



EHESP

Directeur d'Etablissement Social

et

Médico Social public

Promotion : **2007 - 2008**

Date du Jury : **Décembre 2008**

**La convention tripartite levier de
changement pour les personnes
handicapées âgées.**

**L'exemple de la Résidence Départementale d'Accueil
et de Soins de Mâcon.**

Damien BRUGGEMAN

Remerciements

« Mon rôle n'est pas de transformer le monde, ni l'homme, je n'ai pas assez de vertus, ni de lumière pour cela. Mais il peut être de servir, à ma place, quelques valeurs sans lesquelles, un monde même transformé, ne vaut pas la peine d'être vécu sans lesquelles un homme même nouveau ne vaudra pas la peine d'être respecté ».

Albert CAMUS

Dans cette expérience humaine forte et enrichissante me demandant de puiser dans de nombreuses ressources, découvertes au fond de moi au fur et à mesure de cette formation, j'ai une pensée particulière :

- Pour Madame Sylvie SEVERAC, Directrice adjointe de la Résidence Départementale d'Accueil et de Soins de Mâcon, Maître de stage qui tout au long de ces huit mois m'a apporté conseils, éclairages et connaissances tout en me laissant une grande autonomie d'action.
- Pour Monsieur Patrick TOUVENOT, directeur de la Résidence Départementale d'Accueil et de Soins de Mâcon, pour sa clairvoyance et sa propension à mener des projets.
- Pour l'ensemble des cadres de santé et les responsables d'unités qui ont participé activement à mon questionnement.
- Pour toute l'équipe administrative qui m'a apporté des réponses avisées à mes nombreuses interrogations.
- Pour le personnel de la Résidence Départementale d'Accueil et de Soins de Mâcon sans qui je n'aurais pas pu mener à bien mes missions.
- Aux résidents de cet établissement pour qui donner du sens à l'action prend tout son sens.

Sommaire

Introduction	1
1 La personne handicapée âgée à la croisée des secteurs du handicap et de la vieillesse.....	7
1.1 Les personnes handicapées âgées : une définition aux contours incertains.....	7
1.1.1 Définir la personne handicapée âgée	7
1.1.2 La précocité du vieillissement des personnes handicapées : mythe ou réalité ?	10
1.1.3 Le statut financier de la personne handicapée âgée	13
1.2 La convergence des secteurs : une volonté sociétale.....	14
1.2.1 Deux exemples de convergence au niveau national : la CNSA et le corps de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social.....	14
1.2.2 La prise en compte de la convergence dans les départements désormais chef de file de l'action sociale.....	16
1.2.3 L'établissement pour personnes âgées à la croisée de plusieurs secteurs.....	18
1.3 La convention tripartite : un outil garantissant la qualité de l'accompagnement.	19
1.3.1 Accompagner le changement dans les établissements pour personnes âgées ou de la réforme de la tarification des EHPAD à la loi du 2 janvier 2002.	19
1.3.2 Un changement budgétaire dans la gestion de l'établissement : la nouvelle tarification au service du projet de la personne.	21
1.3.3 Une difficile triangulation : accompagnement de qualité, besoin du résident et la réalité sur le terrain.	23
2 La RDAS : de l'hospice à l'accompagnement individuel.....	27
2.1 La Résidence Départementale d'Accueil et de Soins de Mâcon (RDAS) : une vieille dame de 168 ans.....	27
2.1.1 1840-1995 de l'asile à la résidence	27
2.1.2 1995-2008 : l'entrée de la RDAS dans le secteur médico-social.....	28
2.1.3 La RDAS aujourd'hui en quelques chiffres	29

2.2	Le secteur des personnes handicapées : le vieillissement de la population aux foyers des luminaires : quelle perspective d'avenir en réponse aux désirs des personnes accueillies ?	31
2.2.1	Les personnes âgées au Foyer d'Accueil Médicalisé.....	31
2.2.2	Le vieillissement des personnes au foyer de vie	33
2.2.3	Répondre aux attentes des personnes accueillies aux Luminaires.....	34
2.3	L'accueil en EHPAD, des personnes handicapées âgées : aller au-delà du simple hébergement	36
2.3.1	Les Cèdres : un lieu de vie original mais obsolète	36
2.3.2	Le foyer B : le prolongement d'un FAM	38
2.3.3	Les apports de la deuxième convention tripartite pour les personnes handicapées âgées.	40
3	Manager le changement : le métier de directeur	45
3.1	S'appuyer sur la contractualisation pour initier la démarche qualité dans l'établissement	45
3.1.1	La qualité, fil rouge de l'accompagnement	45
3.1.2	Tirer un bilan du passé et afficher ses intentions	47
3.1.3	Les conditions d'un engagement réussi	48
3.2	Manager les ressources humaines : un gage de qualité	48
3.2.1	Favoriser la mutation entre les services, une stratégie de gestion.....	49
3.2.2	La formation : pour créer une dynamique.....	50
3.2.3	L'arrivée de nouveaux professionnels pour enrichir la qualité des prestations	51
3.3	La communication : un élément stratégique	52
3.3.1	Un incontournable : la communication interne	52
3.3.2	Créer un dialogue avec les instances de l'établissement et les résidents.....	53
3.3.3	L'établissement dans son environnement	54
	Conclusion	57
	Bibliographie	59
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

- AAH** : Allocation aux Adultes Handicapés
- AGGIR** : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
- AMP** : Aide Médico Psychologique
- ANESMS** : Agence Nationale de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale
- ANFH** : Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier
- ANGELIQUE** : Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne pour les Usagers de l'Etablissement.
- APA** : Allocation Personnalisée d'Autonomie
- ARH** : Agence Régionale de l'Hospitalisation
- AS** : Aide soignant
- ASE** : Assistant Socio Educatif
- ASH** : Agent des Services Hospitaliers
- CA** : Conseil d'Administration
- CASF** : Code de l'Action Sociale et des Familles
- CCAH** : Comité national de Coordination de l'action en faveur des personnes handicapées
- CHSCT** : Comité d'Hygiène, de Sécurité et de Condition de Travail
- CIH** : Classification Internationale du fonctionnement, du Handicap et de la santé
- CLIC** : Centre Local d'Information et de Coordination
- CNESMS** : Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale
- CRAM** : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
- CREAI** : Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées
- CTE** : Comité Technique d'Etablissement
- CNSA** : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
- CVS** : Conseil de la Vie Sociale
- DDASS** : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DGAS** : Direction Générale de l'Action Sociale
- DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- EHESP** : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
- EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour personnes Agées Dépendantes
- ETP** : Equivalent Temps Plein
- FAM** : Foyer d'Accueil Médicalisé
- FHF** : Fédération Hospitalière de France
- FPH** : Fonction Publique Hospitalière
- GCSMS** : Groupement de Coopération Sanitaire, Social et Médico-Social

GIR : Groupe Iso Ressource
GMP : GIR Moyen Pondéré
HID : Enquête Handicaps-Incapacités-Dépendances
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
MDPH : Maison Départementale de la Personne Handicapée
ME : Moniteur Educateur
ODAS : Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PCH : Prestation de Compensation du Handicap
PMP : Pathos Moyen Pondéré
PSD : Prestation Spécifique Dépendance
PRIAC : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
RDAS : Résidence Départementale d'Accueil et de Soins de Mâcon

Introduction

«Les débilés profonds mouraient presque tous à l'adolescence. Ils atteignent maintenant l'âge mûr et nous aurons dans dix ou quinze ans, de grands handicapés du troisième âge.» Cette première prise de conscience de la nouvelle longévité des personnes handicapées est attribuée à René LENOIR¹ en 1974.

32 ans plus tard, le Sénateur des Pyrénées-Orientales Paul BLANC, dans son rapport de 2006² sur la longévité accrue des personnes handicapées vieillissantes, insiste sur le «**véritable défi**» que représente, pour notre société, leur accompagnement. La prise en charge de ces êtres constitue en effet aujourd'hui une problématique et un enjeu sanitaire, social et médico-social de tout premier plan.

La réalité démographique des personnes en situation de handicap est en pleine évolution. Déjà en 2002, les statistiques issues de l'enquête Handicaps Incapacités Dépendances (HID) diligentée par l'Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE) recensaient 635 000 personnes³ handicapées vieillissantes, dont 267 000 âgées de plus de soixante-sept ans. Ainsi au sein des établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes adultes mais aussi dans le milieu dit «*ordinaire*», les personnes handicapées vieillissantes constituent une nouvelle catégorie émergente, liant la problématique de la dépendance à celle de la vieillesse et du handicap.

L'allongement de l'espérance de vie explique cette progression, aujourd'hui généralisé à l'ensemble de la population et tout particulièrement en faveur des personnes handicapées de naissance. Longtemps bien en dessous des personnes dites «*valides*», l'espérance de vie des personnes handicapées s'est considérablement améliorée ces trente dernières années, grâce aux progrès de la médecine mais aussi par des accompagnements dans la vie quotidienne plus adaptés en fonction des pathologies et en proposant des réponses appropriées et individuelles au regard de la diversité des situations de handicaps et de la multiplicité des parcours de vie des personnes

¹ LENOIR R., 1974, *Les exclus : un français sur 10*. Paris : Edition du Seuil, 173p.

² BLANC P., 11 juillet 2006, *Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge*. Rapport remis à Monsieur Philippe BAS Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille.

³ DRESS, décembre 2002 : *les personnes handicapées vieillissantes, une approche de l'enquête HID*. Etudes et résultats n°204. Ce chiffre doit se lire au regard de la définition suivante : Personne de 40 ans ou plus qui représente au moins une déficience survenue avant l'âge adulte et une incapacité survenue avant l'âge de 20 ans.

handicapées vieillissantes. « *Il n'y a pas de solution unique dans la réponse au vieillissement des personnes handicapées. Un établissement spécialisé peut parfois correspondre aux besoins de certains, tout comme l'intégration dans une maison de retraite classique ou le maintien à domicile peuvent être envisagés.*»⁴ Ce constat contribue à renouveler totalement la question des situations de handicap en matière de dispositifs d'accompagnement, de représentations collectives, de politiques sanitaires et sociales et de citoyenneté.

Malgré de timides tentatives de réformes, le système français demeure très cloisonné. La vieillesse et le handicap font l'objet de deux politiques publiques bien distinctes, entraînant des prises en charge différentielles, en particulier au niveau des institutions, et ce malgré des modifications législatives importantes comme la loi n°2005-102 du 11 février 2005⁵. La création de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)⁶ en 2004, illustre également un début de convergence entre ces deux secteurs, restant cependant très fragmentaire.

Simultanément, de nouvelles politiques d'action sociale se sont mises en place dans les départements qui en ont, depuis les lois de décentralisation, la responsabilité. Grand nombre de Conseils Généraux, lors de l'élaboration de leurs schémas départementaux en faveur des personnes adultes en situation de handicap, ont pris en compte cette problématique et ont tenté d'y apporter des solutions. Par exemple, une enquête interne du Conseil général de Saône-et-Loire, réalisée en 2005 sur l'évaluation des besoins d'accueil ou d'accompagnement pour personnes handicapées âgées auprès des établissements du département, laisse entrevoir sur la période allant de 2005-2019 que 583 personnes handicapées auront plus de 60 ans. Ce chiffre est probablement sous estimé car il ne prend pas en compte les personnes à domicile ou en établissements psychiatriques.

C'est dans ce contexte que je me suis intéressé lors de mon stage de professionnalisation à la Résidence Départementale d'Accueil et de Soins (RDAS) de Mâcon, aux personnes handicapées âgées accueillies au sein de cet établissement multi

⁴ LAROQUE G., février 1995, *Rapport du groupe de travail sur le vieillissement des personnes handicapées* mis en place dans le cadre du Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées, pp 5.

⁵ Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, Loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, Journal Officiel n°36 du 12 février 2005, p 2353.

services. De part sa longue histoire « *hospiciale* », la RDAS a toujours été au carrefour du secteur du handicap et des personnes âgées. La diversité des populations accueillies explique la singularité de l'histoire de cet ancien hospice départemental.

Ainsi, hormis son secteur gérontologique formé pour près de la moitié des résidents, de personnes handicapées âgées (100 places), son secteur du handicap est constitué d'un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) dont une forte proportion a plus de 50 ans, plusieurs résidents ayant même plus de 60 ans, et d'un Foyer de vie soumis à la même problématique. L'augmentation de cette population amène la direction de l'établissement à de nombreux questionnements, tant sur le plan des compétences professionnelles des agents, que de l'inadaptation des locaux et de la nécessité de développer des projets de services adaptés aux besoins des personnes.

Une autre donnée décisive ayant orienté mon questionnement autour des personnes handicapées âgées a été, dans le cadre de la réforme de la tarification des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), la signature début avril 2008 pour le secteur gérontologique de la RDAS de la deuxième convention pluriannuelle tripartite. Celle-ci, en dehors de l'aspect conventionnel de contractualisation avec le Conseil Général de Saône-et-Loire et la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) en faveur des personnes âgées, possède tout un volet sur l'accompagnement des personnes handicapées âgées. Elle reconnaît ainsi l'existence « *expérimentale* » d'un secteur personnes handicapées âgées en service d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « *spécialisé* ».

Au regard de tous ces éléments, mon interrogation est donc la suivante : en quoi l'axe développé envers les personnes handicapées âgées, dans la seconde convention tripartite, peut-il constituer un levier de changement et d'amélioration dans l'accompagnement des personnes accueillies à la RDAS non seulement sur les deux services recevant des personnes handicapées âgées mais aussi sur l'ensemble de l'établissement ?

Ce mémoire a pour ambition de démontrer que la convention tripartite, habituellement au service du secteur des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, peut aussi être une contractualisation au service des personnes

⁶ Etablissement public créé par la loi du 30 juin 2004 et modifié par la loi du 11 février 2005, dont la mission est de financer l'accompagnement de la perte de d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

handicapées âgées. Au delà de ses objectifs, la réflexion globale qu'elle amène au sein d'un établissement multi services et donc multi cultures professionnelles permettra d'insuffler une dynamique de changement dans un seul but : la qualité du service. La volonté de la direction se traduit donc en ces termes : continuer le travail d'abandon de l'image négative de l'hospice, et faire de la diversité des populations accueillies un atout pour la structure. L'enjeu majeur étant d'être le garant d'un accompagnement spécifique pour chacune des personnes prises en charge.

Il me semble que l'intérêt de ce travail réside dans la mise en avant de l'ensemble des compétences demandées à un directeur d'établissement, animateur d'une équipe de direction. Tout d'abord la gestion dans toutes ses dimensions, qu'elle soit : financière, du personnel, économique ou patrimoniale. Les fonctions de management et de communication sont aussi développées. Enfin la capacité d'élaboration des projets, que doit avoir un responsable d'établissement (organisationnels et architecturaux) et les stratégies de développement internes et externes que celui-ci va développer pour mener à bien ses missions sont mises en avant.

D'un point de vue méthodologique, ce travail s'appuie sur des recherches bibliographiques diverses (livres, revues spécialisées, rapports administratifs, textes de loi) que ce soit dans le domaine du handicap mais aussi dans le secteur des personnes âgées. Il est basé, également, sur des rencontres avec différents partenaires autour de ce sujet (autorités de tarification, professionnels, associations, représentants des familles). Le recueil des données s'est organisé autour d'observations directes, de conduite d'entretiens, d'un questionnaire et de visites d'établissements⁷.

De plus, lors de mon cursus de formation continue, deux sessions de formation à l'Ecole Nationale des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) sur « *le vieillissement des personnes handicapées et adaptations des prises en charge* » expériences en France et en Europe ont abondé ma réflexion.

Si l'on s'accorde, aujourd'hui sur la réalité d'apporter une réponse adaptée aux personnes handicapées âgées, il n'en demeure pas moins que celles-ci se situent encore à la croisée de deux secteurs, le monde du handicap et celui des personnes âgées, avec l'ensemble des problèmes liés à ce positionnement (I).

⁷ Voir annexe 1 : Questionnaire / Guide pour les entretiens autour de la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes ou âgées en Saône et Loire.

La prise en compte de ce phénomène au sein de la Résidence Départementale d'Accueil et de Soins avec la signature de la nouvelle convention tripartite entraîne de nombreuses modifications dans l'accompagnement des personnes déjà touchées par l'âge mais aussi pour les futures. (II). Pour autant, la question du devenir de ces personnes ne se réduit pas dans le seul choix du mode d'hébergement mais fait appel à un profond questionnement sur l'ensemble des réponses apportées par l'établissement et là, le rôle du directeur est primordial (III).

1 La personne handicapée âgée à la croisée des secteurs du handicap et de la vieillesse

Les personnes handicapées âgées se situent au cœur d'une problématique sociale d'actualité « *en pleine évolution* »⁸. Toute la difficulté réside sur l'exactitude d'une définition pour cette population positionnée à la croisée de deux secteurs liés à l'âge et au handicap (1.1). Parallèlement, la convergence des secteurs semble maintenant acquise que ce soit au niveau national ou départemental (1.2). Elle commence à faire de timides apparitions dans les établissements. Pour autant, l'adaptation d'outil comme la convention tripartite en faveur de cette population émergente demeure encore expérimentale (1.3).

1.1 Les personnes handicapées âgées : une définition aux contours incertains

Il y a plus de 30 ans « *la loi du 30 juin 1975 [ignorait] les personnes handicapées vieillissantes* »⁹, peu d'études projectives étaient produites et la question ne se posait pas ou peu¹⁰. Les personnes handicapées semblaient disposer d'une espérance de vie limitée.

Depuis ces 10 dernières années, de nombreuses enquêtes et écrits ont mis en évidence l'augmentation de la moyenne d'âge de la population handicapée et donc une profonde amélioration de leur espérance de vie. Les raisons sont dues aux progrès de la médecine et aussi à la qualité des prises en charge. Ainsi, la problématique des personnes handicapées âgées devient prégnante, d'où l'importance de s'accorder sur une définition et de clarifier leur statut.

1.1.1 Définir la personne handicapée âgée

Évoluant au cœur d'une société où les questions liées au handicap et à la dépendance prennent une acuité de plus en plus importante du fait de l'accroissement du nombre de personnes touchées, définir la personne handicapée âgée devient complexe.

A l'heure actuelle, il n'existe pas en France, de définition légale. Il s'agit donc d'opérer un découpage sémantique et de concilier trois notions bien distinctes : le handicap (A), la vieillesse (B) et la dépendance (C).

⁸ BLOCH-LAINE JM, 2003, in *Les personnes handicapées âgées, où en est-on ?* Paris, CCAH, L'harmattan, pp 20.

⁹ GOUGEON P, 2003, in *Les personnes handicapées âgées, où en est-on ?* Paris, CCAH, L'harmattan, 2003, pp 7.

¹⁰ LENOIR R., 1974, *Les exclus : un français sur 10*. Paris : Edition du Seuil, 173p.

A) Le handicap

Le terme de handicap n'est énoncé que tardivement dans le droit français. C'est avec la loi du 23 novembre 1957 relative au reclassement des travailleurs handicapés que ce mot apparaît et sera repris 18 ans plus tard dans la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 marquant la reconnaissance de la notion de handicap mais sans aucune réelle définition.

En 1980, en s'inspirant fortement des travaux de Philip Wood, l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) met en place une Classification Internationale du Handicap (C.I.H). Celle-ci distingue clairement trois notions. **La déficience**, qui correspond à « *la perte de substance ou l'altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique* ». **L'incapacité**, qui répond à « *la réduction partielle ou totale, résultant d'une déficience, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon, ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain* ». **Le désavantage**, qui convient à « *la limitation ou l'empêchement de l'accomplissement d'un rôle normal, dans une société donnée, en rapport avec l'âge, le sexe et les facteurs sociaux-culturels* ».

Cette classification a fortement inspiré l'administration française dans l'arrêté du 4 mai 1988 fixant la nomenclature des déficiences, incapacités, désavantages. Elle a également inspiré l'élaboration du guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées¹¹.

Il faut attendre la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (art 2-1°) pour avoir enfin une réelle définition du handicap : « *constitue un handicap au sens de la présente loi toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne, en raison d'une altération substantielle durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* »¹². Cette définition donnée par la loi française se rapproche de celle donnée par la Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la Santé depuis 2001. Celle-ci définit le handicap à partir de l'observation des limitations rencontrées par la personne pour réaliser les différentes activités quotidiennes et sociales, ses difficultés à mener une activité et sa restriction de participation dans le cadre de l'environnement dans lequel elle évolue. « *Le handicap est d'autant plus difficile à appréhender lorsqu'il est cumulé avec*

¹¹ Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, Décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993 relatif au guide barème applicable pour l'attribution de diverses prestations aux personnes handicapées et modifiant le code de la famille et de l'aide sociale, le code de la sécurité sociale, JO du 6 novembre 1993, p 15383.

¹² Codifié dans le CASF (art L.114)

l'âge»¹³. La société française a en effet tendance, passé 60 ans, à ne plus considérer les personnes comme handicapées mais comme âgées.

B) Le vieillissement des personnes handicapées

Il existe de nombreuses définitions de la vieillesse. Pour l'OMS c'est un « *processus graduel et irréversible de modification des structures et des fonctions de l'organisme résultant du passage du temps* ». Celui-ci est complexe, plus ou moins lent et progressif, impliquant de nombreux facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.

Les personnes handicapées ont toujours eu une espérance de vie réduite par rapport aux personnes dites « *valides* », même si cet écart tend à se réduire significativement depuis quelques décennies. En référence, les travaux de messieurs CARTER et JANCAR¹⁴ en 1983 avançaient les chiffres suivants : en 1930, l'espérance de vie des hommes handicapés mentaux était de 19,9 années et celle des femmes de 22 ans. En 1980 on passait respectivement à 58,3 années pour les hommes et à 59,8 années pour les femmes. Plus près de nous, en 1991, les résultats des recherches du docteur Philippe GABBAI¹⁵ pour la fondation John BOST viennent corroborer ces tendances. En comparant l'espérance de vie entre deux périodes (1972-1979) et (1980-1990), il constate que pour toutes catégories de handicaps confondues, l'espérance de vie augmente de 12 ans passant de 48 ans à 60 ans. Cette étude met en avant que la plus longue espérance de vie bénéficie aux malades mentaux et déficients moyens et légers, puisqu'elle est supérieure à 70 ans et que les déficients mentaux profonds dépassent les 50 ans.

Ainsi le vieillissement est un fait inéluctable, entraînant des limitations fonctionnelles progressives. Les personnes handicapées n'échappent pas à ce mouvement général mais leur vieillissement est spécifique, qualifié de « *vieillesse précoce* ». Il représente ce décalage entre l'âge où apparaîtraient des manifestations de vieillissement et l'âge attendu normalement pour ces manifestations¹⁶.

¹³ De MALLEVOUE D., 2006, in *Le défi de la prise en charge des handicapés vieillissants*, Paris, Le Figaro, 14 juillet 2006.

¹⁴ CARTER G., et JANCAR J, 1983, *Mortality in the mentally handicapped : a 50 year study at the Stoke Park group of hospitals (1930 – 1980)*, Journal of mental deficiency research, p 27, pp 143-156

¹⁵ Docteur Philippe GABBAI, psychiatre, ancien directeur des services médicaux de la Fondation John BOST, La Force, Dordogne, France.

¹⁶ AZEMA B., MARTINEZ N., (2003), *les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie, projections démographiques et aspects qualitatifs*, Rapport d'étude pour le DRESS, Ministère des affaires sociales du travail et de la solidarité – Ministère de la santé et la famille et des personnes handicapées. CREAI Languedoc-Roussillon, Montpellier, 317p.

C) Handicap et dépendance

Si la différence entre handicap et vieillissement semble marquée, l'une relevant d'une problématique sociale, l'autre davantage sanitaire, cette distinction tend à s'estomper avec l'avancée en âge des personnes handicapées voyant leurs modalités de prise en charge se rapprocher de celles des personnes âgées. Ce rapprochement est opportun mais, il résulte d'une fusion problématique entre les notions de handicap et de dépendance.

Il existe en effet une distinction fondamentale entre ces deux termes qui, s'ils sont liés n'en sont pas pour autant équivalents. La dépendance se définit comme « *la difficulté à accomplir les actes de la vie quotidienne dans les conditions environnementales dans lesquelles la personnes se trouve* »¹⁷, ou pour reprendre la définition du dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement : « *La dépendance est la subordination d'une personne à une autre personne, ou à un groupe, famille ou collectivité* »¹⁸.

La dépendance des personnes âgées est actuellement évaluée par la grille AGGIR¹⁹. Mais celle-ci s'avère peu adaptée aux personnes handicapées mentales, dans le sens où elle prend en compte essentiellement l'aspect physique. Il devient, dès lors, indispensable de distinguer les personnes handicapées âgées des personnes âgées devenant handicapées. Le problème de la dépendance n'est d'ailleurs pas celui du handicap.

1.1.2 La précocité du vieillissement des personnes handicapées : mythe ou réalité ?

Comme tout un chacun, les personnes handicapées sont confrontées à différentes formes de vieillissement que nous définirons comme « **classique** ». Ces avertisseurs du temps qui passe sont normaux et la majorité des personnes en situation de handicap manifesteront, les mêmes expressions dues à l'âge que pour les vieillissants dits « *valides* ». Toutefois, le fait que la personne soit atteinte d'une déficience ou maladie mentale peut entraîner une difficulté de dépistage. Par exemple, les personnes handicapées ne se rendent pas toujours compte de la baisse de leur acuité visuelle. Il en est de même pour les capacités auditives. Sont déjà reconnues les difficultés de dépistage et d'acceptation de ces déficiences auprès de personnes ayant toutes leurs

¹⁷ Fondation de France, 2000, *Jusqu'au bout du chemin*, édition ENSP, p131.

¹⁸ ENNUYER B., 2004, *Les malentendus de la dépendance*, in *.Vieillesse et citoyenneté*, colloque inter académique Paris, Créteil, Versailles.

¹⁹ La grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) constitue un *outil destiné à évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique*, des demandeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dans l'accomplissement de leurs actes quotidiens.

facultés intellectuelles. Il se pose donc la question du dépistage chez les personnes handicapées.

L'accès aux dispositifs de prévention, de dépistage et de soins montre aussi des manques persistants. Les difficultés ne sont pas toutes d'ordre organisationnel. « *Elles tiennent pour partie de la singularité de la situation de handicap et des difficultés de communication qu'elle introduit souvent dans la rencontre* »²⁰.

Les personnes handicapées sont aussi soumises à un **vieillessement** que l'on pourrait qualifier de **particulier**. Il est inhérent à leurs conditions de vie. En effet, la prise à long terme de médicaments de type neuroleptiques, les troubles associés tels que l'épilepsie, les activités physiques insuffisantes ou les états d'immobilité prolongée, l'alimentation difficile ou déséquilibrée, la prise en grande quantité de boissons alcoolisées, de tabac, la non-stimulation des acquis ou encore l'isolement social et affectif peuvent accélérer le processus.

Il conviendrait donc d'employer le terme de **vieillessement précoce** avec une extrême prudence. La précocité d'une détérioration sur le plan physique, cognitif ou psychologique n'est que relative. Les personnes handicapées, en raison des multiples problématiques liées à leur handicap, ne représentent pas un groupe homogène. Le vieillissement précoce semble être au sens biologique et physique du terme exceptionnel. « *Il est difficile de fixer avec précision de telles bornes tant les variations individuelles sont importantes* »²¹. De nombreuses citations peuvent en témoigner : « *Le vieillissement pourrait être moins précoce dans les institutions les mieux adaptées aux besoins des handicapés*²² » ; « *Même pour des pathologies similaires, il y a des variations parfois importantes de l'âge d'apparition des premiers signes de vieillissement*²³ » ; « *La réalité de la précocité du vieillissement est manifeste pour certaines pathologies (la trisomie « 21 », certains syndromes d'arriérations mentales profondes, les phénomènes d'usure précoce particuliers aux handicaps moteurs) et non pour d'autres*²⁴ ».

Le constat du vieillissement est souvent trop hâtivement porté. Selon P. GABBAY, « *il n'en demeure pas moins qu'il est fréquent d'observer des phénomènes de régression plus ou moins intenses, plus ou moins rapides, survenant entre 40 et 60 ans et que l'on baptise à tort vieillissement précoce* ». « *Nous devons rechercher les causes réelles de ce*

²⁰ AZEMA B., MARTINEZ N., (2003), *Les personnes handicapées vieillissantes : espérance de vie et de santé ; qualité de vie*. Revue française des affaires sociales, Une revue de la littérature pp. 297- 326.

²¹ Voir ci-dessus.

²² LIBERMAN R., 1987, Le vieillissement des handicapés mentaux en C.A.T, Réadaptation, n°339.

²³ C.R.E.A.I Languedoc-Roussillon, 1988, vieillir en C.A.T. Recherche sur le vieillissement des personnes handicapées travaillant en C.A.T. Doc. Ronéo.

²⁴ GABBAY P., 1998, Processus et modalités de l'avancée en âge des personnes handicapées mentales et physiques, le colporteur, Mars 1998, n°345, pp. 2-5

prétendu vieillissement. On s'apercevrait alors que, dans certains cas, les comportements régressifs constatés ont à voir avec la dépression, la perte de désir, un traumatisme affectif, une attitude défensive²⁵ ». Il est donc dangereux d'entretenir cette notion de vieillissement précoce des personnes handicapées qui risquerait de masquer des carences de prises en charge. « Il est trop facile d'attribuer à la nature même des individus des insuffisances de leur environnement et de démissionner devant un effet de vieillissement au lieu d'en chercher la cause et d'y apporter remède²⁶ ».

Pour autant, toutes les personnes handicapées ne sont pas concernées par un vieillissement prématuré. Il serait plus judicieux de parler de **vieillissement spécifique** lié à certaines pathologies ou d'un **vieillissement différentiel** dû aux différents modes de vie, aux événements de la vie voire à la multitude d'origines et de caractéristiques du handicap. « Autant d'éléments qui alimentent des trajectoires toujours singulières dans leur apparente similitude²⁷ ».

Enfin, il pourrait être repris comme définition de la personne handicapée vieillissante, celle proposée par Nathalie MARTNEZ et Bernard AZEMA : « Une personne handicapée vieillissante est une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap (quelle qu'en soit la nature ou la cause) avant que de connaître les effets d'un vieillissement. La situation du handicap a donc précédé le vieillissement ».

D'ailleurs, le seuil de 60 ans ne trouve pas aujourd'hui de véritable justification pour la majorité des personnes handicapées orientées en établissement le plus souvent depuis leur enfance. Il correspond essentiellement aux règles du Code de la sécurité sociale concernant l'âge minimum de la retraite et sans lien avec la personne handicapée vivant en institution. En revanche le couperet des 60 ans a une incidence réelle sur les ressources de ces personnes.

²⁵ REBOUL H., NICOLAS C., MARKT A., 1995, *Vieillir en foyer de vie ou ailleurs ?* Prix Gerse 1995, Atelier Denis Cordelier, Dardilly, p 34

²⁶ GOUPIL G., 2001, Actes de la Journée nationale du Comité National de Coordination de l'Action en faveur des Personnes Handicapées mentales vieillissantes, l'Harmattan, Paris, 5 décembre 2001.

²⁷ AZEMA B. et MARTINEZ N., 2003, *Les personnes handicapées vieillissantes : espérance de vie et de santé ; qualité de vie*, Revue française des affaires sociales, Une revue de la littérature pp390.

1.1.3 Le statut financier de la personne handicapée âgée

Malgré les progrès significatifs²⁸ amenés par la loi du 11 février 2005, l'avancée en âge des personnes handicapées soulève encore un certain nombre de difficultés sur leurs ressources.

Avant cette loi, les personnes handicapées hébergées dans une maison de retraite dite « *classique* » se voyaient, de manière générale, appliquer les règles d'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées. Le statut spécifique aux personnes handicapées, disparaissait après 60 ans. Ainsi le statut de l'établissement d'accueil prévalait sur celui de la personne, afin de déterminer le régime d'aide sociale dont elle devait bénéficier. Or, cette situation était défavorable aux personnes handicapées, dans la mesure où le régime d'aide sociale à l'hébergement spécifique lié aux établissements leur étant réservés s'avère plus avantageux que celui applicable aux personnes âgées. En effet, de part le règlement départemental d'aide sociale, la famille d'une personne âgée peut être tenue de contribuer à son hébergement au titre du recours aux obligés alimentaires. A contrario, cette règle ne s'applique pas aux parents d'une personne handicapée hébergée dans un établissement social ou médico-social.

Depuis cette loi, une personne handicapée de plus de 60 ans peut conserver le bénéfice du régime d'aide sociale à l'hébergement lui étant spécifique lorsqu'elle est hébergée dans un établissement pour personnes âgées. Cette mesure est soumise à deux conditions, non cumulatives : soit avoir été accueillie dans un établissement ou suivie par un service pour personnes handicapées adultes, soit avoir un taux d'incapacité au moins égal à 80 % lorsqu'elle n'a pas été accueillie ou suivie par un service pour personnes adultes handicapées. La loi précise que ce dispositif s'applique aux personnes handicapées déjà hébergées en maison de retraite au moment de son entrée en vigueur (13 février 2005) dès lors qu'elles remplissent l'une des deux conditions prévues pour en bénéficier.

Les personnes âgées sont aussi soumises à quatre cas de recours en récupération des sommes versées par les services du département : en cas de retour à meilleure fortune, contre le donataire et le légataire, contre la succession du bénéficiaire, sans aucune exception en faveur de certains héritiers. En revanche, les sommes versées par le département pour le compte d'une personne handicapée ne sont récupérables qu'à l'encontre de sa succession à la condition que ses héritiers ne soient pas ses parents, son conjoint, ses enfants, la ou les personnes ayant assumé sa charge effective et constante.

²⁸ La loi du 11 février 2005 a pris l'engagement de supprimer dans un horizon de 5 ans, toute distinction en matière de compensation et d'aide sociale à l'hébergement, entre personnes handicapées en fonction de l'âge.

Enfin, la somme minimale mensuelle laissée à la disposition des personnes handicapées après paiement de leur contribution à leurs frais d'entretien et d'hébergement en foyer est de 30% du montant de l'Allocation aux Adultes Handicapés²⁹ (AAH), soit environ 188 euros, contre environ 75 euros, 12 % du minimum vieillesse³⁰, pour les personnes âgées.

Il y a en France une situation paradoxale de déconnexion des politiques publiques en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées et dans le même temps une volonté de convergence des deux secteurs, cette situation générant encore pour les personnes handicapées âgées, un statut hybride et problématique.

1.2 La convergence des secteurs : une volonté sociétale

Le secteur social, médico-social s'est construit lors des années 70, face au monde sanitaire en développant une culture forte de l'accompagnement en opposition à la culture du soin. L'évolution de la société et la demande des résidents, familles, personnes handicapées, d'une prise en charge globale, d'une logique de parcours et de structure entraînent un rapprochement inéluctable de ces deux secteurs. Cette évolution est aussi accélérée par des enjeux financiers. Les prémices de ce changement s'effectuent tant sur le plan national que dans les établissements sans oublier le rôle de plus en plus important des Conseils généraux.

1.2.1 Deux exemples de convergence au niveau national : la CNSA et le corps de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social.

C'est dans cette logique de convergence que s'est créée la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) issue de la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et handicapées. Sa mission est de financer et de coordonner les actions en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. La solidarité nationale et des crédits d'assurance maladie destinés aux personnes âgées ou handicapées constituent ses ressources. La CNSA contribue au financement des aides individualisées par les conseils généraux dans le cadre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et la Prestation de Compensation du Handicap (PCH). Elle a participé à l'installation dans chaque département d'une Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Garante de l'égalité de traitement sur le tout le territoire.

²⁹ Taux maximum de l'AAH au 1^{er} janvier 2008 pour une personne n'ayant pas d'autre ressource : 628,10 euros.

³⁰ 628.10 Euros au 1^{er} janvier 2008.

Elle répartit des crédits destinés au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées ou handicapées. Au niveau local, la CNSA accompagne la mise en place de la programmation prévisionnelle pluriannuelle, des Programme Interdépartemental d'ACcompagnement de la perte d'autonomie (PRIAC) par les services de l'Etat en régions, en lien avec les départements et les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH). Ainsi, pour la première fois en France, une politique publique instaure une prise en charge de la perte d'autonomie qu'elle soit liée à l'âge ou au handicap.

Sur le terrain, les nouveaux directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ont aussi été soumis à cette mouvance. *« Avec le vieillissement de la population et la nécessaire médicalisation qui l'accompagne, le développement de pathologie du type Alzheimer, les personnes handicapées vieillissantes, on se rend compte qu'il y a une interdépendance entre le sanitaire et le social alors même que les secteurs restent très cloisonnés »*³¹. La décision de réunir les deux corps de direction, au delà de l'opportunité de revaloriser un statut doit permettre de mutualiser les moyens entre établissements. Tout ceci allant dans le sens de l'article 13 de la loi du 11 février 2005, qui prévoit la convergence des prestations dans cinq ans en supprimant ainsi la discrimination par l'âge. Il faudra donc, comme le préconisait M. Patrick GOHET, délégué interministériel aux personnes handicapées, *« mutualiser les dispositifs, les rendre complémentaires, en travaillant sur les rapprochements possibles, mais sans oublier que c'est la dissociation entre le médical et le social qui a permis de sortir les handicapés d'un milieu hospitalier totalement inadapté à leur situation*³²».

La convergence n'est pas qu'une question réglementaire. Converger n'est pas non plus fusionner : les spécificités des secteurs doivent être respectées. En 2010, les institutions seront-elles prêtes ? Quelles stratégies auront elles élaborées ? Une organisation territoriale peut-elle exister ? Des financements spécifiques seront-ils mis en place ? Les secteurs, les métiers et les dispositifs devront se rapprocher sur des territoires. *« La question de la convergence des dispositifs destinés aux personnes âgées et ceux destinés aux personnes handicapées doit être prise en considération dans*

³¹ COLLETTE M F., 2006, DHOS, in, compte rendu d'une table ronde organisée par l'association D3S, *« directeur demain : des évolutions de la formation, du métier, du statut »*, vendredi 31 mars 2006, ENSP, Rennes.

³² GOHET P., 2005, délégué interministériel aux personnes handicapées, Table ronde Géronto Expo 2005, in *« comment penser la convergence entre les secteurs des personnes âgées et des personnes handicapées »*

*l'élaboration des projets de territoires. Ceux ci doivent permettre la pleine expression des projets de vie des personnes, quelles qu'elles soient*³³.».

Ainsi, le rôle du directeur s'approche désormais plus de celui d'un manager que du technicien. Cette fusion devrait lui permettre d'avoir un impact plus important auprès des interlocuteurs locaux.

1.2.2 La prise en compte de la convergence dans les départements désormais chef de file de l'action sociale.

Depuis quelques années le rapprochement des deux secteurs, personnes âgées / personnes handicapées, s'est mis en place au sein de différents départements. Cette convergence s'appuie sur le fait que les Conseils Généraux, en tant que gestionnaires de l'APA, ont dû installer sur leurs territoires les moyens nécessaires pour évaluer les besoins des personnes âgées dépendantes. Parallèlement, la loi du 11 février 2005, en instaurant la PCH en même temps que les MDPH, invite les départements à effectuer une démarche similaire avec semble-t-il, au demeurant, un objectif affiché de rapprochement des politiques de soutien aux personnes âgées et aux personnes handicapées, le tout orchestré par la CNSA.

Le mécanisme d'attribution de l'APA avec l'évaluation des besoins et l'établissement d'un plan d'aide, le suivi de ce dernier a de nombreuses similitudes avec la PCH. L'équipe pluridisciplinaire de la MDPH fait le même type de travail que l'équipe médico-sociale affectée aux personnes âgées. Ces analogies interrogent sur les possibilités d'une mutualisation ou d'un rapprochement des équipes dans les organisations.

Sur l'ensemble des départements³⁴ interrogés lors de l'enquête de l'Observatoire national De l'Action Sociale décentralisée (ODAS), ceux-ci pensent qu'il faut s'appuyer sur les Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC), dont la mission originelle était l'accueil, l'orientation, l'information voire l'évaluation des besoins des personnes âgées, pour étendre leurs missions et devenir des antennes ou des relais de proximité de la MDPH. Ainsi ils participent au nouveau dispositif dont les missions sont pour partie les mêmes mais en direction de personnes handicapées. Un tiers des Conseils Généraux pense que ce rapprochement n'est envisageable qu'à moyen terme et sur les 48 réponses défavorables celles-ci ne rejettent pas le principe d'une articulation future. Pour ces départements ce n'est pas l'idée de rapprochement qui inquiète, mais la

³³ BONNET M., 2004, rapporteur pour le Conseil économique et social, du projet d'avis sur « *la prise en charge collective, quel que soit leur âge, des personnes en situation de handicap* ». Paris, Conseil économique et social, 156p.

³⁴ Observatoire national De l'Action Sociale décentralisée, 2006, « *Maison Départementales des Personnes Handicapées : une réforme bien engagée* », Paris, 28p.

mise en œuvre car il faut d'abord rendre plus efficace le fonctionnement des CLIC (démarche de labellisation, guichet unique). Dans cette enquête on peut souligner que c'est sur les territoires où le maillage entre les services est réussi que l'on envisage d'avancer rapidement sur l'utilisation des CLIC comme relais de la MDPH.

Cette démarche est déjà commune à 18 départements ayant pour certains, envisagés une maison de l'autonomie. Cette dénomination est aussi retenue par L'Union Nationale Interfédérale des Œuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux (UNIOPSS) préconisant la création de maisons départementales de l'autonomie, structure commune aux personnes handicapées et aux personnes âgées. « *Ces maisons seraient un guichet unique, permettant une évaluation des besoins par une équipe pluridisciplinaire, et non uniquement médicosociale, ainsi que l'élaboration coordonnée des plans d'aide*³⁵ ».

A la lecture de ce rapport, il apparaîtrait que les départements semblent plutôt favorables à une convergence des dispositifs. Toutefois cette convergence se vérifie essentiellement sur un plan fonctionnel et organisationnel. Tout comme le Département de Saône-et-Loire, la presque totalité des départements ont une direction commune personnes âgées/personnes handicapées. Par contre sur le versant de la stratégie, sur l'ensemble des départements ayant répondu à l'enquête de l'ODAS, seuls quatre d'entre eux prévoient une mise en commun du travail d'observation réalisé à l'occasion des schémas handicap et vieillesse. Il s'agit surtout d'une réflexion commune sur certains sujets (accessibilité, vieillissement des personnes handicapées...).

Les schémas départementaux en faveur des personnes en situation de handicap ou en faveur des personnes âgées restent assez traditionnels et cloisonnés. La question du vieillissement des personnes handicapées est quasi systématiquement abordée, avec une volonté de diversifier les propositions d'accueil, voir de promouvoir des innovations intéressantes. Il est retrouvé d'ailleurs dans les schémas, les mêmes axes pour les deux populations : le maintien à domicile en favorisant et accompagnant la vie des personnes en milieu ordinaire, le développement de l'accueil familial, création de petites structures alternatives telles que des petites unités de vie, les domiciles collectifs et les centres d'activités de jours.

En outre, du certainement au fait de la jeunesse du dispositif, les MDPH n'influent pas encore sur l'évolution des schémas « *handicap* », mais nous pouvons penser que dans l'avenir, fortes de la diversité de leurs réseaux, elles joueront un rôle d'observatoire capable de combler les lacunes dans ce domaine. Les MDPH, collectant l'ensemble des

³⁵ Déclaration de Monsieur VILLEZ A., conseiller technique, UNIOPSS, Géronto-expo, colloque n°6, Convergence Handicap / et Personnes Agées, 2005.

demandes de reconnaissance des personnes en situation de handicap, pourraient permettre d'avoir une vision prospective des besoins et ainsi permettre de mettre en adéquation l'offre et la demande sur un territoire donné.

La mise en place hypothétique d'une branche de protection sociale dédiée à la gestion d'un 5^{ème} risque « *handicap et perte d'autonomie* » pourrait accélérer le processus de convergence. Il faudra veiller à ne pas créer de confusion entre les deux problématiques, chacune ayant des particularités bien spécifiques dans la situation des personnes mais aussi des similitudes en termes de projet de vie, de compensation, d'évaluation et d'aide aux aidants.

1.2.3 L'établissement pour personnes âgées à la croisée de plusieurs secteurs

Les établissements recevant des personnes âgées sont de plus en plus confrontés à la demande d'accueil de personnes handicapées vieillissantes ou âgées. Ceux-ci pour la plupart se sentent démunis dans les réponses à apporter. La rencontre entre les secteurs du handicap et gérontologique est difficile car elle s'appuie sur une histoire, une culture et des représentations très différentes. Mais le métissage de cultures professionnelles devient une nécessité. L'arrivée de nouvelles populations telles que les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, de troubles du comportement, de personnes en situation de handicap ou d'atteintes psychiatriques dans le secteur des EHPAD, questionne les équipes. N'est-ce pas une opportunité pour redécouvrir la place de l'utilisateur et redonner du sens à l'action ? Les notions de service existant dans les EHPAD et de projet d'accompagnement ou personnalisé dans le secteur médico-social ne peuvent-elles se rencontrer ?

Les partenariats entre établissements sont encore loin de se concrétiser même si de nombreuses réformes tentent d'y parvenir. Déjà en 1996, une ordonnance du 24 avril portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, prévoyait que les établissements sanitaires pouvaient redéployer des lits dans le secteur des personnes âgées ou handicapées. Plus près de nous, inspiré par le Groupement de Coopération Sanitaire, le Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS) est issu de la loi du 2 janvier 2002 et la loi du 11 février 2005. Dans l'article L. 312-7 du Code de l'action sociale définit le cadre de la coopération. « *Ceci pourrait constituer un levier d'action essentiel car il permettrait dans le respect des compétences des collectivités et des gestionnaires, le développement des politiques dans un domaine pourvoyeur d'emplois de proximité et créateur de lien social*³⁶ ».

³⁶ FHF, site Internet, 03/07/2006, « *Nouvelles applications sur les GCSMS* », note de la DGAS/04/06, visité le 07/11/2007, disponible sur Internet : <http://www.FHF.fr>

Des réseaux formels ou informels se sont créés mais ceux-ci tiennent plus de la personnalité et de la volonté des personnes les animant que d'une réelle volonté politique de mailler des territoires. La coopération devrait favoriser une mise en réseau et apporter à l'utilisateur, personne âgée et/ou personne handicapée, un service plus approprié correspondant à ses attentes et à son projet de vie. Mais de nombreux clivages sont encore à dépasser, la rencontre « *du privée et du public* » est toujours difficile et la multitude d'associations avec des politiques propres divisent et freinent cette coopération.

Il appartiendrait aux Conseils Généraux en charge de ces secteurs d'insuffler des stratégies innovantes et de mieux coordonner le schéma gérontologique et le schéma en faveur des personnes en situation de handicap.

Même si le nombre de places en EHPAD est encore insuffisant, le maillage des établissements pour personnes âgées sur les départements est cohérent, et peut-être faudrait-il s'appuyer sur l'existant pour offrir une réponse adaptée. Un partenariat plus fort, entre le Conseil Général, l'Etat représenté par les DDASS, la MDPH et les établissements devrait se développer afin de définir des objectifs à atteindre et les moyens à mettre en œuvre. Des solutions plus souples et évolutives pourraient être envisagées, afin d'apporter des solutions. La convention pluriannuelle tripartite est un début de réponse.

1.3 La convention tripartite : un outil garantissant la qualité de l'accompagnement.

L'accueil des personnes âgées en établissement et la structuration de la famille ont profondément changé ces trente dernières années. Les personnes âgées dans les années 70, vieillissaient encore parmi les leurs, mais l'allongement de la durée de la vie, les changements sociétaux et l'incapacité des familles de répondre à la perte d'autonomie ont totalement modifié les besoins.

Le secteur relatif à l'hébergement aux personnes âgées connaissait d'énormes disparités et peu de moyens alloués. C'est dans ce cadre que le législateur a insufflé l'ambition de vouloir répondre à une prise en charge de qualité, avec le souci permanent de la satisfaction de la personne accueillie et de son entourage.

1.3.1 Accompagner le changement dans les établissements pour personnes âgées ou de la réforme de la tarification des EHPAD à la loi du 2 janvier 2002.

Depuis la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, le législateur a tenté de réformer le secteur social et médico-social en lui donnant comme fil conducteur la qualité de l'accompagnement des personnes accueillies. C'est la loi du 24 janvier 1997 instituant la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) par son article 23-1 qui a complété celle de 1975 et a porté obligation, pour les

établissements désireux d'accueillir des personnes âgées dépendantes, de signer une convention pluriannuelle avec les autorités de tarification. Un cahier des charges fixant le contenu de la convention pluriannuelle a été précisé par l'annexe 1 de l'arrêté du 26 avril 1999 : « *Les partenaires conventionnels, s'engagent dans une démarche d'assurance qualité garantissant à toute personne âgée dépendante accueillie en établissement les meilleures conditions de vie, d'accompagnement et de soins* »³⁷. Cette nouvelle contractualisation se base sur une démarche de transparence des établissements. Un ensemble de recommandations est aussi explicitement cité comme : la qualité de vie des résidents, les relations avec les familles, la qualité des personnels exerçant dans l'établissement. « *La conscience collective a amené une réforme ambitieuse des EHPAD* »³⁸. Parallèlement, deux décrets relatifs à la réforme tarifaire des EHPAD paraissent au Journal Officiel de la République Française le même jour. Le hasard n'existant pas en terme législatif, cette simultanéité a entraîné dans la pratique quotidienne de la part des professionnels, l'évocation plus de la réforme tarifaire des EHPAD, plutôt que celle concernant la qualité du service.

Dans cette réforme, le législateur demande aux établissements de déterminer des objectifs à atteindre sur une durée de cinq ans. En échange les autorités de tarification après négociations, s'engagent à fournir les moyens pour accompagner le changement escompté. Cette nouvelle contractualisation innovante change la manière de gérer un établissement. Désormais, le directeur d'établissement se positionne comme le manager dans toute l'acception du terme, face aux autorités de tarification et aussi avec l'ensemble du personnel de la structure et au service de la population accueillie.

Lors de la promulgation de ces textes, le législateur avait donné comme échéance de signature du conventionnement le 31 décembre 2005. Dans un bilan d'étape, du conventionnement, la CNSA constatait au 31 décembre 2005 que seulement 390 000 lits ont été conventionnés sur les 610 000 existant à l'époque³⁹. Le dispositif ayant pris un certain retard, le délai a été repoussé au 31 décembre 2007. A l'heure actuelle, la quasi totalité des établissements a passé convention.

Les dispositions des lois de 1997 et 1999 ont été renforcées par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Cette loi, référence désormais dans le secteur médico-social, a pour ambition de promouvoir le droit des usagers.

³⁷ Ministère de l'emploi et de la solidarité, Arrêté du 26 avril 1999 « fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociale », Journal Officiel n°98 du 27 avril 1999, p6256.

³⁸ LAFORCADE M., préface in « *guide de la réforme des établissements pour personnes âgées* », Paris, Seli Arslan, 2002, pp9.

³⁹ FHF, 24/05/2006, « *Bilan du conventionnement tripartite des EHPAD au 31/12/2005* », site Internet, visité le 14/02/2008, disponible sur Internet : <http://www.FHF.fr>

Des droits fondamentaux sont édictés à l'article L.313-63 du Code de la Famille et de l'Action Sociale dont : le libre choix entre les prestations à domicile et en établissement, le respect de la dignité de la personne accueillie ainsi que l'intégrité de sa vie privée et de son intimité. Les droits à la sécurité, à un accompagnement individualisé de qualité, à la confidentialité des données concernant la personne sont aussi énoncés. L'utilisateur est ainsi placé au cœur du dispositif et bénéficie *« d'une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché »*⁴⁰.

Des documents également doivent être produits par l'établissement et délivrés à l'intéressé comme le livret d'accueil et la charte des droits et libertés de la personne accueillie. Un contrat de séjour (ou un document individuel de prise en charge) doit être établi à l'entrée de la personne dont les termes doivent être acceptés par le résident.

L'établissement a aussi l'obligation de réaliser un projet d'établissement d'une validité de 5 ans et un règlement de fonctionnement. Enfin l'utilisateur accompagné, selon son désir, d'un membre de sa famille pourra participer ou se faire représenter à un Conseil de la Vie Sociale (CVS) dont l'esprit est d'associer les personnes accueillies au fonctionnement de l'établissement.

L'ensemble de ces réformes entre 1997 et 2002 ont visé au renforcement de la qualité dans les EHPAD mais aussi dans tout autre établissement social et médico-social. L'accueil, le projet de vie, la participation de la personne à la vie de l'établissement, ses droits ne sont pas si différents entre une personne handicapée et une personne âgée même si les problématiques personnelles sont différentes et doivent être prises en compte dans l'élaboration du projet. La qualité du service rendu est le leitmotiv. Mais quel sens donner à ce mot pour un directeur d'établissement ? Et comment trouver les moyens nécessaires pour améliorer les prestations ?

1.3.2 Un changement budgétaire dans la gestion de l'établissement : la nouvelle tarification au service du projet de la personne.

Cette réforme de la tarification et du financement des EHPAD, tend à ne plus se fonder sur le statut juridique de l'établissement, mais sur le degré de dépendance et le besoin en soins des personnes âgées hébergées. Ce nouveau calcul a pour vocation d'introduire une parité entre les structures au niveau national.

⁴⁰ Article 311.3 de la loi du 2 janvier 2002, réformant l'action sociale et médico-sociale.

De plus, cette modification notoire prend également en compte la prise en charge de la dépendance. Ce calcul est individuel et tient compte des besoins spécifiques au niveau de la perte d'autonomie. Un forfait sera alors donné en fonction du degré constaté. Les règles appliquées se calquent sur le système de distribution d'aide, comme la PSD⁴¹ ou maintenant l'APA⁴². Cette tarification désormais est « *ternaire* ». Elle met fin aux forfaits de section de cure médicale⁴³ et de soins depuis 1997, pour le remplacer par le forfait soins, hébergement et dépendance.

Le forfait soins est distribué par l'assurance maladie via la DDASS, la dépendance est payée par le Conseil Général du département accueillant ou celui du domicile de secours et l'hébergement par la personne ou subsidiairement par l'Aide Sociale du département accueillant ou celui du domicile de secours.

Les dépenses dites d'hébergement prennent en compte l'ensemble de l'accueil hôtelier, l'administration générale de l'établissement, la restauration ainsi que l'animation.

Les frais liés aux soins comportent l'ensemble de prestations médicales et paramédicales, ils sont versés en dotation sous forme de forfaits⁴⁴. Le calcul se fait avec l'aide d'un outil de coupe transversale permettant de mesurer les niveaux de soins nécessaires à la prise en charge d'une population à un moment donné. Ce recensement s'appelle PATHOS⁴⁵. Cette évaluation doit être accomplie par un médecin (le médecin traitant du résident ou le plus souvent par le médecin coordinateur de l'établissement) et être validé par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM). De ce calcul complexe intégrant 50 états pathologiques pré-établis le jour de l'enquête, complété par un profil de soins nécessaire choisi parmi 12 profils possibles, permet de déterminer pour un malade donné, un indicateur de soins à mobiliser pour 8 types des soins identifiés et de déterminer par addition un indicateur global du niveau de soins pour chacun des 8 types de soins identifiés : le Pathos Moyen Modéré (PMP).

Ce PMP reste néanmoins qu'un indicateur approximatif et ne représente pas les besoins réels. Il ne prend pas en compte par exemple les besoins psychologiques. Enfin,

⁴¹ Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997, instituant la prestation spécifique dépendance pour les personnes âgées, Journal Officiel du 25 janvier 1997, page 1280.

⁴² Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, Journal Officiel n° 167 du 21 juillet 2001, p 11737.

⁴³ Décret du n°77-1289 du 22 novembre 1977.

⁴⁴ Circulaire n°DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2006/447 du 17 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

⁴⁵ PATHOS outil élaboré en partenariat par le Syndicat National de Gérontologie Clinique (SNGC) et le service médical de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)

les pathologies présentées par les résidents peuvent évoluer très vite et influencer de manière importante sur l'indicateur.

Concernant la dépendance, la grille AGGIR, conçue par la loi de 1997, a été reconnue comme outil de référence en termes d'évaluation de la dépendance des personnes âgées. Cette grille apprécie la perte d'autonomie par le constat d'activités réalisées ou non par la personne âgée. En fonction des résultats obtenus, des Groupe Iso Ressources (GIR) sont déterminés en fonction des besoins spécifiques. Six groupes existent numérotés de 1 à 6, le plus petit chiffre pour les personnes totalement dépendantes et le 6 pour les personnes indépendantes. Seulement les quatre premiers GIR ouvrent un droit au versement de l'APA, aux conditions de l'âge (plus de 60 ans) et de résidence. Là aussi, l'addition des GIR donne un indicateur le GIR Moyen Pondéré (GMP). Plus il est important plus le niveau de dépendance est important et plus les besoins en moyens pour l'établissement sont importants.

Nonobstant tous ces paramètres, le directeur d'établissement dont le souci est de rationaliser les dépenses doit au milieu de ces chiffres, indicateurs, tarifs, être le garant de la qualité du service rendu à l'usager et ouvrir l'établissement à des personnes dont les demandes et les problématiques sont de plus en plus distinctes.

1.3.3 Une difficile triangulation : accompagnement de qualité, besoin du résident et la réalité sur le terrain.

La convention tripartite se base sur la qualité des prestations offertes aux personnes âgées. La signature de celle-ci ne peut se faire qu'après une auto-évaluation. Ceci n'est pas sans rappeler la procédure d'accréditation ou de certification dans le secteur sanitaire. Mais jusqu'à aujourd'hui ces procédures et la contractualisation sont totalement distinctes.

L'outil pionnier communément employé en EHPAD en termes d'évaluation est le référentiel ANGELIQUE⁴⁶. Il constitue le premier exemple de référentiel pour le secteur social et médico-social. Construit autour du parcours et de l'accompagnement de la personne âgée accueillie en EHPAD, il interroge les différentes composantes de l'institution, à travers les projets, les pratiques, les ressources financières et tout particulièrement la gestion humaine. Le référentiel ANGELIQUE est construit autour de quatre parties principales : les attentes et satisfaction des résidents et familles, les besoins d'accompagnement et de soins des résidents et les réponses apportées, l'établissement et son environnement et la démarche qualité. Sa lecture laisse préfigurer

⁴⁶ Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne pour les Usagers de l'Etablissement.

largement ce que contiendra la loi du 2 janvier 2002. En particulier sur les droits et la place de l'utilisateur ; personne centrale. La culture orale des établissements s'inverse progressivement en une culture écrite, où les attentes des personnes s'inscrivent dans l'écriture du projet individualisé.

La loi du 2 janvier 2002, vient renforcer cette culture de l'évaluation. D'ailleurs le mot « *évaluer* » vient du latin « *valere* » signifiant « *être bien portant* ». N'est-ce pas le postulat des établissements sociaux et médico-sociaux ? Cette loi impose une auto évaluation interne tous les cinq ans et logiquement une évaluation externe tous les sept ans. Issu de cette loi un Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale⁴⁷ (CNESMS) a été créé en 2005, transformé en Agence Nationale de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale (ANESMS)⁴⁸ en 2007, pour conforter la mise en œuvre de la démarche qualité dans les établissements.

Ce nouvel environnement fait l'effet d'une « *mini révolution* » dans les établissements. Les équipes sont amenées à s'interroger sur leurs pratiques professionnelles, le sens à donner à leurs actions. Un nouveau vocabulaire s'inscrit dans les services : qualité, protocoles, procédures, traçabilité, audits, états des lieux, référentiels... Ce changement est difficilement vécu par une partie des agents ressentant cette avancée comme un contrôle plutôt qu'une force d'amélioration. Ce qui semble paradoxal, dans un secteur où naturellement la défense de l'utilisateur a toujours été mise en avant. Désormais il faut « *dire ce que l'on fait, et faire ce que l'on dit* ». L'oralité doit être abandonnée au profit des écrits. L'écart doit être mesuré entre « *ce qui est apporté et ce qui est effectivement proposé* » et il faut essayer de mettre en adéquation la qualité voulue et celle réalisée dans un contexte environnemental où il s'agirait faire mieux avec moins. De plus, toute cette démarche demande beaucoup de temps pour sa mise en place, alors que de nombreux services fonctionnent déjà en flux tendu. « *N'est ce pas là le mariage du cœur et de la raison ?* »⁴⁹.

Cette demande s'inscrit dans une conjoncture économique difficile où la dimension « *amélioration de la qualité* » pourrait être réduite au profit d'exigences de maîtrise des dépenses. La physiologie des personnes accueillies est aussi en pleine mutation. Celles-ci rentrent en établissement excessivement tard et sont très souvent atteintes de pathologies de plus en plus lourdes. L'accueil de personnes souffrant de troubles

⁴⁷ Articles R312-195 à R312-202 du CASF, issus du décret 2003-1134 du 26 novembre 2003 et n° 205-1161 du 8 septembre 2005.

⁴⁸ Loi du 21 décembre 2006 de financement de la Sécurité Sociale 2007, article 85.

⁴⁹ LOUBAT J.R., 2004, « *l'évaluation de la qualité dans les établissements sociaux et médico sociaux* », site Internet, Lien Social, publication n°719 du 2 septembre 2004, p1, visité le 11/01/2008, Disponible sur Internet : <http://www.Lien-social.com>

psychiatriques ou de la maladie d'Alzheimer demande d'adapter les prises en charge. Les normes de sécurité devenues considérablement contraignantes sont à mettre en place, tout en respectant la liberté d'aller et venir des résidents. Les patients âgés et leurs familles ont des exigences légitimes mais croissantes concernant les prestations hôtelières tout en voulant conserver un prix d'hébergement acceptable.

C'est aussi dans ce contexte qu'une nouvelle population fait la demande d'un accueil en EHPAD : les personnes handicapées âgées. Comment conserver un niveau de prestations équivalent à leur passé dans d'autres institutions ? La personne handicapée âgée pourra-t-elle construire sa vie sociale au sein de cette nouvelle orientation ? Comment faire cohabiter différentes cultures professionnelles ? C'est autour de ces problématiques que j'ai travaillées lors de mon stage long au sein de la Résidence Départementale et de Soins de Mâcon.

2 La RDAS : de l'hospice à l'accompagnement individuel

Il m'est apparu très important de connaître les origines de l'établissement. Le passé de cette structure est encore très présent dans l'imaginaire des agents. Pourtant, peu de salariés actuels ont travaillé à l'époque de l'hospice (2.1). Mais cet héritage est réel et je l'ai ressenti profondément lors de mon stage. Il reste encore comme une charge à payer, une histoire à oublier, un nouveau sens à donner aux pratiques (2.2). Les apports de la deuxième convention tripartite pourront apporter une réponse adaptée (2.3).

2.1 La Résidence Départementale d'Accueil et de Soins de Mâcon (RDAS) : une vieille dame de 168 ans

2.1.1 1840-1995 de l'asile à la résidence

De part sa longue histoire, la RDAS est toujours intervenue à la fois dans le champ du handicap et dans celui de la gérontologie. Elle possède un lourd passé institutionnel de 168 ans.

En 1840, est créée, suite aux grandes crues de la Saône, une maison de refuge pour les sans-abris qui s'est très vite transformée en dépôt de mendicité et en asile d'incurables. Ce refuge va ainsi accueillir la première année 34 personnes avec 9 incurables et 25 démunis. Dès 1841, un projet de création d'asile départemental voit le jour pour recevoir les indigents, les incapables de tout travail et surtout empêcher la mendicité dans les rues de Mâcon. En 1849, l'établissement est reconnu d'utilité publique et passe sous la tutelle légale du Conseil Général de Saône-et-Loire. Cette décision a permis à l'établissement d'acquérir un statut et l'assurance d'un financement modeste mais pérenne. C'est la création officielle de l'Asile Départemental.

En 1956 un arrêté ministériel classe l'établissement en catégorie Hospice. L'Asile Départemental devient l'Hospice Départemental de Saône et Loire. C'est ainsi que pendant de nombreuses années l'établissement a accueilli dans un univers totalement fermé des infirmes, des indigents, des jeunes filles de petites vertus, d'anciens militaires infirmes et sans le sou, des enfants, des fous, des handicapés. Une cour des miracles vivait là, en autarcie, en plein cœur de Mâcon, abritée derrière de grands murs dont le projet de sortie pour la plupart était, après de longues années, le carré des indigents au cimetière de Mâcon. Suite à la visite « surprise » en 1981 de Monsieur Joseph FRANCESCHI⁵⁰, secrétaire d'état chargé des personnes âgées, constatant dans quelle

⁵⁰ 1er Secrétaire d'État auprès du ministre d'État chargé de la solidarité nationale, chargé des Personnes Agées (21 mai 1981 – 17 août 1982)

situation dégradante vivaient les pensionnaires de l'hospice départemental et grâce au relais de la presse locale, une prise de conscience, tant des autorités publiques que des citoyens de la ville chemina. Mais il faudra attendre 1983 pour que l'institution par arrêté ministériel soit classée dans le secteur médico-social.

Suite à cette époque, les prémices du changement apparaissent, « *Toute institution accapare une part du temps et des intérêts de ceux qui en font partie et leur procure une sorte d'univers spécifique qui tend à les envelopper* »⁵¹. Jusque là l'établissement vivait hors de la vie sociale voire du temps, chaque geste de la vie quotidienne était figé dans les murs de l'institution, tout était rigoureusement organisé, répétitif et immuable. Les douches étaient programmées à la chaîne, les places à table étaient définitives et imposées. La nuit, les pensionnaires étaient réunis dans des dortoirs collectifs, jusqu'à 40 lits. Un film, *Errance 86*⁵², réalisé en 1986, témoigna de cette vie hautement institutionnelle et des dérives pouvant en découler.

Entre les années 1985 et 1995, les directeurs successifs se sont attaqués à l'uniformité de l'organisation traditionnelle de l'hospice, dans son fonctionnement au quotidien mais aussi dans ses murs. On rase, reconstruit et tente d'adapter le bâti aux différents groupes de résidents. Une nouvelle répartition des personnes accueillies est basée sur l'âge, l'état de santé, la dépendance ou la capacité d'autonomie.

En 1995, l'institution se divise en deux établissements distincts géographiquement. L'ouverture du Foyer des Luminaires sur la commune de Charnay-Lès-Mâcon crée un deuxième site. A l'époque, un foyer occupationnel⁵³ et un Foyer d'Accueil Spécialisé⁵⁴ accueillent les personnes reconnues handicapées de moins de 60 ans. L'appellation hospice disparaît à cette période donnant alors le jour à la Résidence Départementale d'Accueil et de Soins.

2.1.2 1995-2008 : l'entrée de la RDAS dans le secteur médico-social.

Ces 13 dernières années ont été consacrées à un travail de rupture définitive avec « *l'histoire douloureuse de l'hospice* ». Conformément aux dispositions de la loi du 30 juin 1975 modifiée par la loi n°86-17 du 16 janvier 1986, l'humanisation des locaux et de la prise en charge des résidents se met peu à peu en place. L'équipe de direction a ainsi ancré la RDAS dans le secteur médico-social en créant ou en aménageant des secteurs d'accueils appropriés aux besoins de différents groupes de résidents. Pour se faire, les

⁵¹ GOFFMAN E., 1998, « *Asiles : études sur la condition des malades mentaux* », Paris, Edition de minuit, pp 45.

⁵² Le film *Errance 86* est passé aux élèves DESSMS en début de formation à l'EHESP.

⁵³ Ancienne dénomination. Depuis le 1^{er} janvier 2007, l'appellation employée dans le règlement départemental d'action sociale est : Foyer de vie.

⁵⁴ Ancienne dénomination. Appelé aussi avant la loi du 2 janvier 2002 foyer à double tarification. Depuis l'appellation est Foyer d'Accueil Médicalisé. (FAM).

tarifs journaliers seront aussi modifiés. Le « *tarif hospice* » est abandonné au profit de différents tarifs approchant de la réalité des besoins. Ce tarif, prix de journée spécifique pour la section hospice, a perduré en mesure dérogatoire, jusqu'en 2000. D'ailleurs il a été noté⁵⁵ « *que l'abandon de ce tarif dès 1998, compte tenu de son importance, 520,14 Francs par jour en 1998, aurait des conséquences financières importantes sur la gestion de l'établissement* ». L'ordonnateur de l'époque signifie que de nombreuses structures sont encore inadaptées à la situation des personnes hébergées, il subsiste, en effet, un réel problème de « *reconnaissance de la médicalisation nécessaire eu égard aux pathologies et aux problèmes médicaux de beaucoup de résidents et qu'enfin, reste à régler le statut des personnes relevant de la section hospice* ».

Ainsi, après une époque sombre caractérisée par une prise en charge collective et indifférenciée, l'équipe de direction de la Résidence a défini des stratégies et des orientations afin d'harmoniser des secteurs correspondant à des groupes homogènes de résidents pour obtenir la meilleure adéquation possible entre les besoins de ceux-ci et le fonctionnement de chaque service. Une des préoccupations de la direction a été également d'intensifier la vie sociale des personnes accueillies et d'ouvrir l'établissement sur l'extérieur. L'écriture du projet d'établissement en 2003 a permis d'exposer clairement les objectifs et de les faire vivre.

2.1.3 La RDAS aujourd'hui en quelques chiffres

Lors de mon arrivée en stage, j'ai effectué un bilan de cet établissement. Actuellement la Résidence dispose d'un dispositif gérontologique de 221 places d'hébergement dont 200 places d'EHPAD, 11 places d'unité spécifique Alzheimer et 10 places d'accueil de jour pour les personnes Alzheimer. Ces places se situent sur un seul site, à Mâcon est sont localisées sur 5 structures distinctes.

A) Le dispositif gérontologique de la RDAS en faveur des personnes handicapées âgées.

- **Les Cèdres** : capacité agréée ou budgétée 60 lits.

La population prise en charge aux Cèdres est très différente de celle fréquentant habituellement un EHPAD, à la fois en terme d'âge, de la répartition par sexe, du niveau de dépendance, des pathologies. Le handicap rencontré correspond à un déficit mental et affectif. Le GMP en juin 2007 était de 536 et le PMP de 134.

⁵⁵ Chambre Régionale des Comptes de Bourgogne, note n°00.0D.32, Dijon, le 12 décembre 2000.

- Le Foyer B capacité agréée ou budgétée 40 lits

Tout comme les résidents des Cèdres, les personnes prises en charge au Foyer B sont très différentes de celles hébergées habituellement en EHPAD, à la fois concernant leur âge, la répartition par sexe, mais surtout les pathologies et la nature de la dépendance : troubles psychiatriques importants, retard mental, troubles du comportement.

Même si le niveau moyen de dépendance au Foyer B, GMP de 797 pour un PMP de 160, est assez proche de celui retrouvé habituellement dans les EHPAD, les besoins de prise en charge sont spécifiques et les réponses à apporter doivent être adaptées à la situation des résidents.

B) Le dispositif gérontologique de la RDAS en faveur des personnes âgées.

- L'Héritan : capacité agréée ou budgétée 100 lits dont 4 places d'accueil temporaire.

L'Héritan est un établissement récent qui date de 2001, avec un agrément EHPAD, prenant globalement en charge une population typique d'EHPAD. L'âge actuel des résidents est de 86 ans, avec une entrée à 84 ans. 62,5% des personnes vivaient auparavant à domicile. La moitié des résidents sont à la fois atteints d'une forte dépendance psychique et physique. Les résidents du rez-de-chaussée sont davantage concernés par une dépendance psychique et ceux du 1^{er} étage par une dépendance mixte. Le GMP pour l'ensemble de l'Héritan est de 662, cependant non équivalent entre le rez-de-chaussée et l'étage 1, il est respectivement de 578 et de 747. A l'ouverture le rez-de-chaussée était destiné à l'accueil des personnes les plus autonomes et à l'étage aux personnes les plus dépendantes. Aujourd'hui l'objectif est de mixer les deux populations. Les raisons sont : une meilleure répartition de la charge de travail pour le personnel et également d'éviter de stigmatiser le 1^{er} étage.

- L'Unité de Vie Particulière : capacité agréée ou budgétée 11lits.

Cette unité spécifique est axée sur la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Le GMP est de 880 et le PMP est de 203. L'unité est adaptée à la prise en charge spécifique de ces personnes. Le personnel est qualifié et en nombre suffisant. Le projet de vie est très largement mis en œuvre dont un projet d'animation spécifique pour cette population. Les locaux communs sont assez vastes avec des espaces de déambulation centraux.

Il est, cependant, noté une faible capacité d'accueil au vu des besoins internes et externes de prise en charge en la matière (liste d'attente de 176) dont 43% atteintes principalement d'une dépendance psychique. Prévalence : la part des 75 ans et plus atteintes des démences séniles est estimée à 17,8%, elle est de 14,2% pour la maladie d'Alzheimer uniquement.

L'Accueil de jour : capacité agréée ou budgétée 10 places.

Cet accueil est destiné à la prise en charge, à la journée, des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Cet accueil est adapté à la prise en charge spécifique de ces personnes. L'accueil de jour compte 20 personnes prises en charge sur des mi-temps, correspondant à une capacité de 10 places.

L'établissement est aussi le siège de la consultation mémoire du Mâconnais. Elle est co-financée par la DDASS (secteur médico-social) et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH). Celle-ci fonctionne en collaboration étroite avec le Centre Hospitalier « les Chanaux » de Mâcon et le secteur libéral.

Si l'accueil des personnes âgées est une des spécificités de la RDAS, elle reçoit aussi des personnes handicapées de moins de 60 ans.

2.2 Le secteur des personnes handicapées : le vieillissement de la population aux foyers des luminaires : quelle perspective d'avenir en réponse aux désirs des personnes accueillies ?

Le dispositif pour les personnes handicapées de moins de 60 ans est pour l'instant regroupé sur un seul bâtiment, à Charnay les Macon. Il est constitué de 154 places d'hébergement dont 104 places de Foyer de vie, de 50 places de FAM et de 10 places d'accueil de jour Foyer de vie.

J'ai principalement effectué mon stage sur le Foyer des Luminaires à Charnay les Mâcon. Dès mon arrivée j'ai été étonné par le vieillissement de la population tant au FAM qu'au Foyer de vie. Toujours préoccupé par le devenir des personnes handicapées âgées, j'ai réalisé une étude sur l'âge des personnes accueillies⁵⁶. Celle-ci a très vite mis en évidence qu'à court terme des solutions devront être trouvées pour continuer la mission de l'établissement.

2.2.1 Les personnes âgées au Foyer d'Accueil Médicalisé

La loi du 2 janvier 2002 qui a attribué aux foyers médicalisés à double tarification (ex FDT) une véritable existence juridique en les inscrivant dans le secteur social et médico-social et en leur conférant une nouvelle appellation : le Foyer d'Accueil Médicalisé. Ce FAM a vocation à accueillir des personnes handicapées physiques, mentales ou atteintes de handicaps associés dont la dépendance totale ou partielle requiert l'assistance

⁵⁶ Voir annexe 2 Etude quantitative sur le nombre de personnes handicapées vieillissantes au foyer des Luminaires - Résidence d'Accueil et de soin de Mâcon.

d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie courante ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants.

L'ensemble des personnes accueillies sur le service présente une déficience intellectuelle profonde (psychose déficitaire, autisme...) à laquelle vient souvent s'ajouter un handicap associé (polyhandicap, maladie dégénérative...) ou des troubles d'ordre psychiatrique.

La moyenne d'âge des résidents du FAM en mars 2008 était de 46,44 ans, 11 personnes ont entre 55 et 60 ans et 6 personnes ont entre 50 et 54 ans soit 32% de la population ont plus de 55 ans et 44% plus de 50 ans.

Même si, de par nature, cette structure est médicalisée, il reste la question de connaître les limites de la mission du service et de savoir jusqu'où il est possible d'accompagner la personne. La loi du 2 janvier 2002 a admis qu'il n'y a plus de limite d'âge à l'accueil de résident, mais ce maintien prolongé ne risque-t-il pas de créer à terme une saturation de places ? On parle maladroitement dans le secteur de « *cretonisation par le haut* ». L'exemple de la RDAS est significatif en ce domaine. Sur les cinq dernières années seulement deux places se sont libérées.

Conjointement, la peur de certains agents de la « *psychiatisation* » du service est latente. Certains résidents en vieillissant posent de nombreux problèmes dans la compréhension de leurs pathologies psychiatriques. Les traitements médicamenteux lourds et les pratiques non professionnelles employées par le passé ont laissé des traces indélébiles. Il est à noter que la coordination avec le secteur psychiatrique de l'hôpital semble difficile, où, pour des raisons professionnelles et culturelles propres, restent sur des positions de principe.

Pour d'autres résidents, avec l'avancée en âge, le constat d'une perte d'autonomie dans les déplacements, les gestes de la vie quotidienne (repas, hygiène, transfert) est remarquable.

Le personnel lors des différents échanges m'a aussi fait part de ses difficultés et besoins en formation. Les personnes vieillissantes et âgées demandent un accompagnement nécessitant plus de soins voire de nursing et ce, dans une notion globale autour de la personne du « *prendre soin* ». L'accompagnement à la fin de vie n'est pas si naturel pour les équipes. Un lien affectif se crée entre le personnel et le résident et il est toujours difficile même si la professionnalisation est là, de faire la part des choses entre l'affectif et le professionnel.

Il est de même pour la réorientation de certains résidents. Les agents pourtant déjà habitués à travailler en totale interdisciplinarité (Médecins, psychomotricien, éducateur, Infirmier, Aide Médico psychologique (AMP), Aide Soignant (AS), Agent de Service Hôtelier (ASH)) vivent difficilement le départ d'une personne pour la maison de retraite ou une unité de soins dans le secteur hospitalier.

Enfin, pour l'avoir observé lors de mon stage, le vieillissement des personnes accueillies est très spécifique à la pathologie. L'hétérogénéité des résidents est importante. Il est délicat de parler de population, chaque personne présentant des troubles totalement différents et les réponses à apporter sont totalement individuelles. Par exemple, lors de mon stage, j'ai rencontré des personnes au FAM de plus de 60 ans sans réel problème d'intégration dans le service et des personnes de moins de 60 ans posant de réelles difficultés de prise en charge.

Malgré la mise en place des projets individuels, il existe une évidence inadéquation entre la demande et le possible. Même si le ratio d'encadrement du FAM des luminaires près de 1 est beaucoup plus important qu'en EHPAD (0,60 au Foyer B), il n'en demeure pas moins des limites institutionnelles au système mis en place.

Pour autant, le besoin de places dans ces structures se fait ressentir au niveau du département. Il manque d'équipement. Une seule Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) existe et une est actuellement en construction. Le nombre de places en FAM est insuffisant pour répondre aux demandes des familles souvent démunies. Il faut aussi noter que 60% des personnes accueillies au FAM de la RDAS avaient initialement une orientation MAS. Mais faute de réponse, celles-ci ont été transformées en places de FAM.

2.2.2 Le vieillissement des personnes au foyer de vie

Tout comme le FAM, le foyer de vie des luminaires est confronté au vieillissement de sa population. La moyenne d'âge des résidents est de 44,52 ans, sensiblement la même que pour le FAM, 6 personnes ont plus de 60 ans, 21 ont entre 55 à 60 ans et 13 entre 50 et 54 ans, soit 27% de plus de 55 ans et 40% de plus de 50 ans.

La loi du 2 janvier 2002, dans son article L 312.1, permet aussi de répondre à la demande d'un résident de rester sur le service après 60 ans mais Il se pose tout comme au FAM, le problème d'un engorgement et de renouvellement des effectifs.

La non médicalisation du service est une réelle problématique. En vieillissant les personnes en foyer de vie, sont soumises à de nombreux problèmes de santé. La préparation des médicaments, le suivi des personnes atteintes de diabète ou de pathologies plus graves comme le cancer se réalisent avec de plus en plus de difficultés. La réponse par l'activité libérale n'est pas toujours la plus adéquate. Celle-ci répond au coup par coup, souvent après consultation de sa clientèle de ville.

Dans ce service se posent aussi des limites institutionnelles à l'accompagnement, même si un véritable effort est fait par les équipes dans l'individualisation au-delà même parfois des missions du service.

Il existe également la même problématique que pour le FAM sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiatriques. Le résident en crise fait souvent la navette entre les unités psychiatriques et son lieu de vie, au gré des possibilités d'accueil des services de l'hôpital et il existe encore de nombreux écueils réciproques pour un travail en partenariat.

Les résidents du foyer de vie, possèdent pour la plupart une autonomie plus grande, même s'il faut être vigilant avec l'emploi de ce mot, celui-ci étant tout à fait relatif. Les sorties, les activités, leur liberté d'aller et venir ne sont pas les mêmes. Cette qualité de vie et la stimulation mise en place par les agents leur confère une liberté qu'ils ne veulent pas perdre, sauf pour raison médicale grave, lors du passage à la « *retraite* ».

2.2.3 Répondre aux attentes des personnes accueillies aux Luminaires.

La Résidence Départementale d'Accueil et de Soins a souhaité construire un nouveau FAM pour des personnes en situation de handicap orientées par la MDPH. Lors de mon stage long la direction de l'établissement m'avait confié comme mission principale le suivi de la délocalisation du FAM, dans toutes ses composantes : architecturales, financières et organisationnelles. Ce projet verra le jour dans 2 ans, sur la commune de Charnay-Lès-Mâcon sur un terrain attenant au foyer de vie les Luminaires. L'objectif de cette opération immobilière est de créer un lieu spécifique à l'accueil des personnes orientées en FAM, d'une capacité de 50 places dont 2 d'accueil temporaire sur 4 lieux de vie de 12 et 13 places. Cette nouvelle construction se substituera à l'hébergement actuel dans le foyer des luminaires, éclaté sur deux unités de 25 personnes et ce, sur deux étages. Le projet de cette nouvelle construction doit apporter une réponse plus adaptée aux conditions et aux aspirations de vie des personnes accueillies : chambres et salles de bains individuelles, petits lieux de vie, plein pied facilitant les déplacements...Ce nouveau foyer est aussi une opportunité pour remettre à plat l'ensemble de l'organisation du travail, réfléchir sur l'action menée et augmenter la qualité des prestations. Lors de cette période, et suite à l'enquête sur l'âge des résidents, le questionnement des équipes pluridisciplinaires des deux services, était fort sur le devenir des personnes de plus de 60 ans dans cette nouvelle structure.

Pour les résidents du foyer de vie, les requêtes en termes de « *vie après le foyer* » sont multiples. Certains, pour des raisons familiales ou d'histoires personnelles demandent l'intégration d'une maison de retraite traditionnelle. Mais force est de constater que deux difficultés majeures existent : la première étant de trouver une place en EHPAD et la deuxième de convaincre la direction et le personnel de l'établissement où la

demande a été effectuée. Cette réponse tient principalement d'un travail de préparation en amont important et de la participation de la personne à son projet⁵⁷.

D'autres personnes préfèrent rester sur le foyer des Luminaires. La plupart des résidents étant sans famille, le foyer est devenu leur demeure ; tout comme les personnes âgées dites « normales », ils vivent mal cette séparation. Ce désir m'a été plusieurs fois rapporté par les résidents questionnés mais aussi par les différents directeurs ou chefs de service rencontrés lors de mes visites ou dans les réponses à l'enquête autour de la problématique des personnes handicapées vieillissantes.

Enfin, il est exprimé par certains résidents le souhait de descendre aux Cèdres. Il existe encore quelques réticences pour les plus anciens résidents dont la durée de séjour dépasse pour certains les 30 ans, Mâcon, représentant encore dans leurs esprits, l'hospice.

Le départ du FAM du bâtiment des Luminaires doit libérer 50 places. La volonté de la direction et des équipes, toujours dans le souci d'humanisation des locaux, est de supprimer graduellement les chambres à deux lits en investissant les chambres libérées par le FAM. La capacité d'accueil du Foyer ne devrait pas changer d'où un passage de quatre lieux de vie à six lieux de vie. Là aussi se posera la question de la réorganisation des unités. Plusieurs pistes sont d'ores et déjà imaginées : créer une ou deux unités pour les personnes vieillissantes ou âgées. Mais se pose alors la question de ne pas stigmatiser le ou les lieux de vie ? De plus sur quels critères, les personnes seraient-elles affectées ? Il y a toujours le danger de créer un « *mouroir* » pour les équipes et l'ombre de l'hospice est toujours là.

Une autre solution pour le foyer de vie serait, afin de répondre aux besoins de médicalisation des personnes, la création de places de FAM au sein du Foyer. L'apport financier de cette restructuration pourrait, par le biais de financements de la part de la sécurité sociale via la DDASS pour la partie soins et le Conseil Général pour la partie hébergement, apporter une solution pour l'accompagnement des résidents.

En tout état de cause, tout comme au FAM, un travail conjoint avec le service des Cèdres et du Foyer B doit se réaliser. Ceci fait partie des réponses à apporter. En juin 2008, lors de mon stage, suite à la renégociation de la convention tripartite et l'enquête faite sur les personnes âgées et vieillissantes du Foyer des Luminaires, la direction de

⁵⁷ Voir annexe 1 : Questionnaire / Guide pour les entretiens autour de la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes ou âgées en Saône et Loire.

l'établissement a organisé une rencontre entre les responsables d'unités des deux sites, les personnes en charge du suivi des demandes, les cadres et la responsable de la qualité. Cette première réunion, laisse présager un travail en commun dans le souci de donner la réponse la plus adaptée à la personne handicapée âgée.

2.3 L'accueil en EHPAD, des personnes handicapées âgées : aller au-delà du simple hébergement.

Actuellement, les personnes accueillies aux Cèdres et au Foyer B sont principalement l'ancienne population « *hospiciale* » de la RDAS. Ces personnes atteintes de retard mental, de troubles psychiatriques sont entrées à la RDAS, jeunes, en moyenne 33 ans et ont vieilli au sein de cette institution. Elles y vivent, en moyenne, depuis 40 ans et ont maintenant toutes plus de 60 ans. Les caractéristiques de cette population sont donc très éloignées de celles trouvées plus communément en EHPAD. Il existe tout de même une grande différence entre les deux structures tant au niveau de l'architecture que de la population accueillie.

La reconnaissance « *expérimentale* » de ce secteur dans la signature de la seconde convention tripartite devra permettre grâce aux moyens supplémentaires de poursuivre le travail d'humanisation, développer un accompagnement de qualité et réfléchir aux transformations des bâtiments.

2.3.1 Les Cèdres : un lieu de vie original mais obsolète

Sous la responsabilité d'un Assistant Socio Educatif (ASE), les Cèdres de part son projet de service et son architecture sont plus particulièrement destinés aux personnes ayant encore une autonomie sociale toute relative. Le bâtiment des Cèdres est la structure la plus ancienne de l'établissement. Celui-ci malgré d'importants travaux réalisés ces vingt dernières années ne correspond plus au niveau d'accueil attendu.

Le niveau de sécurité incendie est insuffisant car non conforme à la réglementation en vigueur. Toutes les chambres et locaux à risque sont pourvus de système de détection mais privés de système d'extraction forcée des fumées (désenfumage).

La taille des chambres est petite (entre 9 et 15 m²), dont quatre sont encore à deux lits. Celles-ci ne sont équipées que d'un WC et d'un lavabo et sont inadaptées pour des soins médicaux ou paramédicaux. L'installation de lits médicalisés n'est pas possible dans certaines chambres.

Les douches collectives sont en nombre insuffisant, 2 par niveau soit 1 douche pour 15 résidents.

Enfin, les circulations, conjuguées à la taille réduite des chambres, ne permettent pas la prise en charge de personnes en fauteuil roulant ou encore le passage de brancard.

L'ensemble de ces raisons a donné sens à ce nouveau projet architectural pour ce bâtiment. Ces travaux ont été actés dans la nouvelle convention pluriannuelle.

Les résidents pour une grande majorité proviennent de foyers de vie ou de foyers d'hébergement. D'ailleurs, une partie des résidents est issue du foyer des Luminaires. Paradoxalement, malgré toutes les contraintes architecturales, les Cèdres se positionnent comme un véritable lieu de vie et apportent une réponse pour des personnes ayant besoin d'un environnement rassurant et d'un accompagnement dans la plupart des gestes de la vie quotidienne. L'organisation du service est sous la responsabilité d'un éducateur spécialisé, faisant fonction de chef de service éducatif.

Afin de limiter la perte d'autonomie, une stimulation ajustée est mise en place pour chaque résident avec des projets individuels régulièrement revisités. Ceci permet d'éviter le sentiment d'abandon pour des personnes ayant eu, jusque là, l'habitude d'être beaucoup sollicitées. Elle se traduit par la participation en libre adhésion aux animations internes ou externes, aux sorties extérieures seules ou accompagnées, aux gestes quotidiens lors de repas, de toilette ou encore de l'investissement dans leurs chambres ou dans la vie collective. Toutes ces actions permettent de prévenir la dépendance et de maintenir le plus possible les acquis obtenus.

Au niveau du personnel de nombreuses insuffisances sont à remarquer. La dimension hôtelière est à développer. Celle-ci est actuellement construite pour partie autour de contrats aidés avec toutes les difficultés liées à la précarité des emplois et l'insuffisance de formation des personnes pour inscrire le service dans une continuité de service. Un pôle hôtelier pourrait être créé afin de répondre favorablement aux attentes.

Les AS et AMP aujourd'hui ont plusieurs fonctions : maîtresse de maison, éducatrices, femme de ménage. Cette multiplication des tâches ne permet pas de mener totalement les actions. Souvent certains besoins matériels se font aux détriments d'accompagnement individuel. Le besoin en AMP est prégnant. Si les aides soignantes, aujourd'hui en nombre majoritaire sont autour d'une démarche de soin et du « *prendre soin* », l'arrivée d'AMP plus spécialisés dans le domaine du handicap devrait permettre d'augmenter l'accompagnement « *éducatif* » des personnes accueillies et de porter un autre regard sur la mission du service. La pluridisciplinarité autour de personnes aux problématiques multiples prend ici tout son sens. Chacun, en effet, apporte une complémentarité professionnelle au service du résident.

Un besoin en personnel infirmier est aussi à prendre en compte. Actuellement les infirmières en nombre insuffisant travaillent sur les deux services. Celles-ci, à cause du vieillissement de la population et aux différentes pathologies développées par les résidents, ont un rôle important dans l'accompagnement au long court des personnes. Une meilleure observance des soins, un suivi médical plus poussé et un avis éclairé auprès des équipes par cette catégorie professionnelle amélioreraient la qualité du service rendu.

Animé par le souci d'optimiser une prise en charge de qualité, une évaluation des besoins a été faite par le service des Cèdres en début d'année. Il en découle une demande à la direction de l'établissement de création de 2 postes d'ASH, de 5 d'AMP et de 2 Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE). La signature de la seconde convention tripartite devrait apporter une réponse aux demandes institutionnelles.

Actuellement, une autre piste de réflexion est à l'ordre du jour. Ainsi, l'orientation des résidents en perte d'autonomie pourrait être imaginée vers le Foyer B, compte tenu de l'architecture actuelle et de la spécificité de chaque service. Une complémentarité entre les Cèdres et le Foyer B devrait se développer afin de mieux répondre aux devenirs des personnes handicapées âgées.

2.3.2 Le foyer B : le prolongement d'un FAM

Tout comme aux Cèdres, même si cet établissement est classé EHPAD, sa spécialité, liée à sa population atypique ne permet pas de prendre en charge celle gravitant habituellement en EHPAD, les personnes accueillies relevant plutôt d'une structure psycho gériatrique. L'organisation du service est sous la responsabilité d'un cadre de santé de formation infirmier psychiatrique.

L'accompagnement de cette population vieillissante, à fort versant psychiatrique est donc spécifique. La majorité des personnes accueillies nécessite un traitement médicamenteux ou un suivi. Aujourd'hui il n'existe pas de réel accompagnement par un spécialiste, faute de disponibilité du secteur psychiatrique. Il y a très peu de liens avec les services de psychiatrie de l'hôpital de Mâcon.

A ces besoins d'accompagnements spécifiques, s'associent aujourd'hui des demandes nouvelles liées à l'avancée en âge : la dépendance physique (incapacité à réaliser les actes de la vie quotidienne - se laver, s'habiller, manger ; incapacité à se déplacer, se lever, incontinence), apparition de démences mais également de pathologies somatiques graves. Cette population nécessite de plus en plus un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et de soins de nursing.

Outre le vieillissement, certains résidents rencontrent des difficultés liées aux décompensations de maladies telles que certaines formes de cancer dont l'apparition est

soudaine malgré un suivi médical régulier. Il en résulte une perte rapide d'autonomie physique, alimentaire et sphinctérienne et dans les déplacements quotidiens.

Un tel niveau de dépendance nécessite davantage de moyens en personnel à la fois pour assurer les actes de la vie quotidienne mais également pour permettre de conserver du lien social. On comptait, en juin 2008, seulement 4 agents le matin pour 37 résidents alors que la quasi-totalité d'entre eux (35) nécessite une aide totale pour la toilette. Cette comparaison pourrait se faire avec le FAM où le travail matinal est sensiblement le même. Au foyer d'Accueil Médicalisé pour 25 résidents, 6 agents à minima sont présents.

Le bâtiment d'accueil a été construit dans les années 80 et paradoxalement sa structure et la répartition des chambres sont sur 3 niveaux ce qui rend l'organisation du service compliquée. Pendant ma période de stage, un nouveau projet de service était en cours d'élaboration.

Jusqu'à maintenant, le service se faisait prioritairement en fonction des ressources des équipes en termes d'effectifs au détriment du respect des rythmes des personnes. Ce nouvel axe de travail doit prendre en compte le degré d'autonomie des personnes et la répartition dans les étages se fera en fonction des projets de vie de chacun.

Un ensemble de changements en découlera pour les repas, les temps d'animation, le lever et le coucher.

Il y aura aussi une incidence sur l'organisation du travail et le personnel. *« Jusqu'à maintenant les agents fonctionnaient de façon indifférenciée (AS, AMP, ASH) quelque soient leurs tâches. Cette nouvelle organisation devrait également permettre de systématiser la présence de personnel formé (AS, AMP) auprès des résidents à chaque étage permettant ainsi de relever la qualité des soins dispensés et d'objectiver plus efficacement ceux ci. Elles devraient également permettre de développer réellement une politique de prestations hôtelières et d'améliorer l'hygiène dans l'unité »*⁵⁸. Le projet distinguera 3 pôles : le soin, l'hôtellerie et la vie sociale.

Début avril 2008, des travaux dans ce service étaient en cours. Ceux-ci ont pour vocation l'ouverture du service en rendant l'accès au bâtiment et l'accueil à l'entrée plus fonctionnel et convivial.

⁵⁸ Extrait du projet de service du Foyer B, juin 2008, RDAS Macon.

2.3.3 Les apports de la deuxième convention tripartite pour les personnes handicapées âgées.

La RDAS, précurseur sur le département de Saône et Loire, a été un des premiers établissements à signer une convention en décembre 2000. Cette première convention se terminant en 2005, l'établissement a continué de fonctionner un peu plus de deux ans par avenants. A l'époque l'objectif premier était la suppression de l'hospice. Celui-ci a été pour l'établissement atteint mais il reste pour partie d'apporter une réponse qualitative dans l'accompagnement et la prise en charge de l'ancienne population de l'hospice. Cette dimension répond d'une manière plus globale à la problématique des personnes handicapées âgées de l'établissement et aux préconisations du schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap.

Dans ce mémoire je ne m'attacherai qu'aux actions à mener en faveur des personnes handicapées âgées. Il va de soit que certaines actions sont généralisées à l'ensemble du secteur personnes âgées/personnes handicapées et ont même une incidence sur le secteur des personnes handicapées de moins de 60 ans.

A) Une convention par objectifs

Les services du Département, de l'Etat et l'établissement, en référence au plan solidarité grand âge⁵⁹ et à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007⁶⁰, ont réaffirmé leur volonté de promouvoir une prise en charge de qualité en direction des personnes âgées accueillies. Le tableau ci-dessous reprend des objectifs opérationnels définis dans le cadre de la démarche d'amélioration de la qualité mise en place depuis 2004.

Objectifs généraux	Moyens	Echéance	Critères d'évaluation
Vie sociale			
Améliorer les modalités d'information des résidents et des familles	Organisation de discussions informelles entre les résidents et le directeur	A partir de 2008	Sondage de satisfaction
Favoriser les échanges entre résidents, les familles et les représentants de l'établissement	Engager une réflexion commune sur les moyens à mettre en œuvre avec les membres du CVS	A partir de 2008	Analyse de l'évolution des plaintes et réclamations

⁵⁹ Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, 27 juin 2006, présenté par Monsieur Philippe BAS, Ministre délégué.

⁶⁰ Relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.

Permettre au personnel d'acquérir les connaissances favorisant les bonnes pratiques	Mise en place d'un programme de formation interne pour les agents non diplômés	A partir de 2008	Nombre d'agents formés
---	--	------------------	------------------------

Bientraitance /maltraitance

Améliorer la gestion des plaintes	Bilan fiches de réclamation et de signalement pendant les séances du CVS et du CHSCT	A partir de 2008	Analyse de l'évolution des plaintes
Faciliter l'intervention de personnes qualifiées extérieures à l'établissement	Développer le partenariat avec ALMA Mise en place d'une médiation interne	A partir de 2008	Nombre d'intervention
Compléter la procédure d'admission	Etablir un avenant au contrat de séjour à partir du bilan d'admission pour définir le projet individualisé	2009	Nombre d'avenants établis
Analyse de la pratique	Généralisation à tous les personnels des services d'hébergement	2008 2009	Nombre d'agents
Sensibilisation aux aspects juridiques de la maltraitance	Protocole adapté	2008	Nombre de recours au protocole

Soins

Améliorer la prévention des chutes	Analyse des circonstances pour repérer les facteurs de risque	2009	Fréquence des chutes
Améliorer la prise en charge de la douleur	Formation par le médecin coordinateur à l'évaluation des symptômes et à la surveillance des traitements	2008	Nombre d'agents formés

Sécurité/prévention

Prévenir les risques liés à un incendie	Poursuite de la formation du personnel par des exercices en situation	2008	Nombre d'agents formés
Prévenir les risques liés à la manutention des personnes dépendantes	Mise en place d'une formation interne	2008	Nombre d'agents formés
Améliorer la gestion des documents de référence et des protocoles	Informatisation des documents pour une meilleure accessibilité	2008	Nombre de documents disponibles

Ces objectifs généraux s'appliquent à l'ensemble du secteur maison de retraite, ils s'appliqueront autant pour l'Héritan, que pour l'unité de vie particulière ou encore pour les Cèdres et le foyer B. Mais de l'ensemble des objectifs peuvent aussi être déclinés pour le secteur des personnes handicapées (FAM et Foyer de vie). D'ailleurs de nombreuses démarches, formations et documents sont déjà et seront communs aux deux secteurs. Cette mutualisation de moyens et de coûts permet d'augmenter l'efficacité des équipes et mener une réflexion commune d'établissement, et un travail tendant toujours vers la qualité du service rendu.

Dans cette convention, d'autres objectifs spécifiques aux personnes handicapées âgées ont été actés.

Personnes handicapées âgées

Mettre en place des activités adaptées aux différents handicaps et degré d'autonomie	Diversifier l'offre et les prestataires, organiser des activités en petits groupes	2008	Statistique de participation et sondage de satisfaction
Respecter le rythme des personnes et leur autonomie	Aménager les horaires des repas, faciliter les sorties en soirées	2008	Sondage de satisfaction
Améliorer la protection juridique des personnes	Mise en place d'un poste de gérance de tutelle	2008	Nombre de dossiers de tutelle ouverts

Dans ces autres objectifs spécifiques, de nombreux se retrouvent dans le travail engagé aux Luminaires.

B) Un projet architectural au service des personnes handicapées âgées

Comme nous l'avons vu précédemment dans la partie descriptive des Cèdres, ce bâtiment, bien qu'architecturalement étonnant, d'époque napoléonienne, n'est plus aux normes actuelles. Le but du projet de restructuration est d'installer un équipement de sécurité correspondant aux normes obligatoires. De reconstruire des chambres aux superficies réglementaires, dotées de blocs sanitaires complets et adaptées à la population accueillie. Et enfin de l'équiper de salles à manger et de salles d'activités sur les deux niveaux et de créer des circulations adaptées aux conditions de déplacement des personnes handicapées. Ce projet est estimé à l'heure actuelle à 3,5 millions d'euros hors taxe.

Une étude de faisabilité de ces travaux dans le bâtiment existant est en cours. Les résultats devraient être connus fin d'année 2008. Si le bâtiment peut supporter ces travaux, la mise aux normes et les superficies acquises pour le confort des personnes en revanche réduiront le nombre de personnes accueillies. La prévision de réduction de

capacité est de 20 lits. Il me semble que cette réduction est dommageable par rapport au sous équipement départemental en accueil pour personnes handicapées âgées. Mais à l'avenir, la RDAS ne devrait pas perdre 20 lits, car dans cette nouvelle convention est aussi inscrite une extension de 2 unités de 12 lits pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Par contre si le bâtiment ne peut supporter ces améliorations, une reconstruction serait à l'étude. Pouvoir conserver la même capacité qu'aujourd'hui me semblerait cohérent en rapport aux besoins.

Dans les deux cas, c'est une réponse à deux difficultés importantes sur le département : le manque d'hébergement et d'accompagnement pour ces deux populations.

C) Les mesures nouvelles apportées par cette convention

Dans cette nouvelle contractualisation, des mesures nouvelles seront supportées par les autorités de tarification sur les 3 sections. Celles-ci seront majoritairement aux bénéficiaires des personnes handicapées âgées. Ainsi est reconnu, le travail spécifique auprès de cette population permettant un accompagnement adapté, de qualité dans la vie sociale, pour les soins et les conditions d'hébergement. Un tarif d'hébergement⁶¹ « *spécialisé* » a été mis en place par le département pour ces résidents.

Par comparaison pour l'année 2008, le tarif hébergement pour les personnes âgées de plus de 60 ans est de 47,99 euros pour 51,90 euros pour les personnes handicapées âgées.

- Pour la section tarifaire hébergement (département)

Groupe 2 : Dépenses afférentes au personnel

1 Assistant Socio Educatif	40 500
0,5 gérant de tutelle	20 000
0,5 ASH à 70% soit 0,35 ETP	10 400
	Total : 70 900 €

⁶¹ Annexe 3, copie de l'arrêté de tarification du Conseil Général.

- Pour la section tarifaire dépendance (département)

Groupe 2 : Dépenses afférentes au personnel

8 AMP/AS à 30% soit 2,4 ETP	87 600
0,5 ASH à 30% soit 0,15 ETP	4 650
Remplacement	1 400
Total :	93 650 €

- Section tarifaire soins (Etat)⁶²

Groupe 1 : Prestations médicales et pharmaceutiques 20 000

Groupe 2 : Dépenses afférentes au personnel

5 IDE + 2 rééducateurs +crédits intérim	246 000
8 AMP/AS à 70% soit 5,6 ETP	204 000
Personnel médical	35 000
Formation IDE et autres formations	52 000
Total :	557 000 €

La reconnaissance « *expérimentale* » de cet accompagnement à la RDAS, est une réelle avancée pour les personnes handicapées âgées. Elle touche actuellement à ma connaissance, seulement deux établissements en Saône et Loire, l'EHPAD de Saint Désert⁶³ et la Résidence. Ceux-ci reçoivent pour la section hébergement un prix de journée supérieur pour les personnes handicapées âgées. Cette dotation supplémentaire est le fruit d'un long travail de convictions, d'explications, de démonstrations de la part de la direction auprès des autorités de tarification. Ainsi, elles reconnaissent la spécificité de la population dans sa prise en charge. Cette situation se rapproche dans l'esprit d'une tarification à l'activité.

C'est dans ce contexte de projets « *pluriels* », de tarifications diverses, de communications internes et externes, de conventionnement, de réglementations anciennes et nouvelles, de gestion du personnel, de demandes diverses et variées que j'ai pu lors de ce stage, prendre toute la dimension du métier de directeur. Celui-ci repose sur la quête incessante d'instauration d'une démarche pérenne d'amélioration tout en se questionnant sur l'organisation stratégique de son établissement.

⁶² Voir annexe 4, Dotation globale de financement « soins » 2008, EHPAD « Résidence Départementale d'Accueil et de Soins

⁶³ EHPAD publique, recevant à sa création une double population, personnes âgées et personnes handicapées âgées.

3 Manager le changement : le métier de directeur

Si la recherche de financements pour un établissement semble incontournable et prend une part importante dans les missions du directeur, elle ne se suffit pas au bon fonctionnement des services. Le responsable d'établissement est le garant de l'ensemble des composantes formant la structure. *« Conduire un établissement ne signifie pas atteindre un état déterminé mais soutenir son dynamisme au fil du temps. Ce n'est pas le mouvement de l'institution qui justifie son existence, mais le développement des personnes qu'elle accueille, les trajectoires individuelles qui la parcourent »*⁶⁴. La convention tripartite n'est qu'un outil en soi. Elle permet de tracer le parcours de l'établissement dans sa mission d'amélioration des prestations en instaurant une démarche qualité (3.1). Pour cela le directeur doit s'appuyer sur une gestion de ressources humaines (3.2), toute en développant la communication (3.3).

3.1 S'appuyer sur la contractualisation pour initier la démarche qualité dans l'établissement

Pour le directeur, la satisfaction de l'utilisateur passe obligatoirement par l'instauration d'une démarche qualité. La réussite de cette opération devra prendre en compte, un incontournable : l'adhésion de l'ensemble du personnel. Pour arriver au but, le directeur devra transformer une exigence de qualité réglementaire en une nécessité pour les agents.

3.1.1 La qualité, fil rouge de l'accompagnement

L'arrêté du 26 avril 1999 a fixé le principe d'une évaluation par les professionnels des EHPAD de la qualité des prestations offertes. Cette notion de démarche qualité et d'auto évaluation a été réaffirmée par la loi du 2 janvier 2002. Ce décalage de 3 ans sur la question de l'évaluation dans les établissements, explique peut-être la différence d'appropriation entre les EHPAD et les autres établissements sociaux et médico sociaux. J'ai pu le constater pendant mon stage. En effet sur ce point, le personnel du site personnes âgées de Mâcon a une meilleure approche que les agents des Luminaires de Charnay les Macon.

En termes de référentiel d'évaluation en EHPAD, la grille « ANGELIQUE » fait référence. Cet outil a déjà été employé par la RDAS, en 2003, lors de la première auto évaluation. Profitant de cette opportunité, un emploi jeune a été recruté et sa mission principale, en liaison avec la direction, était l'élaboration et la coordination de tous les

⁶⁴ JAEGGER M., 2006, « Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale », Rennes, ENSP, pp 1079.

documents liés à la qualité. L'idée d'identifier la démarche qualité à une personne clairement désignée était un choix stratégique de la direction. Elle inscrit cette démarche dans les objectifs principaux de l'établissement et apporte une réponse concrète aux intentions du projet d'établissement et des projets de service. Pendant ces cinq années, en collaboration avec des groupes de travail constitués d'agents d'horizons pluridisciplinaires, plusieurs documents ont été élaborés et ont permis de donner une cohérence dans les réponses à apporter.

Cette démarche n'a pas été réalisée seulement sur le secteur des personnes âgées mais sur l'ensemble des services de la RDAS. D'ailleurs de nombreux sujets sont communs aux deux secteurs. Je prendrais pour exemple la formation des agents autour des risques incendie, les repas, ou encore dans un thème totalement différent, le protocole de contention. Ainsi, la direction instaurait une politique d'établissement guidée par la qualité des prestations.

En avril 2008, suite au départ de la personne employée autour de cette problématique, la direction de l'établissement a décidé d'embaucher, une « *qualificienne* » issue du monde de l'industrie. N'ayant pas de connaissances techniques particulières dans le monde sanitaire, social et médico-social, elle apporte un regard neutre autour des missions effectuées. J'ai travaillé avec cette personne lors de la fin de mon stage sur plusieurs thèmes dont la mise en place du dossier individuel du résident au Luminaires et cette démarche m'a paru très intéressante. En effet, la différence originelle du milieu professionnel (automobile et plasturgie) enrichit la réflexion. La neutralité de cette personne permet aux équipes et aux cadres de répondre plus profondément aux questions posées, revisitant leurs pratiques, posant des constats et remontant des demandes. L'argumentation employée par les agents doit tenir du rationnel, de l'explication dans le détail, plutôt que du sempiternel « *c'est comme ça* ». Avec la qualité, une nouvelle logique se met en place, suivant une méthode, des outils, une rigueur et réintroduit du sens à l'action dans un secteur où une forme de « *bricolage* », même s'il repose sur de bonnes intentions, est encore de mise.

Pour cette nouvelle évaluation, la procédure interne se fera de manière concomitante sur les deux sites. Là encore, cela relève de la volonté de la direction. Le référentiel ANGELIQUE servira de base pour le secteur des personnes âgées et personnes âgées handicapées et l'évaluation se fera en interne. En revanche, pour le secteur des personnes handicapées un prestataire extérieur devrait intervenir. Un cahier des charges a été élaboré, suite à une réflexion autour de ce thème menée avec les chefs de service du foyer des Luminaires, la responsable qualité et la direction.

3.1.2 Tirer un bilan du passé et afficher ses intentions

Lors de l'élaboration de la deuxième convention tripartite, un bilan diagnostic a été fait. Celui-ci est joint en annexe aux documents de la contractualisation. Un des premiers travaux de la « *qualiticienne* » a été de faire un inventaire de tous les documents existants et de vérifier leur efficacité. Mais cet inventaire ne suffit pas. Il faut proposer une méthode et trouver des solutions. Pour préparer les travaux, deux personnes ont piloté la réflexion : la « *qualiticienne* » et l'assistant socio-éducatif responsable des Cèdres ayant reçu une formation autour de ce thème. Cette deuxième personne de formation sociale et médico-sociale présente deux intérêts : tout d'abord, le regard posé sur cette action prendra certainement plus en compte l'accompagnement social et le projet de vie des personnes accueillies ; ensuite, le lien dans le temps avec l'équipe des Luminaires pourrait plus facilement se développer (*culture professionnelle identique*) et ainsi créer une synergie entre les deux pôles lors de la préparation de réorientation en « *maison de retraite* » de résidents des Luminaires.

J'ai participé avec la direction aux réunions préparatoires, formelles ou informelles, dont le but était de développer la meilleure stratégie pour réussir cette démarche au sein de la maison de retraite mais aussi par « *contagion* », au foyer des Luminaires. Cette stratégie doit se décliner autour de six grands axes :

- affirmer un choix de politique d'établissement. Dans ce cas une position forte de la direction est primordiale. Son engagement participe à l'adhésion des cadres et ainsi des agents, sans oublier la participation des usagers, des familles et des partenaires.
- informer, sensibiliser l'ensemble des acteurs aux enjeux et susciter les intérêts pour leur quotidien ;
- s'approprier le référentiel. Dans le cadre de la maison de retraite, ANGELIQUE sera la référence et pour le Foyer de vie et le FAM, il sera à créer ou à choisir, en équipe pluridisciplinaire et avec l'aide d'un organisme extérieur ;
- évaluer, l'action. Préparer l'évaluation. Définir les groupes de travail, pratiquer l'évaluation avec le personnel et les usagers. Créer des questionnaires. Rédiger les rapports ;
- développer les actions. Rechercher les causes et points faibles. Mesurer les progrès à parcourir (indicateurs). Définir les actions, planification et nomination de responsables de mise en œuvre ;
- analyser les résultats par rapport aux objectifs (indicateurs). Communiquer les progrès réalisés. Redéfinir les attentes si besoin et ajuster la politique de l'établissement.

Ce programme d'action était encore en cours d'élaboration lors de mon départ de stage, celui-ci devrait être entériné par le comité de direction lors de sa réunion le 25 septembre 2008.

3.1.3 Les conditions d'un engagement réussi

Pour réussir la mise en place de cette démarche, le positionnement du directeur et de son équipe de direction est primordial. Cet engagement du comité de direction doit refléter une détermination dans la pérennisation de cette action.

Il est prévu avant le démarrage de l'action, la diffusion d'un engagement écrit du directeur auprès du personnel, des usagers, des familles et des partenaires. Des explications seront données pour expliciter les attentes de l'établissement en matière de qualité et une information sur les moyens mis en oeuvre. Il faudra aussi prévoir tout au long de l'auto évaluation des relais d'informations pour l'ensemble des protagonistes afin de maintenir une émulation.

Un comité de pilotage devra être désigné. Sa composition est importante, « *relier les savoirs et les professionnels* »⁶⁵, car elle participera à la sensibilisation de l'ensemble des personnels. Il en est de même pour les groupes de travail, la pluridisciplinarité ne fera qu'enrichir le débat et la réflexion. Ce travail doit permettre aux équipes de dépasser les clivages professionnels et devenir un thème fédérateur. L'importance de la composition des groupes dans la représentation des différentes corporations doit aussi procéder d'une démarche participative plutôt que de l'injonction. Tout agent, quelque soit sa fonction doit pouvoir s'impliquer et ne pas croire que la qualité est le problème d'un autre collègue ou d'un autre service.

Il faudra également veiller à l'objectivité. En effet, chaque agent, chef de service ou cadre sera à la fois acteur et spectateur de cette démarche. Ce processus est, à un certain moment, une remise en cause des pratiques professionnelles, individuelles et collectives et la neutralité des animateurs de groupes sera prépondérante sur les résultats escomptés.

Enfin, la participation de l'utilisateur et/ou de sa famille même si elle peut inquiéter les professionnels me semble obligatoire. Questionner formellement les résidents permettra de mesurer l'écart entre les intentions des professionnels et la perception par l'utilisateur. C'est à mon sens un gage de transparence pour l'établissement et une reconnaissance de la parole de l'utilisateur.

3.2 Manager les ressources humaines : un gage de qualité

Le processus de conventionnement introduit, par la mise en oeuvre de la qualité dans les établissements, un nouveau regard sur la politique de gestion des ressources humaines. D'ailleurs cette démarche peut, à condition qu'elle s'adresse aux personnels, devenir un outil très efficace en termes de motivation. La direction doit mettre en place

⁶⁵ DUCALET P., LAFORCADE M., 2004, « Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales, sens, enjeux et méthodes », 2^{ème} édition, Paris, Seli Arslan, 335 p, pp 95.

une réelle stratégie autour des emplois afin d'éviter les effets pervers de la « *chronicisation* » du travail. « *Être directeur d'établissement, c'est exercer une délégation de pouvoir, c'est assurer la conduite et l'animation d'une organisation capable de répondre à sa mission, d'atteindre des objectifs susceptibles de satisfaire, de se développer dans un environnement changeant, d'animer et de promouvoir les différentes ressources humaines et matérielles afin de pérenniser l'objet social* »⁶⁶.

3.2.1 Favoriser la mutation entre les services, une stratégie de gestion

De par l'importance de l'établissement, il existe de nombreux mouvements dans les différents services. Les départs en retraite, les différents congés sur des périodes moyennes ou longues, les réductions du temps de travail, les mutations dans d'autres établissements et la création de nouveaux postes grâce à de nouveaux financements⁶⁷ créent, au sein de la RDAS, un mouvement quasi perpétuel au sein du personnel.

De plus, une politique interne favorisant la mobilité au sein de la RDAS a été mise en place depuis 7 ans favorisant en priorité les mouvements internes avant l'embauche de nouveaux personnels⁶⁸. Jusqu'en 2008, il était demandé tous les 3 ans, à 20% des agents composant l'effectif de chaque service ou unité de muter au sein de la structure. Cette mutation pouvait se faire entre les unités de vie mais aussi entre les deux sites. Ainsi, par exemple une AMP après plusieurs années sur le foyer de vie pouvait envisager de poursuivre sa carrière sur le secteur des personnes âgées et vice et versa.

Cette politique dans ses intentions rencontre de nombreux intérêts :

- éviter une forme de « *sclérose* » sur les lieux de vie avec une équipe habituée à travailler ensemble depuis des années ;
- apporter à l'agent, par la mutation interne, un autre questionnement ou d'autres savoirs faire dans sa nouvelle équipe ou inversement ;
- redonner une dimension de projet professionnel aux agents atteints d'une certaine lassitude ;
- découvrir une autre population et d'autres problématiques ;
- parfaire un questionnement professionnel, lors de formation qualifiante par exemple ;
- repositionner un agent après une formation ;
- ou encore, répondre à des incompatibilités entre agents.

Mais cette stratégie a semble-t-il quelques limites. J'ai pu remarquer en étudiant les dossiers des agents que peu de demandes se font naturellement entre les deux

⁶⁶ LEFEVRE P., 2003, « guide de la fonction de directeur d'établissement, dans les organisations sociales et médico-sociales », 2^{ème} édition, Paris, Dunod, 405 p.

⁶⁷ Par exemple, les fonds apportés par la signature de la nouvelle convention tripartite permettront de nouvelles mutations ou embauches d'IDE, AMP, AS et ASH.

⁶⁸ Voir annexe 4 : Note de service interne sur les vacances de postes.

secteurs, les cultures professionnelles étant encore fortes. Il existe une hiérarchisation des services dans l'esprit du personnel, basée, le plus souvent sur le niveau de handicap ou de dépendance et non sur le travail effectivement fait dans le service.

Par exemple, il est difficile de trouver des personnes en interne pour travailler au FAM. En son sein, une dissimilitude est même faite entre les deux services. Pourtant, pour avoir passé une partie importante de mon stage sur cette structure et travaillé sur le projet de réorganisation du nouveau FAM, je peux dire que cette différence est à mon sens construite plus sur des a priori et des ressentis que sur une différence réelle de population.

De nombreux agents ont tendance à oublier leur appartenance à l'entité RDAS et au-delà à la Fonction Publique Hospitalière (FPH), pour favoriser l'équipe dans laquelle ils travaillent. Il reste sur le plan de la mobilité des agents au sein de la structure encore de réels progrès à faire, qui passent, à mon sens, par une meilleure communication et connaissances entre les services ou sites.

Nonobstant, avec le projet du nouveau FAM, la direction a allégée cette règle pour permettre de stabiliser l'équipe du FAM et de travailler plus sereinement sur le projet de déménagement et le nouveau projet de service à mettre en place.

3.2.2 La formation : pour créer une dynamique

La qualité du travail découle des conditions offertes aux agents pour exercer au mieux leurs missions. Le directeur d'établissement a parfois des difficultés à trouver du personnel qualifié. Il doit aussi accompagner le personnel en place dans une démarche de formation continue répondant aux nouvelles exigences légales et professionnelles, en réponse aux besoins des résidents et de leurs familles, aux objectifs énoncés dans le projet d'établissement ou encore dans les engagements pris dans la convention tripartite.

Les actions de formation permettent d'améliorer l'organisation et les conditions de travail, de valoriser le professionnalisme des agents en maintenant et renforçant leur niveau de compétence et de qualification, d'adapter le personnel à l'évolution de l'établissement et des populations accueillies et enfin de créer une motivation interne.

Chaque agent a la possibilité de participer à des actions de formation continue ou qualifiantes. Celles-ci s'inscrivent dans le programme du plan de formation établi après une évaluation des besoins individuels ou collectifs.

Le chef d'établissement doit veiller à ce qu'aucune catégorie professionnelle ne soit oubliée, et pour ce faire, les relais avec les cadres et les responsables de services sont prépondérants. Il doit aussi avoir une vision globale des besoins et les prioriser. Ce regard sur l'ensemble de l'établissement est important, même s'il est parfois difficile de le partager avec des équipes car celles-ci ont souvent des difficultés à prendre le recul

nécessaire sur leurs pratiques. Il doit enfin avoir une vision projective, afin de préparer sereinement les nouveaux projets.

Pour arriver au but, deux formes de formation peuvent être développées. Les actions de formations à l'extérieur de la structure permettent de susciter des échanges avec d'autres professionnels ouvrant ainsi d'autres horizons et favorisant la confrontation d'expériences.

Les formations dites « *intra-muros* » ont aussi une réelle fonction au sein de l'établissement. Elles participent à l'intégration de nouveaux agents dans les choix stratégiques de l'établissement, et permettent, à des personnes peu motivées ou refusant de se déplacer de participer également à la réflexion. Certaines formations sont aussi pluridisciplinaires, multiservices et multi sites, et participent dans les échanges à une meilleure compréhension du travail effectué par « *l'autre* » et à une politique globale d'établissement. Enfin, elles ont aussi pour vocation, selon les thèmes, de fédérer des agents pour une cause commune, la formation incendie en est un exemple.

3.2.3 L'arrivée de nouveaux professionnels pour enrichir la qualité des prestations

Le projet de vie de la personne handicapée âgée, tout comme celui de la personne âgée doit être pris dans sa globalité. La maison de retraite est avant tout un lieu de vie, où se croisent différents professionnels spécialisés mais ne pouvant à eux seuls résoudre les problèmes liés à l'état de santé du résident. Pour faire vivre le projet de la personne accueillie la pluridisciplinarité est donc nécessaire.

Dans cette démarche, chaque professionnel participe selon ses compétences au bien-être de la personne et doit être conscient que seul il n'apportera qu'une réponse partielle aux besoins. « *Ainsi si l'objectif général de l'aide soignante est d'assurer une toilette dans les meilleures conditions, l'AMP, quant à elle, se sera donnée pour objectif de contribuer au bien-être de la personne en posant un regard sur les modalités consistant à faire accepter par un sujet désorienté le principe de cette toilette⁶⁹* ». Dans cet exemple la rencontre de l'AS et de l'AMP permet, grâce à des compétences complémentaires, une approche qualitative du travail. Je pense qu'il serait intéressant dans les modules de formations initiales des AMP, AS, Moniteurs Educateurs (ME) et ASE, d'introduire des connaissances transversales des métiers intervenant dans les champs du sanitaire, social et médico-social. Le travail en équipe pluridisciplinaire ne signifie pas que chaque personne travaille de la même façon, mais qu'ensemble elles réfléchissent aux moyens de parvenir aux objectifs décidés, que chacun avec ses savoir-

faire particuliers contribue au projet de la personne. De plus, l'arrivée dans un service d'une personne nouvelle et/ou de qualification différente permet d'apporter un dynamisme à une équipe parfois en usure par rapport au travail quotidien et, un regard différent sur les pratiques utilisées.

C'est le cas dans le cadre des moyens en personnel apportés par la nouvelle contractualisation. Au-delà du renforcement des équipes par la présence de nouveaux IDE, AMP, AS et ASH, les équipes des Cèdres et du Foyer B se compléteront d'un ASE, d'un ergothérapeute, d'un psychomotricien et d'une gérante de tutelle intervenant chacun dans des champs spécifiques mais toujours au service de la qualité des prestations.

Le dossier de soins, le dossier de vie sociale et le dossier administratif, alimentés par les différentes pratiques professionnelles permettront par leurs constats, moyens mis en place, objectifs et évaluations de faire vivre le projet individuel de la personne accueillie dans sa globalité.

3.3 La communication : un élément stratégique

Le management d'un établissement passe obligatoirement par une politique de communication forte. Toute la crédibilité des actions mises en place dans une structure est fondée sur l'information. Celle-ci doit être plurielle, elle doit toucher tout autant le personnel (3.1) que les instances, les résidents et leurs représentants (3.2) ainsi que l'ensemble des partenaires extérieurs afin de positionner l'établissement dans son environnement (3.3).

3.3.1 Un incontournable : la communication interne

La communication est une mission essentielle du directeur, un passage obligé pour accréditer les intentions, les volontés et les nouveaux projets. « *Informer, c'est former, c'est impliquer, c'est aussi respecter les salariés ; l'information et la communication sont de nature à fortifier le travail d'équipe, à développer la transparence, à favoriser les relations entre les personnes et à créer Des groupes de paroles* ⁷⁰ »

La RDAS étant un établissement éclaté sur plusieurs sites, très vite l'action peut se « *parcelliser* », annulant ainsi tous les efforts de cohérence dans l'action commune, et perdre de vue les objectifs développés dans le projet d'établissement, les projets de services.

⁶⁹ CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., 2004, « missions et management des équipes en établissement pour personnes âgées, de la relation humaine aux motivations, collection pratiques gérontologique », édition ERES, Ramonville, pp 104, 150 p.

⁷⁰ AGAËSSE M., 2004, Guide de la création et direction d'établissements pour personne âgées, Paris, Dunod, pp 387, 695p.

Ainsi, une véritable information au sein de cet établissement permet de clarifier des situations en apportant des réponses exactes, de faire participer les agents à l'évolution de la structure même s'ils ne sont pas directement concernés et surtout d'éviter toute forme de cloisonnement.

Lors de la signature de la deuxième convention tripartite, deux réunions d'information ont été programmées, une par site où l'ensemble des agents a été convié. Si la réunion sur le site de la maison retraite semble logique, celle sur le secteur des personnes handicapées de moins de 60 ans pouvait paraître superflue. Mais, en réalité, elle marquait le début d'une réflexion commune entre les deux sites sur le devenir des personnes handicapées vieillissantes aux Luminaires.

La restructuration des Cèdres et du Foyer B par rapport aux futurs besoins pour ces cinq prochaines années du foyer de vie et du FAM ne peut se faire les uns sans les autres. Une cohérence dans les projets d'accompagnement des résidents doit prendre forme passant par un partenariat et non une simple demande d'orientation. La réorganisation du FAM intégrant dans deux ans une nouvelle structure, le redéploiement de Foyer de vie sur l'ensemble des Luminaires ne peut se faire sans une réflexion globale d'établissement. Le devenir des personnes handicapées vieillissantes ou âgées sur ces secteurs, représentant plus de 40% de la population, sera un paramètre essentiel dans la mise en place de nouvelles organisations de travail.

Cette deuxième réunion était aussi une opportunité pour susciter la mobilité d'agents vers le secteur des personnes âgées, handicapées ou non, au vu de la création des nouveaux emplois issus de la nouvelle contractualisation.

3.3.2 Créer un dialogue avec les instances de l'établissement et les résidents

Un dialogue pertinent, favorisant les échanges doit se créer avec les instances internes. On ne peut gérer un établissement sans communiquer sur les avancées des projets en cours ou en gestation. Lors des différents Conseils d'Administration (CA) une partie peut être consacrée à une information sur les différents chantiers en cours, sur les nouvelles formations mises en place ou sur le questionnement des équipes et du travail à effectuer. Cette démarche a pour but de donner aux membres de l'assemblée une appartenance à l'établissement, ceux-ci le plus souvent étant totalement extérieur et pouvant s'en sentir exclus. Cette transparence est aussi un atout supplémentaire lors de négociation ou d'arbitrages. Elle participe à une meilleure connaissance de la structure et des problématiques rencontrées.

Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et de Condition de Travail (CHSCT) et le Comité Technique d'établissement (CTE) permettent d'interroger les agents sur les différentes

évolutions de l'établissement. Pour la direction, les échanges lors des réunions participent grâce aux regards croisés des différents représentants du personnel et des membres des comités, à l'évaluation de la politique globale décidée. Ils sont aussi une force de proposition pour le renforcement des conditions de travail et par effet « *boule de neige* » participent à l'amélioration de l'accompagnement des personnes qui leur sont confiés. Ces confrontations sont des indicateurs pour apprécier les compréhensions et ressentis des agents. Ils permettent pour le directeur d'expliquer, de « *ré expliquer* » ou confirmer les objectifs.

Associer les résidents et leurs familles aux questionnements et aux décisions est aussi incontournable. Au-delà du Conseil de la Vie Sociale et de toutes ses prérogatives, l'ouverture d'un dialogue avec les familles et les résidents est essentielle.

Pour les familles, cette écoute est une aide dans leurs préoccupations et culpabilités. Elle favorise le maintien du lien privilégié qu'un résident peut entretenir avec les siens. Elle conserve un lien affectif souvent très fragile, sauvegarde la vie passée et entretient une continuité avec le monde extérieur. De plus c'est un vecteur important pour l'image de l'établissement et participe à sa sérénité.

Enfin, les résidents eux-mêmes doivent être entendus. Ils vivent au quotidien dans l'établissement et on souvent un autre regard sur la structure, celui de l'usager. Ces préoccupations sont souvent simples à résoudre pourvu qu'on leur donne les moyens de s'exprimer. Il faut savoir entendre mais aussi écouter.

3.3.3 L'établissement dans son environnement

« *L'établissement n'est pas une tour d'ivoire vivant en l'autarcie, ce n'est pas une communauté de reclus ou d'exclus retiré ou fuyant le monde, ce n'est pas non plus un lieu ou l'on cacherait toute la misère du monde* »⁷¹. Cette phrase prend tout son sens au regard du passé de la RDAS.

J'ai pu lors de mon stage prendre conscience de l'importance des relations avec les autorités de tarification qu'un établissement doit avoir dans la construction d'un projet. Pour cette seconde convention tripartite au bénéfice des personnes handicapées âgées, le résultat est l'œuvre d'un travail de plusieurs années de rencontres, d'explications et de convictions à partager. Cette contractualisation n'est pas une fin en soit mais le début d'un travail de 5 ans qui devra à terme déboucher sur d'autres objectifs à mener, toujours dans le sens d'un meilleur accompagnement des personnes accueillies. Cette expérience pour être validée doit être partagée avec d'autres établissements. Elle peut convaincre

⁷¹ AGAËSSE M., 2004, Guide de la création et direction d'établissements pour personne âgées, Paris, Dunod, pp 396, 695p.

des directeurs et les personnels de maisons de retraite de se lancer dans la réalisation d'accueil de personnes handicapées âgées sur de petites unités de vie comme il est préconisé dans le schéma départemental. Elle peut aussi de par son expérience participer à la réflexion sur les solutions à apporter pour répondre aux besoins grandissants.

L'accueil des personnes handicapées âgées à la Résidence fait tout au plus partie de la palette des solutions possibles. Mais il est nécessaire de développer d'autres réponses. Il existe sur le département un maillage d'EHPAD conséquent. Un travail en réseau avec l'ensemble des partenaires : établissements pour personnes handicapées âgées (ESAT, Foyer de vie, FAM, MAS), établissements recevant des personnes âgées (EHPAD, maisons de retraites, hôpitaux locaux), le secteur psychiatrique et les institutions (Conseil Général, DDASS, MDPH, CLIC), pourrait être envisagé sur des territoires définis en fonction des bassins de vie.

Une autre piste de recherche de solutions serait, l'adaptation des structures spécialisées au changement démographique qui modifie à long terme le profil de la population handicapée. La solution de développer des sections adaptées au sein de foyers de vie ou de FAM peut aussi être étudiée. Cette réflexion est d'ailleurs d'actualité à la RDAS dans le cadre du devenir du nouveau FAM et du redéploiement du Foyer de vie. Cette réponse pourrait permettre d'apporter une continuité dans le projet de vie de la personne et d'éviter une rupture aux conséquences souvent fatales.

Enfin, pour les personnes les plus autonomes et toujours à domicile, des solutions transitoires s'appuyant sur des accueils de jour pourrait être développées. Elles faciliteraient l'entrée des personnes en établissement et éviteraient le placement contraint du fait de leur propre vieillissement ou de celui de leurs aidants.

La loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale a ouvert des perspectives de créer des solutions souples, innovantes, diversifiées et adaptées. Il reste maintenant aux directeurs d'établissements et à leurs équipes de s'emparer de ces possibilités et de monter différents projets afin de répondre le plus favorablement aux besoins des personnes accueillies.

Conclusion

Au terme de la réflexion conduite dans ce mémoire, il apparaît que la convention tripartite, instituée au départ pour l'accompagnement des personnes âgées, peut également s'adapter à la population des personnes handicapées âgées. Au-delà de son aspect premier purement financier, cette contractualisation représente une opportunité pour le directeur d'insuffler une dynamique sur l'ensemble de l'établissement.

Grâce à la démarche qualité, désormais « *fil rouge* » du travail social, le directeur peut mobiliser les équipes, les invitant à se questionner sur l'organisation des services et les pratiques professionnelles. Le processus d'amélioration des prestations participe ainsi à la rénovation des projets. L'enjeu sera pour le directeur de transformer une exigence de qualité réglementaire en une nécessité professionnelle pour les agents. L'ensemble de ces réflexions se posera en préambule, fin 2008, lors de la réécriture du projet d'établissement de la RDAS. D'ailleurs, La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, dispose que « *le projet d'établissement définit des objectifs concernant l'évaluation des activités et la qualité des prestations* ».

D'autre part, ce mémoire met en évidence tout l'intérêt du travail en interdisciplinarité. La richesse de l'addition des compétences professionnelles des différents acteurs ne peut que bénéficier aux personnes accueillies et la conjugaison des différentes disciplines spécialisées autour du résident est aujourd'hui un choix éthique fort pour un directeur d'établissement.

Ce partage de compétences pourrait également s'appliquer au niveau des établissements. Ainsi, la richesse des solutions à apporter autour de l'accompagnement des personnes handicapées âgées ne pourra que grandir par la mise en lien entre les secteurs gérontologique, médico-social et sanitaire. Dans les multiples solutions à apporter autour de l'accompagnement des personnes handicapées âgées, un véritable débat doit s'opérer sur les moyens à mettre en place. Les pouvoirs publics, même si le partage des compétences entre l'Etat, le Département et l'Assurance maladie génèrent encore des problèmes de lisibilité, doivent prendre la mesure du nombre croissant de personnes handicapées vieillissante ou âgées et participer activement à la mise en place de partenariats entre ces secteurs. Enfin, la MDPH, devrait à termes, être en mesure de donner une vision prospective des besoins en hébergement puisqu'elle centralise tous les dossiers des personnes ayant une reconnaissance « *personne handicapée* » sur le département. Ainsi, une véritable politique d'accueil pourrait être mise en place, liant enfin, l'offre et la demande.

Bibliographie

Références juridiques

Lois :

- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005, Loi n°2005-102 du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, Journal Officiel n° 36 du 12 février 2005, page 2353.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004, Loi 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, Journal Officiel n° 151 du 1^{er} juillet 2004, page 11944.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002, Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal Officiel n° 182 du 5 mars 2002, page 4118.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002, Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Journal Officiel n° 2 du 3 janvier 2002, page 124.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2001, Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, Journal Officiel n° 167 du 21 juillet 2001, page 11737.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 1975, Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, Journal Officiel du 1^{er} juillet 1975.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 1975, Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, Journal Officiel du 1^{er} juillet 1975.

Décrets :

- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004, Décret n° 2004-232 du 17 mars 2004 relatif à l'abaissement de l'âge de la retraite pour les assurés sociaux handicapés, Journal Officiel n° 66 du Journal Officiel du 18 mars 2004, page 5253.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2001, Décret n°2001-388 du 4 mai 2001 posant les règles de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, Journal Officiel n° 106 du 6 mai 2001, page 7175.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 1999, Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, Journal Officiel n° 98 du 27 avril 1999, page 6223.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 1999, Décret n°99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, Journal Officiel n° 98 du 27 avril 1999, page 6248.

Arrêtés :

- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004, arrêté du 13 août 2004 relatif au contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle, Journal Officiel n° 221 du 22 septembre 2004, page 16407.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 1999, arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle, Journal Officiel n° 98 du 27 avril 1999, page 6256.

Ouvrages :

- JAEGER M., 2006, « Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale », Rennes, ENSP, pp 1079.
- CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., 2004, « missions et management des équipes en établissement pour personnes âgées, de la relation humaine aux motivations, collection pratiques gérontologique », édition ERES, Ramonville, pp 104, 150 p.
- AGAËSSE M., 2004, Guide de la création et direction d'établissements pour personne âgées, Paris, Dunod, pp 387, 695p.
- DUCALET P., LAFORCADE M., 2004, « Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales, sens, enjeux et méthodes », 2^{ème} édition, Paris, Seli Arslan, 335 p, pp 95.
- ROUSSEL P, 2004, *la visite de conventionnement des EHPAD*. Rennes, ENSP, 142p.
- LEFEVRE P., 2003, « guide de la fonction de directeur d'établissement, dans les organisations sociales et médico-sociales », 2^{ème} édition, Paris, Dunod, 405 p.
- ZRIBI G, SARFATY J, 2003, *Le vieillissement des personnes handicapées mentales*. Rennes, ENSP, 198p.
- BAUDURET JF, JAEGER M, 2002, *réformer l'action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, 320 p.
- BREITENBACH N, 1999, *Une saison de plus, handicap mental et vieillissement*. Paris : Desclée DE Brouwer, Collection handicap, 256p.
- GOFFMAN E., 1998, « *Asiles : études sur la condition des malades mentaux* », Paris, Edition de minuit, pp 45.
- GUYOT P, 1997, *la vieillesse des personnes handicapées : quelles politiques sociales ? Lieux de vie-ressources-aide sociale*. Paris, CTNERHI, Collection Etudes et Recherches, 1997, 168p.
- LENOIR R., 1974, *Les exclus : un français sur 10*. Paris : Edition du Seuil, 173p.

Ouvrages collectifs :

- BROUARD N, ROUSSEL P, 2005, *Handicap en chiffres*, Paris, CTNERHI, juin 2005, 130 p.

- AZEMA B. et MARTINEZ N., 2003, *Les personnes handicapées vieillissantes : espérance de vie et de santé ; qualité de vie*, Revue française des affaires sociales, Une revue de la littérature pp390.
- CTNERHI, 2002, *La personne handicapée vieillissante ou âgée*. Paris, 2^{ème} édition, CTNERHI, dossier professionnel n°10, octobre 2002, 102p.
- FONDATION de France, 2000, réseau de consultants en gérontologie BASCOUL JL, DOISNEAU O, EYNARD C, ROTHEGEL WERLEN F ; CREAÎ île de France BEREYRE JY. *Les accompagner jusqu'au bout du chemin, l'accueil des personnes handicapées mentales vieillissantes*. Rennes, ENSP, politiques et interventions sociales, 187p.
- REBOUL H., NICOLAS C., MARKT A., 1995, *Vieillir en foyer de vie ou ailleurs ?* Prix Gerse 1995, Atelier Denis Cordelier, Dardilly, p 34

Articles et périodiques :

- De MALLEVOUE D., 2006, in *Le défi de la prise en charge des handicapés vieillissants*, Paris, Le Figaro, 14 juillet 2006.
- CAUSSE D, JAMOT M, 2006, *Quelles structures pour accueillir des personnes handicapées vieillissantes ?* Paris, Fédération Hospitalière de France, juin 2006.
- BROUSSEAU V, CARNEIN S, 2006, *le vieillissement des personnes handicapées prises en charge en structures sociales ou médico-sociales*, Revue Médicale de l'Assurance Maladie, volume 37, n°2 / avril-juin 2006 p 83-92
- GUYOT P, 2006, *Lieux de vie et régimes d'aide sociale applicable pour les personnes handicapées âgées- les récentes évolutions législatives*. Dijon, Bulletin d'information du CREAÎ Bourgogne, mars 2006.
- BROUSSEAU V, DARDALHON S, CARNEIN S., *La personne handicapée vieillissante : "je vieillis moi... ?" Quels besoins et quel accompagnement ?* Notes et Documents, Centre régional pour l'étude et l'action des personnes inadaptées Alsace, 2005 p 117 :118.
- VERCAUTEREN R, COLVEZ A, LAFARGUE L, DAVER C, *handicap et gérontologie : une convergence est-elle possible ?* Géroscopie, volume 6, juin/juillet 2003, pp. 20-29
- Journées nationales du C.C.A.H 4 et 5 décembre 2001 : *Les personnes handicapées vieillissantes ou âgées : une problématique sociale d'actualité en évolution*, Paris, Réadaptation, mai 2002, n°490, pp. 7-46
- LIBERMAN R., 1987, *Le vieillissement des handicapés mentaux en C.A.T*, Réadaptation, n°339.
- C.R.E.A.I Languedoc-Roussillon, 1988, *vieillir en C.A.T. Recherche sur le vieillissement des personnes handicapées travaillant en C.A.T*. Doc. Ronéo.
- GABBAI P., 1998, *Processus et modalités de l'avancée en âge des personnes handicapées mentales et physiques*, le colporteur, Mars 1998, n°345, pp. 2-5

- GABBAY P, 1998, *les équipes soignantes et éducatives face au vieillissement des personnes handicapées*, Les cahiers de l'actif n° 312-313 p 27-33

Rapports, études et avis :

- CNSA, Rapport annuel 2007, *Un nouveau champ de protection sociale*, Paris, Janvier 2008, 79 p.

- BOUCHER R, BOURES P A, BOYE J P, DUBLINEAU H, JAEGER M, LARCHER P, MACON H, MARCHAL H, PAUC M, 2007, *Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social* Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, Direction Générale de l'Action Sociale, Conseil Supérieur du Travail Social, Rennes, ENSP, 113 p.

- BLANC P, 2006, *Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : Un nouveau défi pour leur prise en charge*, Rapport remis à Philippe BAS, Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, 11 juillet 2006.

- Rapport ODAS, 2006, *Maison départemental des personnes handicapées, une réforme bien engagée*, Paris, mai 2006, 28 p.

- N° hors série du Mensuel des maisons de retraite, 2005, *Quel avenir pour les personnes handicapées vieillissantes ?* Actes des Rencontres parlementaires du secteur social et médico-social, Assemblée nationale, 28 septembre 2005

- GERARDIN I, GUYOT P, LANDANGER M, *Guide d'accompagnement et de prise en charge des personnes handicapées âgées*, Etude réalisée dans le cadre du Programme Régional de Santé, Dijon, CREA Bourgogne, juillet 2004, 114p.

- Karin CHAUVIN, Dossier documentaire, *Vieillesse des personnes handicapées et adaptation des prises en charges, en France et en Europe*, Formation continue, 2004, ENSP.

- BONNET M., *Pour une prise en charge collective, quel que soit leur âge, des personnes en situation de handicap*, Rapport présenté au nom de la section des affaires sociales du Conseil Économique et social, février 2004, 92p.

- BRIET R., JAMET P., *Pour une prise en charge solidaire et responsable de la perte d'autonomie*, rapport de la mission de préfiguration de la CNSA, mai 2004, 60p.

- AZEMA B, MARTINEZ N, *Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie, projections démographiques et aspect qualitatifs*. Paris, Rapport d'étude pour la DRESS, Ministère des affaires sociales du travail et de la solidarité- ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées. Montpellier : CREA Languedoc-Roussillon, 2003, 317p.

- DRESS, *les personnes handicapées vieillissantes : une approche à partir de l'enquête HID*, n° 204, décembre 2002.

- Avis du haut conseil de la population et de la famille. *Avis relatif au vieillissement des personnes handicapées*, Paris, Novembre 2002, 3 p.
- MICHAUDONN H, *Les personnes handicapées vieillissantes, une approche à partir e l'enquête HID*, Paris, DRESS, Etudes et résultats, n°204, Décembre 2002.
- GOUPIL G., 2001, Actes de la Journée nationale du Comité National de Coordination de l'Action en faveur des Personnes Handicapées mentales vieillissantes, l'Harmattan, Paris, 5 décembre 2001.
- GOUPIL G., 2001, Actes de la Journée nationale du Comité National de Coordination de l'Action en faveur des Personnes Handicapées mentales vieillissantes, l'Harmattan, Paris, 5 décembre 2001.
- CAYET J, *la prise en charge des personnes vieillissantes handicapées mentales ou souffrant de troubles mentaux. Avis au conseil économique et social du 25 novembre 1998*. Paris : journal officiel, 1998, 108 p (Avis et rapport n°98-22).
- LAROQUE G, *Rapport du groupe de travail sur le vieillissement des personnes handicapées*. Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH), Paris, secrétariat d'Etat à la santé et à la sécurité sociale, février 1997, 38p.

Mémoires

- NATIER (O.), *Handicapés mentaux vieillissants : un accompagnement spécifique ?* Directeur d'établissement social et médico-social public, promotion 2002 – 2003, 68 p.
- DEVAUX (F.), *Personnes handicapées vieillissantes en maison de retraite : une prise en charge adaptée ?* Directeur d'établissement sanitaire et social public, promotion 2002 - 2003, 77p.

Documents départementaux :

- Le Règlement Départemental de l'Aide sociale de Saône-et-Loire. Conseil Général. 2007.
 - Schéma départemental en faveur des personnes âgées. Conseil Général de Saône-et-Loire.
- Schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap. Conseil Général de Saône-et-Loire.

Sites Internet :

- <http://www.dress.fr>
- <http://www.santé.gouv>
- <http://www.FHF.fr>
- <http://www.Lien-social.com>

Liste des annexes

Annexe 1 : questionnaire / guide d'entretiens et de réponses autour de la prise en charge des personnes handicapées âgées.

Annexe 2 : Etude quantitative sur l'âge des résidents du foyer des Luminaires de la Résidence Départementale d'Accueil et de Soins de Mâcon.

Annexe 3 : Arrêté du département de Saône et Loire : tarifs EHPAD 2008 de la Résidence d'Accueil et de Soins de Mâcon.

Annexe 4 : Dotation globale de financement « soins » 2008, EHPAD : Résidence Départementale d'Accueil et de Soins de Mâcon.

Annexe 5 : Note de service : vacances de postes / Mutations internes

ANNEXE 1

Questionnaire / guide d'entretien et réponses autour de la prise en charge des personnes handicapées âgées sur le département de Saône et Loire

1) Méthodologie :

Lors de mon stage au Conseil Général en septembre et octobre 2007, j'ai élaboré un questionnaire sur la problématique des personnes handicapées âgées afin d'asseoir ma réflexion pour ce mémoire. Ce questionnaire a été soumis à l'ensemble des établissements de Saône et Loire recevant des personnes adultes handicapées. Pour certaines structures après un contact téléphonique, je leur ai envoyé le questionnaire par mail, et pour d'autres je me suis servi de ce questionnaire comme guide d'entretien lors de visites. Les personnes contactées ont été les directeurs ou leurs chefs de service.

2) Etablissements questionnés :

Sur 33 services contactés, j'ai eu 21 réponses : 8 par mail. Pour les visites, certains établissements ayant plusieurs services, elles ont été au nombre de 9.

Foyer d'Accueil Médicalisé

AZE - Les Perrières - Sésame artiste-

CHAROLLE - Les Myosotis - Papillons Blancs

MACON - RDAS - Les Luminaires - FPH

SEVREY - Foyer l'arc en ciel - Papillons blancs

Pas de réponse en retour

Pas de réponse en retour

Visite / Entretien

pas de réponse en retour

Foyer de vie

BONNAY - Les Avouards - UNAFAM

BUXY - Fontaine de Barange - Associatif

BLANZY - Foyer Bourgogne - Papillons Blancs

Le BREUIL - Les Eglantines - Papillons Blancs

CHARNAY-LES-MACON - La Chevanière - Associatif

CHARNAY-LES-MACON - Les Villandières – Privé lucratif

GIVRY - Marie José Marchand - Associatif

MACON - RDAS - Les Luminaires - FPH

PARAY-le-MONIAL - Foyer du Parc - Papillons Blancs

St REMY - Arcadie - Associatif

SIMARD - Route de Louhans - Papillons Blancs

TOURNUS - Le clos mouron - Les Lauriers - FPH

Visite / Entretien

par téléphone et mail

pas de réponse en retour

Visite / Entretien

par téléphone et mail

par téléphone et mail

par téléphone et mail

Visite / Entretien

Pas de réponse en retour

par téléphone et mail

Visite / Entretien

Visite / Entretien

Service de Soutien

BLANZY - Le Vernoy - FPH

CHALON-sur-SAONE - AMEC - Associatif

HURIGNY - Chanteloup - Mutualiste

MONTRET - Le clos mouron - FPH

TOURNUS - Le clos mouron - FPH

CHALON-sur-SAONE - UNAFAM -

PARAY-le-MONIAL - UNAFAM -

Visite / Entretien

Pas de réponse en retour

Visite / Entretien

par téléphone et mail

Visite / Entretien

Visite / Entretien

Visite / Entretien

Foyer d'hébergement et d'accompagnement

AUTUN - FT Les Colombes - Papillons blancs

BLANZY - Résidence Bourgogne - Papillons Blancs

Le BREUIL - Foyer Alizé – Papillons Blancs

CHALON-sur-SAONE - APAJH –

CHAUFFAILLES - L'Oasis - Associatif

HURIGNY - Chanteloup – Mutualiste

JONCY - Résidence des Rogeats - Associatif

MONTRET - Le clos mouron - FPH

PARAY-le-MONIAL - Les Frênes - Papillons Blancs

St MARCEL - Résidence G FAUCONNET – AMEC – Associatif

Visite / Entretien

Pas de réponse en retour

Visite / Entretien

par téléphone et mail

par téléphone et mail

Visite / Entretien

Pas de réponse en retour

par téléphone et mail

Pas de réponse en retour

Pas de réponse en retour

3) Questions et réponses

1) Dans votre établissement avez-vous déjà été ou êtes vous, confrontés à la problématique des Personnes Handicapées Vieillissantes ?

Pour analyser les réponses de cette question Il faut prendre en compte la date de création des établissements et les types de personnes accueillies. En effet les établissements qui ont vu le jour dans les années 70/80 sont tous confrontés et depuis déjà plusieurs années à cette question. Quant aux autres ils commencent à découvrir cette problématique.

Le type d'établissement est aussi important. Les ESAT semblent confrontés à ce problème plus tôt (avant les 60 ans). Il est vrai que les travailleurs handicapés sont beaucoup plus sollicités et qu'un minimum « *rentabilité* » est attendu. La réponse au vieillissement ou tout au moins à une baisse de productivité (fatigabilité) se transforme après adaptation des postes et temps de travail en « *reclassement professionnel* » : réorientation en Foyer de vie ou mise à la retraite. Les services d'hébergement d'ESAT, on encore visiblement du mal à imaginer la prise en charge de personnes ne travaillant plus.

Les établissements recevant des personnes plus lourdement handicapées sont aussi touchés, mais depuis la loi du 2 janvier 2002, une réponse interne est souvent mise en place en conservant la personne après ses 60 ans.

En tout état de cause on peut dire maintenant que chaque établissement est régulièrement confronté à cette problématique.

2) Si vous avez déjà été confronté à ce problème, comment y avez-vous répondu ?

Plusieurs réponses :

- la Maison de Retraite traditionnelle ou l'EHPAD (solution liée avec un rapprochement familial ou aux origines de la personne) pour les anciens travailleurs d'ESAT et personnes venant de foyer de vie.
- L'accueil en maison de retraites spécialisées (les Cèdres RDAS, Saint Désert) pour des anciens travailleurs d'ESAT et des personnes venant de foyer de vie.
- Le maintien dans l'établissement (FAM, Foyer de vie, Foyer d'hébergement traditionnel)
- Suivi par un SAVS (3 personnes au moment de l'enquête)
- Avant 60 ans réorientation dans une autre structure (par exemple de Foyer de vie en FAM, d'ESAT en foyer de vie)

3) Les solutions mises en place ont-elles été en adéquation avec les attentes des personnes accueillies ?

Pas toujours, elles tiennent surtout d'un travail de préparation important en amont et de la participation de la personne à son projet. De grosses difficultés de travailler avec les maisons de retraite sont quand même présentes. Le handicap mental faisant « *peur* » aux personnels des EHPAD.

4) Qu'elles ont été ou sont encore, les principales difficultés rencontrées pour l'établissement ?

- De trouver la « *bonne* » structure correspondant au mode de vie et aux attentes de la personne.
- La difficulté de travailler avec les maisons de retraite et EHPAD (méconnaissance et peur du handicap)
- Rupture de prise en charge : Pas ou peu d'accompagnement à la vie sociale dans les maisons de retraite.
- Devoir prendre une décision rapide lorsqu'il y a une place de libre.
- Le travail avec les professionnels, les familles et les associations.
- Mauvaise connaissance des structures sur le territoire pouvant répondre à la demande.

5) Qu'elles ont été ou sont encore, les principales difficultés rencontrées pour la personne accueillie ?

En général :

- S'adapter au changement.
- La rupture avec son ancienne situation. Comment conserver un lien avec son ancienne vie ?
- Se trouver dans des logiques forcées. (Pas la meilleure solution mais la moins pire).

En maison de retraite ou EHPAD :

- La différence d'âge avec la population traditionnellement accueillie
- Le manque d'activités occupationnelles
- Le manque de prise en charge individuelle
- La promiscuité
- La confrontation à la fin de vie
- Structure non adaptée (handicap psychique)

6) Pensez-vous rencontrer cette problématique prochainement ? A quelle échéance ? Et pour combien de personne ?

A la grande majorité les établissements répondent oui à la première question. L'échéance est là. Il est difficile de faire une généralité sur le nombre de personnes.

7) A votre avis peut-on considérer que le problème du vieillissement des Personnes Handicapées commence à 60 ans ?

Plusieurs types de réponses :

- En fonction du handicap ou de la maladie
- En fonction de la personne et de son parcours de vie (individuel /contextuel)
- Tout comme le commun des mortels, chaque situation est particulière
- Fatigabilité plus importante
- Baisse du rythme de vie
- Ne pas confondre avec le côté atonique du handicap
- Ne pas confondre vieillissement et baisse de motivation
- Ce vieillissement peut être l'expression d'un état dépressif

8) Selon vous, existe t-il un vieillissement précoce chez les personnes handicapées ?

- Oui pour certaines personnes (TR21/ Maladies évolutives/ IMC).
- Oui plus important que pour la population en générale.
- En fonction des parcours de vie
- Oui sur le plan physique, pas forcément sur le plan intellectuel
- Ne pas confondre manque de tonus et vieillissement
- En fonction de la personne (pas de généralité)

9) À partir de quel âge pensez-vous que le vieillissement de la personne commence à poser des problèmes de prise en charge ?

Pour les Foyers de vie :

Quand la personne a besoin d'une tierce personne pour effectuer des simples actes de la vie quotidienne. Lorsqu' apparaît des soins importants quotidiens. Mais pas d'âge prédominant.

Pour les F A M :

Quand le besoin de soins est très technique constant et spécialisé. (40 ans pour les pathologies lourdes).

Pour les structures d'hébergement d'ESAT :

Problème de fatigabilité, de déplacement, de rythme de vie. Pas d'âge prédominant.

10) Qu'elles sont pour vous les modifications liées au processus de vieillissement les plus invalidantes pour la personne par rapport aux prestations que vous apportez ?

Les réponses les plus courantes :

- La Fatigabilité
- Les pertes de repères spatiaux temporels
- Les problèmes de santé
- La perte d'autonomie dans les déplacements
- L'arrivée de pathologies somatiques lourdes
- Une souffrance psychique
- La perte ou l'altération de la vision et de l'ouïe
- Les changements d'humeur
- Les conflits de génération
- La difficulté de s'adapter aux rythmes de vie

11) La possibilité de pouvoir continuer d'accueillir dans l'établissement des personnes de plus de 60 ans vous paraît-elle une bonne mesure ?

Oui dans l'ensemble mais avec certaines conditions :

- A condition d'adapter les structures et les projets
- Attention de ne pas recréer l'hospice
- Demande de nouvelles compétences pour les personnels
- La tarification doit être adaptée
- Attention de ne pas transformer certains services en maison de retraite
- A condition d'adapter les prises en charge
- La présence du soin dans le service
- Ne pas bloquer le nombre de place (Amendement Creton)

12) Le développement des SAVS, des SAMSHAH, accueils de jour, SSIAD, SVA, services d'aide à domicile (portage de repas, téléalarme...) sont-ils des éléments de l'offre susceptibles d'apporter des réponses adaptées à cette problématique ?

L'accueil de jour est très souvent cité. (L'apport d'activités de jour répondant aux besoins)

Toutes ces structures conviennent bien aux personnes pouvant vivre à domicile mais quid des personnes ayant un passé institutionnel lourd ? Réponses adaptées pour certaines personnes orientées en ESAT.

Les SSIAD semblent être une alternative pour les soins très intéressante mais il ressort de cette enquête qu'il manque de service et que ceux-ci s'ils existent sont vites en sur activité.

13) Le programme expérimental d'aides pour le développement des modes d'accueil alternatifs pour les personnes handicapées lancé par le Conseil Général propose la création de Petite Unité de Vie, de l'accueil familial, des domiciles collectifs (appartements médico-sociaux), des centres d'activités de jour. Ces mesures peuvent-elles participer à une réponse à la problématique PHV ?

Les petites unités de vie ont un écho favorable. Celles-ci doivent être incluses dans un maillage d'aide de proximité. Bonne alternative entre l'établissement d'origine et l'entrée en EHPAD.

Les centres d'activité de jour permettent aux personnes de conserver un lien social. Possibilité de l'ouvrir aux Personnes Handicapées en EHPAD.

Pour l'accueil familial et les appartements médico-sociaux, l'avis est plus mitigé. Le problème de la formation des intervenants étant souvent mis en avant.

14) Que pensez-vous de l'expérimentation d'EHPAD avec des unités spécialisées pour l'accueil de PHV ?

Pour une majorité des personnes cette solution semble cohérente et pourrait apporter une réponse rapide à l'ensemble du territoire dû au maillage déjà existant.

Par contre dû à la différence d'âge entre les deux populations, il faudrait veiller à une autre prise en charge des personnes (+ d'animation, réel projet de vie)

15) Que pensez-vous de l'expérimentation de sections FAM dans les foyers de vie ?

Cette alternative semble intéressante mais il faut bien avoir à l'esprit que les prises en charge sont différentes, qu'il faudra adapter les services en fonction des populations accueillies et de ne pas reproduire l'hospice. Adapter la tarification à la population.

16) Pensez-vous qu'un travail en réseau avec différents partenaires : associations, établissements sociaux et médico-sociaux, établissements sanitaires, services à domicile, CLIC... Pourrait aider à apporter une réponse plus adaptée à cette problématique ?

Aucune personne n'a émis un avis défavorable sur le travail en réseau et la richesse des échanges qui pourrait en résulter mais un réseau ne se décrète pas et relève pour l'instant plus de l'incantatoire que de la réalité.

Des réseaux existent sur le département mais ceux-ci sont souvent très techniques et à vocation unique et vivent grâce aux volontés des personnes qui les animent.

Une coopération plus active sur cette problématique entre la DDASS et le CG pourrait aussi être un exemple pour les établissements.

17) A votre avis, où sont les freins s'il y en a, à une coopération entre les différents acteurs ?

Plusieurs réponses sont données :

- Les prés carrés des intervenants (associations, Directeurs)
- Une vraie volonté de travailler ensemble
- Les financements
- Des logiques et des cultures professionnelles différentes
- Attention à la dilution des responsabilités

18) Pensez-vous possible une convergence entre les secteurs Personnes Handicapées et Personnes Agées, et peut-on envisager une collaboration avec le secteur sanitaire ?

Une collaboration entre le secteur PH et PA semble comprise mais il reste à définir les buts et les objectifs. Il y a beaucoup de similitudes entre la prise en charge à domicile des PA et des PH avec un bémol en termes d'accompagnement de la personne pour les PA comparés aux PH. Peur du secteur PH de mutualiser les moyens et de ce fait réduire le niveau d'encadrement des PH. Comparaison des ratios.

La convergence renvoie aussi à la formation des personnels, mais aussi à celle des familles et des associations.

Accepter d'autres cultures professionnelles. (Médicale, soignante, éducative, animation, administrative).

19) Avez-vous des projets autour de ce sujet ?

De nombreux établissements sont en pleine restructuration. Les lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005 ont insufflé une réflexion nouvelle sur l'accompagnement des Personnes Handicapées.

L'ensemble des projets SAVS, SAMSHAH, accueil de jour, services d'aide à domicile intègre cette problématique.

20) Avez-vous d'autres éléments, pistes de réflexion, remarques ou interrogations à me communiquer sur ce sujet ?

Développer le travail en collaboration entre le personnel soignant et le personnel éducatif dès la formation.

Repenser la formation des personnes intervenant auprès de la population PHV.

Développer beaucoup plus l'idée de projet de vie dans les EHPAD.

Prévention du vieillissement dans les établissements pour personnes handicapées.

Réflexion sur les raisons du vieillissement précoces des PH.

Créer des synergies entre les deux secteurs.

Rôles d'animateurs des instances de contrôle et tarifaires.

Développer la réflexion sur la prise en charge des PHV auprès des établissements de sanitaire. Associer les Hôpitaux locaux, les Maisons de retraite, les MARPA, EHPAD, foyer logement, services à la personne.

Les questions étant ouvertes et les réponses le plus souvent multiples, je n'ai pas cherché à développer des ratios ou des pourcentages de réponses, qui à mon sens ne représenteraient rien. Par contre les rencontres et les réponses données par les différents intervenants, m'ont permis de construire une réflexion autour de cette problématique, d'écrire ce mémoire et de conclure que la prise en charge des personnes handicapées âgées passe par la recherche de solutions innovantes, souples et durables. Il s'agit ainsi de développer des réponses individuelles tenant compte des souhaits des personnes et/ou de leurs familles.

Je remercie toutes les personnes qui ont bien voulu répondre à mon questionnaire. Leurs réponses m'ont permis de diriger mes recherches et de réaliser ce mémoire.

Annexe 2

Etude quantitative sur l'âge des résidents du foyer des Luminaires de la Résidence Départementale d'Accueil et de Soins de Mâcon.

Etude faite en date du 14 mars 2008

1) Le Foyer d'Accueil Médicalisé (2 lieux de vie)

- Lieu de vie Myosotis (25 résidents)

Moyenne d'âge : 47,44 ans

60 ans et + : 4 personnes

59 ans : 0

58 ans : 1 personne

57 ans : 0

56 ans : 0

55 ans : 2 personnes

54 ans : 2 personnes

53 ans : 1 personne

52 ans : 0

51 ans : 0

50 ans : 1 personne

7 personnes ont plus de 55 ans 28 %

11 personnes ont plus de 50ans 44 %

- Lieu de vie Pervenche (25 résidents)

Moyenne d'âge : 45,44 ans

60 ans et + : 1 personne

59 ans : 0

58 ans : 1 personne

57 ans : 3 personnes

56 ans : 0

55 ans : 4 personnes

54 ans : 0

53 ans : 0

52 ans : 1 personne

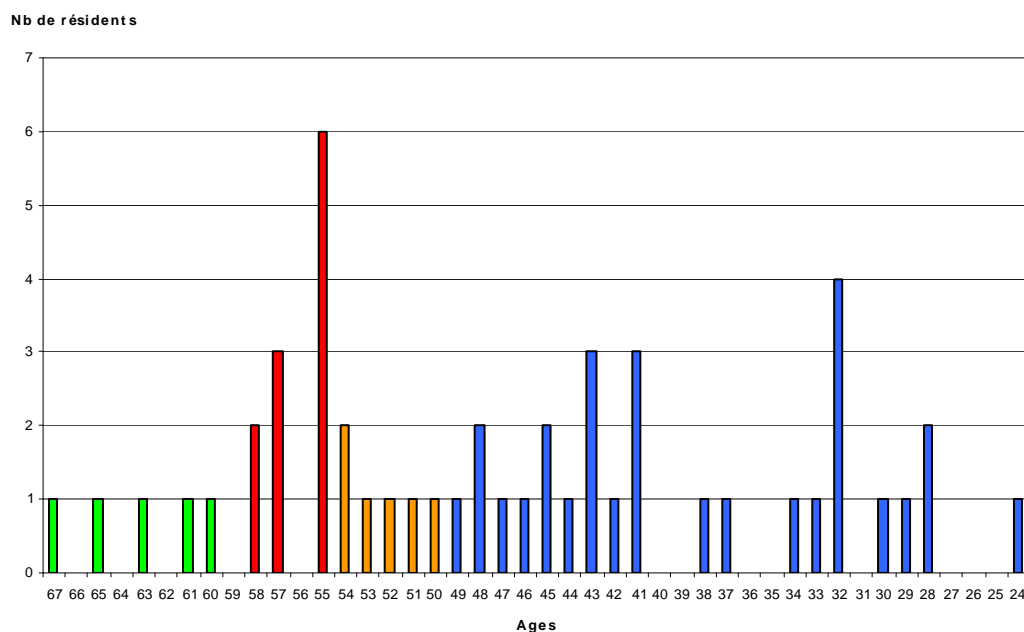
51 ans : 1 personne

50 ans : 0

9 personnes ont plus de 55 ans 36 %

11 personnes ont plus de 50ans 44 %

**LES PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES AU FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE (FAM)
AU 14 MARS 2008**



Soit sur l'ensemble du Foyer d'Accueil Médicalisé :

La moyenne d'âge : 46,44 ans

■ 5 personnes de + de 60 ans

■ 6 personnes de 50 à 54 ans

■ 11 personnes de 55 à 60 ans

■ 28 personnes de 24 à 49 ans

16 personnes ont 55 ans ou plus soit 32 % de la population

22 personnes ont 50 ans ou plus soit 44 % de la population

Projection dans les 5 années à venir :

En 2008 : 5 personnes ont 60 ans ou plus ;

En 2009 : 2 personnes atteindront leurs 60 ans soit 7 personnes de + de 60ans ;

En 2010 : 3 personnes atteindront leurs 60 ans soit 9 personnes de + de 60ans ;

En 2011 : 1 personne atteindra ses 60 ans soit 10 personnes de + de 60ans ;

En 2012 : 5 personnes atteindront leurs 60 ans soit 15 personnes de + de 60ans ;

En 2013 : 3 personnes atteindront leurs 60 ans soit 18 personnes de + de 60ans.

2) Les personnes handicapées vieillissantes au Foyer de vie (4 lieux de vie)

- Lieu de vie : Giroflée (25 résidents)

Moyenne d'âge : 38,80 ans

60 ans et + : 0

59 ans : 2 personnes

58 ans : 0

57 ans : 1 personne

56 ans : 0

55 ans : 0

54 ans : 0

53 ans : 1 personne

52 ans : 1 personne

51 ans : 0

50 ans : 0

3 personnes ont plus de 55 ans 12 %

5 personnes ont plus de 50 ans 20 %

- Lieu de vie : Jonquille (25 résidents)

Moyenne d'âge : 46,84 ans

60 ans et + : 1 personne

59 ans : 1 personne

58 ans : 2 personnes

57 ans : 0

56 ans : 4 personnes

55 ans : 0

54 ans : 0

53 ans : 0

52 ans : 0

51 ans : 3 personnes

50 ans : 1 personne

8 personnes ont plus de 55 ans 32 %

12 personnes ont plus de 50 ans 48 %

- Lieu de vie Lilas (26)

Moyenne d'âge : 45,58 ans

60 ans et + : 1 personne

59 ans : 1 personne

58 ans : 5 personnes

57 ans : 0

56 ans : 1 personne

55 ans : 1 personne

54 ans : 1 personne

53 ans : 1 personne

52 ans : 0

51 ans : 1 personne

50 ans : 0

9 personnes ont plus de 55 ans 34.61 %

2 personnes ont plus de 50 ans 46.15 %

- Lieu de vie Camélia (24)

Moyenne d'âge : 46,87 ans

60 ans et + : 4 personnes

59 ans : 1 personne

58 ans : 1 personne

57 ans : 1 personne

56 ans : 0

55 ans : 0

54 ans : 1 personne

53 ans : 2 personnes

52 ans : 0

51 ans : 1 personne

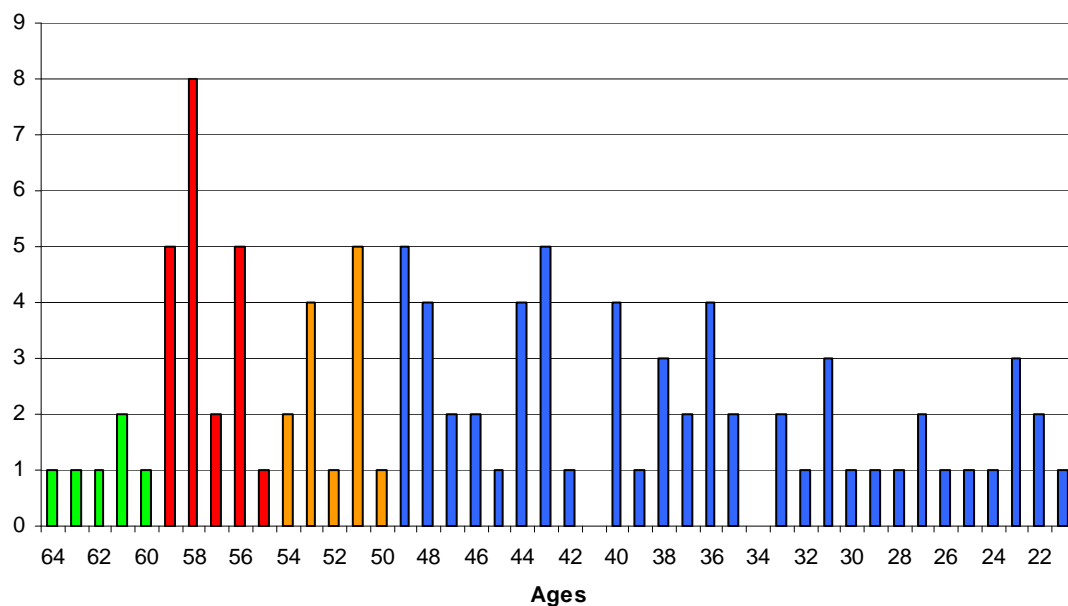
50 ans : 0

7 personnes ont plus de 55 ans 29.16 %

11 personnes ont plus de 50ans 45.83 %

LES PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES AU FOYER DE VIE (FO) AU 14 MARS 2008

Nb de résidents



Soit sur l'ensemble du Foyer de vie

La moyenne d'âge : 44,52 ans



6 personnes de + de 60 ans



13 personnes de 50 à 54 ans



21 personnes de 55 à 60 ans



60 personnes de 24 à 49 ans

27 personnes ont 55 ans ou plus soit 27% de la population.

40 personnes ont 50 ans ou plus soit 40% de la population.

Projection dans les 5 années à venir :

En 2008 : 10 personnes ont 60 ans ou plus ;

En 2009 : 7 personnes atteindront leurs 60ans soit 17 personnes de + de 60ans ;

En 2010 : 4 personnes atteindront leurs 60ans soit 21 personnes de + de 60ans ;

En 2011 : 4 personnes atteindront leurs 60ans soit 25 personnes de + de 60ans ;

En 2012 : 2 personnes atteindront leurs 60 ans soit 27 personnes de + de 60ans ;

En 2013 : 2 personnes atteindront leurs 60 ans soit 29 personnes de + de 60ans.

ANNEXE 3

Arrêté du département de Saône et Loire : tarifs EHPAD 2008 de la Résidence d'Accueil et de Soins

DEPARTEMENT DE SAÔNE-ET-LOIRE

DIRECTION DES PERSONNES AGEES
ET DES PERSONNES HANDICAPEES

*Service Tarification Etablissements
et Services*

Arrêté N°082510

LE PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL
DE SAÔNE-ET-LOIRE

COPIE CERTIFIÉE CONFORME
A L'ORIGINAL



Vu le code de l'action sociale et des familles ;

Vu les lois N° 83-8 du 7 janvier 1983 et N° 83-663 du 22 juillet 1983 relatives à la répartition des compétences entre les Communes, les Départements, les Régions et l'Etat ;

Vu la loi N° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ;

Vu la loi N° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;

Vu le décret N° 90-359 du 11 avril 1990 relatif au contentieux de la Tarification sanitaire et sociale et au Conseil supérieur de l'aide sociale ;

Vu le décret N° 2001-388 du 4 mai 2001 modifiant les décrets N° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes et le décret N° 58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics ;

Vu le décret N° 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

Vu le décret N° 2006-422 du 7 avril 2006 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil ;

Vu le renouvellement de la convention tripartite ;

Vu la demande présentée par l'établissement ;

Vu la procédure contradictoire du rapport de tarification envoyée à l'établissement le 10 mars 2008 ;

Sur proposition de Monsieur le Directeur général adjoint aux Solidarités ;

ARRETE

Article premier. - Les tarifs de l'EHPAD de la Résidence Départementale d'Accueil et de Soins à MÂCON, d'une capacité de 211 places sont fixés à compter du 1^{er} avril 2008, comme suit :

• Tarifs hébergement :

personnes âgées de + de 60 ans :	47,99 €
personnes âgées de - de 60 ans :	64,11 €
personnes handicapées :	51,90 €
hébergement temporaire :	64,11 €
accueil de jour :	36,89 €

• Tarifs dépendance :


personnes relevant des GIR 1 et 2 :	21,33 €
personnes relevant des GIR 3 et 4 :	13,54 €
personnes relevant des GIR 5 et 6 :	5,74 €

Article 2. - Conformément à la réglementation en vigueur, les recours contentieux contre le présent arrêté doivent parvenir au secrétariat de la Commission interrégionale de la tarification sanitaire et sociale de NANCY Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Lorraine – Immeuble "Le Thiers" – 4, rue Piroux – Case Officielle N° 71 – 54036 NANCY CEDEX, dans le délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié ou de sa publication pour les autres personnes.

Article 3. - Monsieur le Directeur général des Services départementaux de SAÔNE-ET-LOIRE, Monsieur le Directeur général adjoint aux Solidarités et le directeur de la Résidence Départementale d'Accueil et de Soins de MACON sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera inséré au recueil des actes administratifs du Département et affiché dans les locaux de l'établissement.

Fait à MACON, le 12 MARS 2008

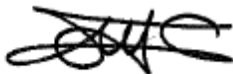
Le Président,



Christophe SIRUGUE
Député de Saône-et-Loire

COPIE CERTIFIÉE CONFORME
A L'ORIGINAL

L'Adjoint au Chef de Service



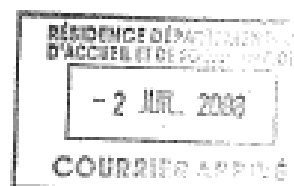
S. MARIN

ANNEXE 4

Dotation globale de financement « soins » 2008, EHPAD « Résidence Départementale d'Accueil et de Soins de Mâcon



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



Ministère du Travail, des Relations Sociales, de la Famille et de la Solidarité
Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative

DIRECTION DÉPARTEMENTALE
DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES

ARRÊTÉ

N° 08-02999

copie JOL / SSB / CA / Faires la / 7/07/08 / et Social

LE PRÉFET DE SAÔNE-ET-LOIRE

Chevalier de la Légion d'Honneur
Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Dotation globale de financement « soins » 2008
EHPAD « Résidence Départementale d'Accueil et de Soins »
MACON

- VU le Code de l'Action Sociale et des Familles, notamment les articles L.314-3 à L.314-7 relatifs aux règles budgétaires et de financement des établissements et services soumis à autorisation ;
- VU le Code de l'Action Sociale et des Familles, notamment les articles R.314-1 à R.314-117 relatifs aux dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux énumérés au I de l'article L.312-1 dudit code et les articles R.314-158 à R.314-193 relatifs aux modalités particulières de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ;
- VU la note de la Caisse Nationale pour l'Autonomie (C.N.S.A) du 15 février 2008 fixant les dotations régionales et les dotations départementales indicatives pour l'année 2008, et fixant les dotations régionales anticipées pour 2009 et 2010 ;
- VU la circulaire interministérielle N° DGAS/DSS/2008/54 du 15 février 2008 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2008 dans les établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- VU la décision du 2 mai 2008, publiée au Journal Officiel du 30 mai 2008, fixant le montant des dotations départementales limitatives de dépenses mentionnées à l'article L.314-3-III du code de l'Action Sociale et des Familles ;
- VU les termes de la convention tripartite 2008-2013 signée le 13 mai 2008 ;
- VU l'arrêté préfectoral n° 08-02580 du 6 juin 2008 fixant la dotation globale de financement « soins » de la maison de retraite de la Résidence Départementale d'Accueil et de Soins de MACON ;
- VU le rapport de Madame le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales ;

ARRÊTE

N° FINES : 71 078 032 1

Article 1

L'arrêté préfectoral n° 08-02580 du 6 juin 2008 fixant la dotation globale de financement « soins » de la maison de retraite de la Résidence Départementale d'Accueil et de Soins de MACON est annulé.

Article 2

Pour l'exercice budgétaire 2008, les recettes et les dépenses prévisionnelles de la section « soins » de la maison de retraite de la Résidence Départementale d'Accueil et de Soins de MACON sont autorisées comme suit :

	Section « soins »	Montants en Euros	Total en Euros
Dépenses	Total des dépenses de la classe 6	3 156 346,00 €	3 156 346,00 € <i>+ 95 000 H.p.</i>
Recettes	Groupe I : Produits de la tarification	3 143 391,00 €	3 156 346,00 €
	Groupe II : Autres produits relatifs à l'exploitation	12 955,00 €	
	Groupe III : Produits financiers et produits non encaissables	0,00 €	

Article 3

Pour l'exercice budgétaire 2008, la tarification des prestations de la maison de retraite de la Résidence Départementale d'Accueil et de Soins de MACON est fixée comme suit, à compter du 1^{er} août 2008 :

- Tarifs de soins journaliers pour les personnes de + 60 ans
 - Relevant des GIR 1 et 2 : 45,99 €
 - Relevant des GIR 3 et 4 : 38,31 €
 - Relevant des GIR 5 et 6 : 30,64 €
- Tarif de soins journaliers pour les personnes de - 60 ans : 38,91 €
- Tarif de soins journaliers de l'accueil de jour : 65,02 €

Article 4

Pour l'exercice budgétaire 2008, la dotation globale de financement « soins » de la maison de retraite de la Résidence Départementale d'Accueil et de Soins de MACON est fixée à 3 143 391,00 €, à compter du 1^{er} août 2008.

La fraction forfaitaire égale, en application de l'article R.314-107 du Code de l'Action Sociale et des Familles, au douzième de la dotation globale de financement est égale à : 261 949,25 €.

Article 5

Les recours dirigés contre le présent arrêté doivent être portés devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale sis Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Lorraine – Immeuble « Le Thiers » - 4 rue Piroux – Case Officielle n° 71 – 54 036 NANCY Cedex, dans le délai d'un mois à compter de sa publication ou, pour les personnes auxquelles il sera notifié, à compter de sa notification.

Article 6

Une copie du présent arrêté sera notifiée à l'établissement concerné.

Article 7

En application des dispositions du III de l'article R.314-36 du Code de l'Action Sociale et des Familles, le ou les tarifs fixés à l'article 2 du présent arrêté seront publiés au recueil des actes administratifs de la préfecture de Saône-et-Loire.

Article 8

Madame la Secrétaire générale de la Préfecture de Saône-et-Loire et Madame le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales sont chargées, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Mâcon,

Le 13 0 JUIN 2008

LE PREFET,

*Pour le Préfet de Saône-et-Loire
Et par délégation,*

LE DIRECTEUR DEPARTEMENTAL DES
AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES

*Pour le Directeur
Inspecteur Principal,*

Nicolas ROTVAL

3

ANNEXE 5

Note de service : vacances de postes / Mutations internes

RESIDENCE DEPARTEMENTALE
D'ACCUEIL ET DE SOINS

NOTE D'INFORMATION

NR

OBJET : VACANCES DE POSTES

Il est porté à la connaissance du personnel de l'établissement les vacances de postes suivantes :

→ Maison de Retraite – Pôle FOYER B / CEDRES - Infirmier(ière)

- postes temps plein (possibilité temps partiel)
à compter du 1^{er} octobre 2008

→ Maison de Retraite – Pôle FOYER B / CEDRES – Aide-soignant(e) ou Aide médico-psychologique

- postes temps plein
à compter du 1^{er} octobre 2008

→ Foyer Les Luminaires - Foyer d'Accueil Médicalisé - Aide-soignant(e) ou Aide médico-psychologique

- postes temps plein
à compter du 1^{er} septembre 2008

→ Foyer Les Luminaires - Foyer d'Accueil Médicalisé – Agent des services hospitaliers

- 1 poste temps plein (possibilité temps partiel)
à compter du 1^{er} octobre 2008

→ Foyer Les Luminaires - Foyer Occupationnel - Aide-soignant(e) ou Aide médico-psychologique

- postes temps plein
à compter du 1^{er} septembre 2008

Les agents intéressés par ces postes peuvent adresser leur candidature, par la voie hiérarchique,

à Monsieur le Directeur de la Résidence Départementale d'accueil et de Soins
Direction des Ressources Humaines
avant le 31 juillet 2008, dernier délai.

Mâcon, le 18 juin 2008
P/Le Directeur,

S. SEVERAC-BURGARD

