer son argent au quotidien	
						5.6.2 - Gérer son compte bancaire	
						5.6.3 - Faire des démarches administratives	
						5.7 - Vivre seul dans un logement indépendant	
						5.8 - Avoir des relations informelles de voisinage	
						5.9 - Participer à la vie communautaire, sociale et civique	
						5.9.1 - Gérer son temps libre, avoir des activités récréatives ou participer à des activités culturelles, sportives ou de loisirs	
						5.9.2 - Exprimer une demande liée à ses droits	
						5.9.3 - Participer à la vie locale	
						5.10 - Partir en vacances / Famille	
Observations							
Score/capacité		Pas de difficulté		Difficulté grave			
		0		0		0	
Difficulté légère		0		Difficulté absolue			
		0		0			
Difficulté modérée		0		Sans objet			
		0		0			

Application des connaissances, apprentissage

Difficulté		"sans objet" (uniquement si la personne n'est pas concernée par ce domaine d'activité pour des raisons extérieures au handicap)		"non" (c'est-à-dire aucune limitation et aucune forme d'aide ou de compensation)		"oui" (c'est-à-dire les différents items du domaine sont à examiner)			
"0" Pas de difficulté		"3" Difficulté grave		"A" Activité réalisée seule, sans aide humaine et sans difficulté		"H" Environnement humain			
"1" Difficulté légère		"4" Difficulté absolue		"B" Activité réalisée partiellement avec l'aide d'un tiers et/ou sur sollicitation et/ou avec une difficulté partielle		"T" Environnement Technique			
"2" Difficulté modérée		"9" Sans objet		"C" Activité réalisée avec l'aide répétée d'un tiers et/ou avec une surveillance continue et/ou avec une difficulté régulière		"L" Logement			
"D" Activité non réalisée									
Capacité				Réalisation effective		Faillites		Obstacles	
0	1	2	3	4	9				
						6.1 - Lire			
						6.1 - Ecrire			
						6.3 - Calculer			
						6.4 - Acquérir un savoir-faire			
						6.5 - Appliquer un savoir-faire			
Score/capacité									
		Pas de difficulté		0		Difficulté grave		0	
		Difficulté légère		0		Difficulté absolue		0	
		Difficulté modérée		0		Sans objet		0	
Observations									

	pas de difficulté	difficulté légère	difficulté modérée	difficulté grave	difficulté absolue	sans objet	
tâches et exigences générales, relation avec autrui	0	0	0	0	0	0	participation sociale
relation avec autrui	0	0	0	0	0	0	
mobilité, manipulation	0	0	0	0	0	0	autonomie
entretien personnel	0	0	0	0	0	0	santé
communication	0	0	0	0	0	0	autonomie
vie domestique et vie courante	0	0	0	0	0	0	
Application des connaissances, apprentissage	0	0	0	0	0	0	
tâches et exigences relatives au travail	0	0	0	0	0	0	
Total capacité global	0	0	0	0	0	0	

Nomenclature des besoins

1.1 et 1.1.1 - Besoins en matière de santé somatique ou psychique

- 1.1.1.1 - Besoins en matière de fonctions mentales, psychiques, cognitives et du système nerveux
- 1.1.1.2 - Besoins en matière de fonctions sensorielles
- 1.1.1.3 - Besoins en matière de douleur
- 1.1.1.4 - Besoins relatifs à la voix, à la parole et à l'appareil bucco-dentaire
- 1.1.1.5 - Besoins en matière de fonctions cardio-vasculaire, hémato-poïétique, immunitaire et respiratoire
- 1.1.1.6 - Besoins en matière de fonctions digestive, métabolique, endocrinienne
- 1.1.1.7 - Besoins en matière de fonctions génito-urinaires et reproductives
- 1.1.1.8 - Besoins en matière de fonctions locomotrices
- 1.1.1.9 - Besoins relatifs à la peau et aux structures associées
- 1.1.1.10 - Besoins pour entretenir et prendre soin de sa santé

1.2 et 1.2.1 - Besoins en matière d'autonomie

- 1.2.1.1 - Besoins en lien avec l'entretien personnel
- 1.2.1.2 - Besoins en lien avec les relations et les interactions avec autrui
- 1.2.1.3 - Besoins pour la mobilité
- 1.2.1.4 - Besoins pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité

1.3 - Besoins pour la participation sociale

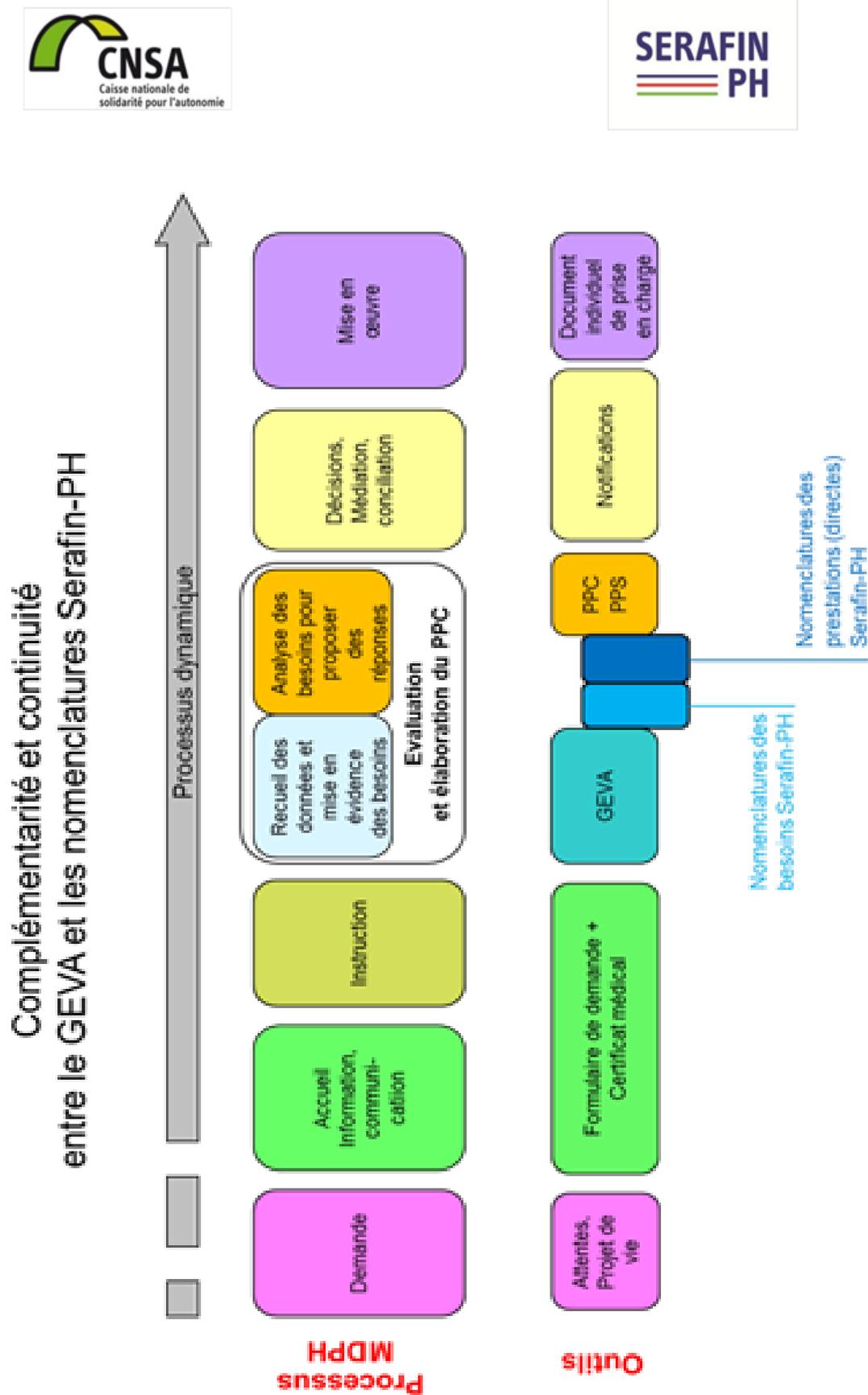
- 1.3.1 - Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté
 - 1.3.1.1 - Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté
- 1.3.2 - Besoins pour vivre dans un logement et accomplir les activités domestiques
 - 1.3.2.1 - Besoins pour vivre dans un logement
 - 1.3.2.2 - Besoins pour accomplir les activités domestiques
- 1.3.4 - Besoins pour participer à la vie sociale et se déplacer avec un moyen de transport
 - 1.3.4.1 - Besoins pour participer à la vie sociale
 - 1.3.4.2 - Besoins pour se déplacer avec un moyen de transport
- 1.3.3 - Besoins pour l'insertion sociale et professionnelle et pour exercer ses rôles sociaux
 - 1.3.3.1 - Besoins en lien avec la vie scolaire et étudiante
 - 1.3.3.2 - Besoins en lien avec le travail et l'emploi
 - 1.3.3.3 - Besoins transversaux en matière d'apprentissages
 - 1.3.3.4 - Besoins pour la vie familiale, la parentalité, la vie affective et sexuelle
 - 1.3.3.5 - Besoins pour apprendre à être pair-aidant
- 1.3.5 - Besoins en matière de ressources et d'autosuffisance économique
 - 1.3.5.1 - Besoins en matière de ressources et d'autosuffisance économique

Besoins	Niveau*
Besoins en matière de santé somatique ou psychique	
1.1.1.1 - Besoins en matière de fonctions mentales, psychiques, cognitives et du système nerveux	
1.1.1.2 - Besoins en matière de fonctions sensorielles	
1.1.1.3 - Besoins en matière de douleur	
1.1.1.4 - Besoins relatifs à la voix, à la parole et à l'appareil bucco-dentaire	
1.1.1.5 - Besoins en matière de fonctions cardio-vasculaire, hématopoïétique, immunitaire et respiratoire	
1.1.1.6 - Besoins en matière de fonctions digestive, métabolique et endocrinienne	
1.1.1.7 - Besoins en matière de fonctions génito-urinaires et reproductives	
1.1.1.8 - Besoins en matière de fonctions locomotrices	
1.1.1.9 - Besoins relatifs à la peau et aux structures associées	
1.1.1.10 - Besoins pour entretenir et prendre soin de sa santé	
Besoins en matière d'autonomie	
1.2.1.1 – Besoins en lien avec l'entretien personnel	
1.2.1.2 – Besoins en lien avec les relations et les interactions avec autrui	
1.2.1.3 – Besoins pour la mobilité	
1.2.1.4 – Besoins pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité	
Besoins pour la participation sociale	
1.3.1.1 – Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté	
1.3.2.1 – Besoins pour vivre dans un logement	
1.3.2.2 – Besoins pour accomplir les activités domestiques	
1.3.3.1 – Besoins en lien avec la vie scolaire et étudiante	
1.3.3.2 – Besoins en lien avec le travail et l'emploi	
1.3.3.3 – Besoins transversaux en matière d'apprentissages	
1.3.3.4 – Besoins pour la vie familiale, la parentalité, la vie affective et sexuelle	
1.3.3.5 - Besoins pour apprendre à être pair-aidant	
1.3.4.1 - Besoins pour participer à la vie sociale	
1.3.4.2 – Besoins pour se déplacer avec un moyen de transport	
1.3.5.1 Besoins en matière de ressources et d'autosuffisance économique	-

Pour remplir ce support merci d'utiliser les éléments de légende suivants :

NE : non évalué ; PBR : pas de besoin repéré ; + : besoin présent ; ++ : besoin important ; +++ : besoin très important

ANNEXE 3 : Complémentarité du GEVA et des nomenclatures SERAFIN-PH



ANNEXE 4 : Scores des GEVA et nomenclatures SERAFIN PH

NOM	GEVA					SCORE GEVA	BESOINS SPECIFIQUES					SCORE Besoins spécifiques	SCORE TOTAL
	pas de difficulté	difficulté légère	difficulté modérée	difficulté grave	difficulté absolue		Pas nécessité	nécessité légère	nécessité modérée	nécessité importante	nécessité absolue		
	0	0	0	15	13	97	0	0	0	2	3	90	187
	7	1	3	9	10	74	0	0	1	4	0	70	144
	7	3	3	2	13	67	0	1	0	3	1	70	137
	10	3	3	4	7	49	0	0	1	3	1	75	124
	5	4	3	7	9	67	0	1	2	2	0	55	122
	3	0	6	11	9	81	0	4	0	1	0	35	116
	8	2	1	9	8	63	1	1	1	1	1	50	113
	9	2	5	6	7	58	0	2	0	3	0	55	113
	3	4	2	10	9	74	1	2	1	1	0	35	109
	5	1	3	8	11	75	2	2	0	1	0	25	100
	12	2	2	5	7	49	1	1	1	2	0	45	94
	12	3	1	7	5	46	1	1	1	2	0	45	91
	9	1	4	7	8	62	2	2	0	1	0	25	87
	9	2	1	6	11	66	1	2	1	0	0	20	86
	9	2	0	6	12	68	3	1	1	0	0	15	83
	7	5	5	6	6	57	4	1	0	0	0	5	62
	11	3	7	4	4	45	2	3	0	0	0	15	60
	12	3	2	6	6	49	3	2	0	0	0	10	59
	9	5	5	3	7	52	4	1	0	0	0	5	57
	11	2	5	8	3	48	4	1	0	0	0	5	53
	16	1	4	2	7	43	4	1	0	0	0	5	48

ANNEXE 5 : Questionnaire à destination des résidents

Aux Jardins d'Asphodèles, nous travaillons sur un projet pour les personnes qui deviennent âgées. Je voudrais connaître ton avis sur le vieillissement, et j'aimerais savoir si tu as besoin (ou non) de changements dans ton quotidien. Pour cela, je souhaite te poser quelques questions.



Tu peux répondre de la façon qui te convient le mieux :

- soit en donnant ta réponse (« plutôt oui » ou « plutôt non ») et en expliquant ce que tu souhaites dire. J'écrirai ta réponse sur la feuille.
- soit en montrant une des images (pouce vert quand tu veux dire « plutôt oui » et pouce rouge pour dire « plutôt non»). Je placerai l'image correspondante sur la feuille.

Question 1 :

Est-ce que tu te sens bien au foyer ?

Si tu réponds « Plutôt oui », peux-tu m'expliquer pourquoi ?

.....

Si tu réponds « Plutôt non », peux-tu me dire pourquoi ?

.....

Question 2 :

Comment te déplaces-tu dans l'établissement ?

Est-ce que tu as des facilités pour te déplacer ?.....

Si tu réponds « Plutôt oui », peux-tu m'expliquer pourquoi ?

.....

Si tu réponds « Plutôt non », peux-tu me dire pourquoi ?

.....

Question 3 :

Dans quel environnement préfères-tu manger ? (Pièce calme avec peu de personnes, salle de réfectoire, autre...)

.....

As-tu une ou plusieurs remarques concernant le temps du repas ?

.....

.....

Question 4 :

Aimes-tu les activités auxquelles tu participes ?

Si tu réponds « Plutôt oui », lesquelles ?

.....

.....

Si tu réponds « Plutôt non », pourquoi ne les aimes-tu pas ?

.....

.....

Si tu as répondu « Plutôt non », à quelles activités souhaiterais-tu participer et pourquoi ?

.....

.....

Question 5 :

Globalement, te sens-tu fatigué(e)?.....

Si tu réponds « Plutôt oui », qu'aimerais-tu faire quand tu es fatigué(e) ? De quoi aurais-tu besoin ?

.....

.

Si tu réponds « Plutôt Non », qu'as-tu envie de faire ?

.....

Question 6 :

Est-ce que tu préfères vivre dans un groupe où il y a de l'animation ou plutôt sur un groupe calme ?

.....

Pourquoi ?

.....

.....

Question 7 :

Penses-tu que tu es une personne âgée ?.....

Si tu réponds « Plutôt oui », qu'est-ce qui te fait dire cela ?

.....

.....

Si tu réponds « Plutôt non », peux-tu expliquer pourquoi ?

.....

.....

Question 8 :

A ton avis, qu'est-ce qu'une personne âgée ?

.....

.....

Selon toi, de quoi a besoin une personne âgée ?

.....

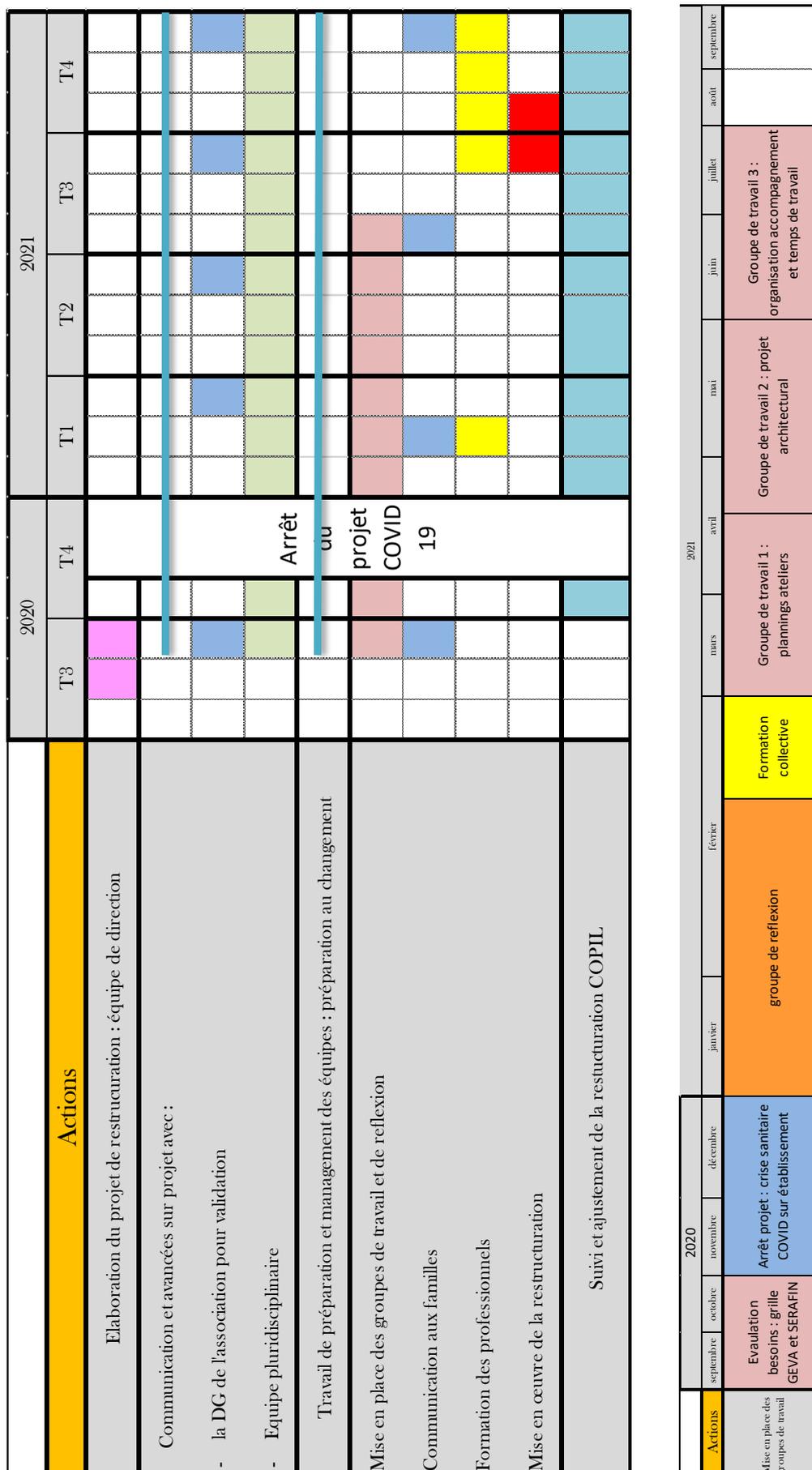
.....

Je te remercie pour ta participation, je vais étudier tes réponses pour savoir comment travailler notre projet. Je vais pouvoir comprendre comment tu vois le vieillissement.

Résultats des questionnaires

<u>Question 1</u>	85% des résidents déclarent se sentir bien dans leur lieu de vie. Une personne exprime son mal-être, mais elle évoque plutôt un motif familial.
<u>Question 2</u>	65% des résidents âgés de plus de 55 ans se disent en difficultés dans leur déplacement au sein du foyer de vie.
<u>Question 3</u>	57% des résidents préfèrent manger dans un contexte de groupe et dans une salle assez animée (ils sont âgés de 26 à 32 ans). Les autres préfèrent un lieu calme avec peu de monde. Il s'agit des personnes les plus âgées.
<u>Question 4</u>	57% des résidents déclarent aimer les activités auxquelles ils participent. Il s'agit des personnes jeunes ayant une bonne autonomie. 28% des résidents (ils sont âgés de 50 et 70 ans) ont répondu qu'ils aimeraient faire moins d'activités.
<u>Question 5</u>	71% des personnes expriment de la fatigue et ont pu verbaliser leur besoin de repos. 30% des personnes (elles sont âgées 26 et 30 ans) ne se disent pas fatiguées et aimeraient continuer à participer à des activités dynamiques.
<u>Question 6</u>	56% des usagers (ils sont âgés de 42 à 70 ans) préféreraient vivre sur un groupe calme, alors que 44% aimeraient vivre sur un groupe où il y a de l'animation. Ces résidents ont de 26 à 39 ans.
<u>Question 7 et 8</u>	91% de l'ensemble des personnes interrogées n'est pas en mesure de donner une définition de la personne âgée. Seule la personne la plus âgée a pu expliquer quelle était sa représentation du vieillissement.

ANNEXE 6 : planification : Diagramme de GANTT



ANNEXE 7 : bilan formation

Intitulé du stage : L'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes

Dates : 11, 12, 13 février 2021

Durée : 3 JOURS (21 HEURES)

Formateur SOPHIE PETRICH

Lieu : LES JARDINS D'ASPHODELES - MABLY 42300

Composition du groupe	Moniteurs éducateurs, éducateurs, AMP				
Objectifs	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifier les aspects spécifiques du vieillissement de la personne handicapée 2. Adapter l'accompagnement 3. Les personnes handicapées vieillissantes face à la mort 4. Les professionnels face au vieillissement des personnes handicapées 				
Approche pédagogique et déroulement	<p>Alternance de théorie et de rapprochements concrets issus d'expériences de terrain</p> <p>Apport conséquent de connaissance sur les effets liés au vieillissement, leurs conséquences sur l'accompagnement</p> <p>Interactivité et réflexion collective</p> <p>Bilan avec la direction</p>				
Supports utilisés	Des supports variés : Diaporamas, bibliographie, films, paperboard et livret de stage				
Perception du groupe (dynamique, participatif...)	Très bonne dynamique ; Groupe agréable, très impliqué et très motivé, réceptif et clair dans ses attentes et demandes. Investissement réel de chacun.				
	Entre les stagiaires :	Ambiance appréciée par les stagiaires qui ont beaucoup échangé			
	Entre le formateur et les stagiaires ?	Echanges très constructifs basés sur les règles éthiques			
Cohérence des attentes avec les objectifs de formation proposés	<p>Beaucoup d'informations données, 3 jours intenses, qui amènent les professionnels à porter un autre regard sur leur posture professionnelle en faveur de la personne handicapée vieillissante.</p> <p>Avec la possibilité de mettre en place des activités nouvelles à organiser ; par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> - accompagner autrement lors d'une douche « thérapeutique », véritable temps d'animation; la toilette – douche de 45 mn est possible dans le cadre d'une réorganisation. - réaliser des activités flash sur une courte durée pendant les différents temps de la journée et selon l'organisation repensée. <p>Prise de conscience de la nécessité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de restructurer l'organisation, la façon de s'adapter, d'être avec le groupe des résidents vieillissants, de sortir de « l'activisme ». - du deuil de l'éducatif impactif lié au ralentissement du rythme de ces vieillissants - de prendre en compte les troubles du comportement dans le cadre des démences, de la: mise en place de grilles douleur, agitation etc Contenu de la formation bien adapté. <p>Beaucoup de support écrit à mettre en place (fiches douleur, alimentation, agitation et cris et protocoles).</p> <p>Mise en place d'activités d'animation adaptées.</p> <p>Des solutions trouvées face aux difficultés liées aux déficiences sensorielles notamment auditives et visuelles qui entraînent des troubles du comportement.</p> <p>Réflexion sur la nouvelle organisation.</p>				
Adaptation du stage à la pratique professionnelle	Beaucoup de supports et outils utiles pour leur quotidien. Les stagiaires repartent avec des clés qu'il leur reste à mettre en œuvre.				
Les objectifs prévus dans le cahier des charges ont été traités :	Intégralement	Partiellement	Complété	Adapté	Commentaires
Objectif 1 :	x				
Objectif 2 :	x				
Objectif 3 :	x				
Objectif 4 :	x				
Autres besoins de formation identifiés lors de la prestation	Voir leurs fiches				

Identification d'actions d'améliorations collectives à mettre en œuvre	Développer l'évaluation douleur Réfléchir et mettre en place la nouvelle organisation avec le groupe des personnes vieillissantes
Identification d'actions individuelles à mettre en œuvre	Changer sa posture avec le public vieillissant en ce qui concerne le rythme Avoir en tête les risques de déficit sensoriel, de douleur
Proposition d'indicateurs et modalités de suivi de ces actions	voir dans 6 mois et un an l'impact

FORMASSAD – 43 rue Beaubourg - 75003 Paris- Tél 01 40 06 01 26 – Fax 01 34 29 22 65 - E-mail : contact@formassad.fr –
www.formassad.fr

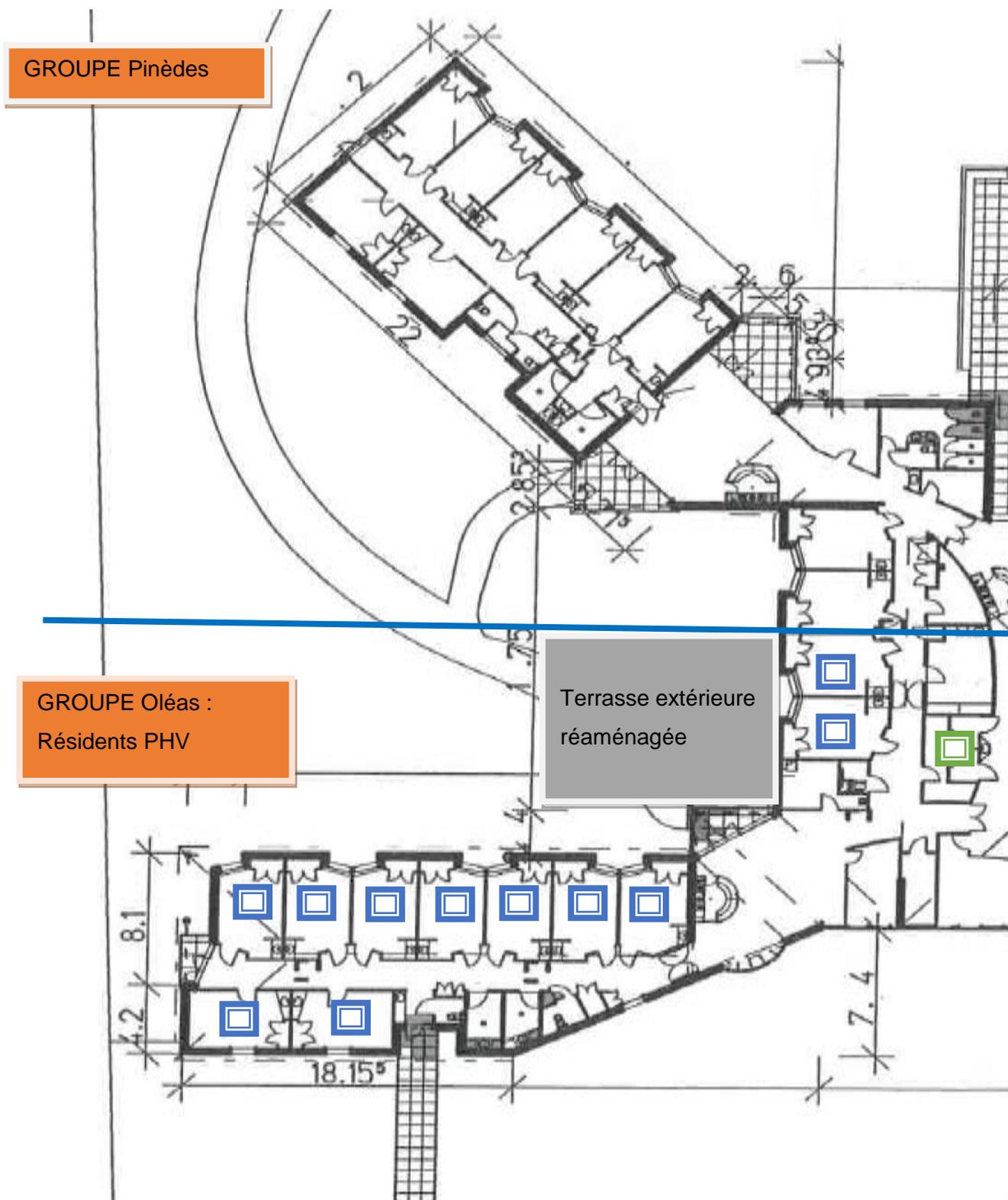
SARL au capital de 60 000 € - Organisme Formateur N° 11 75 38 193 75 - N° SIRET: 450 583 679 000 52 - Code APE 804 C

Bilan général, commentaires	Excellente formation, locaux calmes et agréables. Merci à Monsieur Demaison, pour son accueil, sa disponibilité et sa présence au début et au bilan de la formation. Merci aux professionnels pour leur investissement. Bilan très positif.
------------------------------------	---

Par cette note, en toute authenticité et brièveté, nous espérons contribuer à votre information.

En vous priant de croire en notre objectif de vous apporter toute satisfaction,
Christine SEGURET, gérante, avec l'approbation du formateur.

ANNEXE 8 : plan architectural de la réadaptation



ANNEXE 9 : indicateurs évaluation

MISSIONS IMPARTIES Art. L311-1 du CASF	OBJECTIFS (En termes d'effets pour le bénéficiaire)	CRITERES DE REUSSITE	SOURCE / ELEMENTS DE PREUVE
«Actions d'assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, y compris à titre palliatif»	Prendre en compte les besoins repérés de la population dynamique et jeune : besoin en lien avec les relations et les interactions avec autrui	INDICATEUR 1 – Evolution des PPI et Evolution des scores GEVA et Besoins SERAFIN INDICATEUR 2 - : Evolution du nombre de FEI	Compte rendu de l'évaluation par l'équipe pluridisciplinaire (Projet personnalisé) FEI transmises par équipe éducative
	Prendre en compte les besoins repérés de la population vieillissante : besoin en lien avec l'entretien personnel, besoin pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité, besoin pour entretenir et prendre soin de sa santé	INDICATEUR 3 – Evolution des PPI INDICATEUR 4 – Nbre personnels formés pour cet accompagnement INDICATEUR 5 – Evolution des scores GEVA et Besoins SERAFIN INDICATEUR 6 - réaménagement locaux et Plan investissement INDICATEUR 7 - Satisfaction exprimée par les usagers INDICATEUR 8 – communication tuteur, famille, partenaires	Compte rendu de l'évaluation par l'équipe pluridisciplinaire (Projet personnalisé) Fiche d'émargement de formation Compte rendu de l'évaluation par l'équipe pluridisciplinaire Plan chambre et tableau investissement Recueil de la satisfaction par questionnaire Compte rendu CVS, livret accueil, projet établissement, plaquette de présentation

<p>« Actions éducatives, médico-éducatives, médicales, thérapeutiques, pédagogiques et de formation adaptées aux besoins de la personne, à son niveau de développement, à ses potentialités, à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge. »</p>	<p>Offrir des activités source d'épanouissement</p>	<p>INDICATEUR 9 – Nouveau planning d'activité</p> <p>INDICATEUR 10 – Nouveau planning de travail</p> <p>INDICATEUR 11 - Satisfaction exprimée par les usagers</p> <p>INDICATEUR 12 – communication tuteur, famille, partenaires</p>	<p>Emploi du temps</p> <p>Cycle de travail</p> <p>Recueil de la satisfaction par questionnaire</p> <p>Compte rendu CVS, livret accueil, projet établissement, plaquette de présentation</p>
<p>« Etablir des coopérations avec d'autres établissements et services sociaux et médico-sociaux pour organiser une réponse coordonnée et de proximité aux besoins de la population dans les différents territoires, dans un objectif de continuité et de décloisonnement des interventions sociales et médico-sociales réalisées au bénéfice des personnes accueillies ou accompagnées. . »</p>	<p>Eviter l'isolement social</p>	<p>INDICATEUR 13 – Nbre de conventions signées avec partenaires extérieurs</p>	<p>Archivage des conventions signées</p>

DEMAISON

Mathieu

Novembre 2021

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement
ou de service d'intervention sociale**
ETABLISSEMENT DE FORMATION : ENSEIS Management

**ADAPTER L'ACCOMPAGNEMENT D'UN FOYER DE VIE AUX BESOINS DE LA
PERSONNE HANDICAPEE VIEILLISSANTE**

Résumé :

Le vieillissement de la population des personnes handicapées est comparable à celui de la population générale. Ce vieillissement soulève de nombreux enjeux aussi bien en termes de choix d'accompagnement qu'en termes de ressources dédiées.

L'accueil des personnes handicapées vieillissantes au sein d'un foyer de vie implique la prise en compte de ces nouveaux besoins spécifiques.

Mon objectif est ainsi de repenser les modalités d'accompagnement aux vues des nécessités des personnes handicapées vieillissantes, et ainsi éviter un éventuel risque de maltraitance lié à une prise en charge inadéquate.

Aussi, une évaluation de ces besoins m'a amené à reconsidérer le fonctionnement du foyer de vie face à l'avancée en âge des résidents.

Une adaptation nécessaire, tant structurelle qu'organisationnelle, a été alors mise en avant, tout en assurant la continuité de parcours, par le développement de partenariats et de coopérations.

Mots clés :

PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES, ADAPTATION, ORGANISATION, FOYER DE VIE, ACCOMPAGNEMENT, BESOINS, PARTENARIAT, COOPERATION, PARCOURS

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.