



**RESTRUCTURER UN FOYER D'HÉBERGEMENT EN RÉPONSE
AU PROJET DE VIE DE RETRAITE DE TRAVAILLEURS
D'E.S.A.T**

BOMBLED-MARIS Marie-Brigitte

2008

cafdes



Remerciements

Je remercie tout particulièrement :

Maurice Leduc, directeur général de l'association des Papillons Blancs de Roubaix Tourcoing, qui a accepté d'être mon tuteur pour ce travail et a su se montrer disponible et à l'écoute.

Patrick Geuns, Directeur du Foyer d'Accueil Médicalisé de Linselles, pour son aide, ses conseils et sa disponibilité.

Olivier Bert, directeur des centres d'habitat, pour avoir accepté que je prenne sa place au moins sur le papier.

Toute la promo « CAFDES 5 » pour les bons moments passés ensemble.

Sommaire

Introduction	1
1 La retraite des personnes handicapées mentales, l'émergence d'une nouvelle question.....	5
1.1 De la question sociétale relative à la retraite des travailleurs d'ESAT	5
1.1.1 Retraite, vieillesse et vieillissement chez les personnes handicapées mentales ..	5
1.1.2 Evolution démographique de la population handicapée mentale et ses conséquences	7
1.1.3 Vieillissement et spécificité de la déficience intellectuelle	10
1.2 Concevoir un habitat adapté à chacun, un axe fort de l'association.....	13
1.2.1 Le Projet associatif : la recherche de réponses adaptées à chacun.....	13
1.2.2 Les Centres d'Habitat	16
1.2.3 Le foyer Famchon, une première réponse à la retraite des travailleurs d'E.S.A.T.	18
1.3 Les limites actuelles de l'unité des aînés.....	21
1.3.1 Eléments quantitatifs relatifs aux travailleurs d'ESAT et aux Centres d'habitat...	21
1.3.2 Eléments qualitatifs.....	23
2 D'un projet de vie à un lieu de vie	29
2.1 Les retraités d'ESAT, des retraités « presque » comme les autres	29
2.1.1 Des nouveaux comportements des retraités et du concept du « bien vieillir »	29
2.1.2 Les personnes handicapées retraitées mentales : des aspirations partagées avec les autres retraités et des besoins spécifiques	31
2.1.3 La nécessaire prise en compte des conséquences du vieillissement.....	35
2.2 Les réponses et limites du dispositif actuel	37
2.2.1 Les réponses de la loi.....	37
2.2.2 Les réponses du secteur personnes âgées aux personnes handicapées âgées	41
2.2.3 Les réponses du secteur personnes handicapées	43
2.2.4 Les expériences d'autres associations	45
2.3 Analyse des marges de manœuvre.....	48
2.3.1 Dans le domaine des politiques publiques.....	48
2.3.2 Vis-à-vis des résidents et de leur famille	49
2.3.3 Au niveau des moyens.....	50

3	De la conception du projet de restructuration à sa mise en oeuvre.....	53
3.1	Définir le cadre général du projet et ses conditions de mise en œuvre	53
3.1.1	Valider les Conditions administratives.....	53
3.1.2	Définir les modes d'accompagnement	54
3.2	Restructurer le foyer dans ses différentes dimensions	58
3.2.1	Restructurer le foyer dans sa dimension architecturale	58
3.2.2	Restructurer le foyer dans sa dimension ressources humaines.....	59
3.2.3	Impact en matière financière	62
3.3	Les conditions de réussite du projet.....	63
3.3.1	Etablir un plan de communication	64
3.3.2	Amener les acteurs à participer à l'élaboration du projet	66
3.3.3	Renforcer la compétence des professionnels par la formation	68
3.3.4	Inscrire le projet dans des réseaux et du partenariat	69
3.4	Evaluer.....	72
3.4.1	La démarche associative.....	73
3.4.2	L'évaluation et le foyer d'accompagnement	74
	Conclusion.....	77
	Bibliographie.....	79
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ADAR :	Aide à Domicile en Activités Regroupées
AGGIR :	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
AMP :	Aide Médico-Psychologique
ANESM :	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux
APA :	Allocation Personnalisée à l'Autonomie
APEI :	Association de Parents et Amis de Personnes Handicapées Mentales (anciennement Association de Parents d'Enfants Inadaptés)
APL :	Aide Personnalisée au Logement
ASI :	Agent de Service Intérieur
C.A.F.D.E.S. :	Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Etablissement ou de Service d'intervention sociale
CASF :	Code de l'Action Sociale et des Familles
CAT :	Centre d'Aide par le Travail
CCAS :	Centre Communal d'Action Sociale
CDAPH :	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CIH :	Classification Internationale des Handicaps
CLIC :	Centre Local d'Information et de Coordination
CRAM :	Caisse Régionale d'Assurance Maladie

CREAI :	Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée
CROSMS :	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
CVS :	Conseil de Vie Sociale
DAP :	Domaine d'Application Professionnelle
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRESS :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ES :	Educateur Spécialisé
ESAT :	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ETP :	Equivalent Temps Plein
FAM :	Foyer d'Accueil Médicalisé
HAD :	Hospitalisation A Domicile
GPEC :	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
IMPRO :	Institut Médico PROfessionnel
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MAS :	Maison d' Accueil Spécialisée
MAP	Modèle d'Accompagnement Personnalisé

ME :	Moniteur Educateur
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PCH :	Prestation de Compensation du Handicap
PSD :	Prestation Spécifique Dépendance
SAMSAH :	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS :	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SSIAD :	Service de Soins infirmiers A Domicile
UDAPEI :	Union Départementale des APEI
UNAPEI :	Union Nationale des APEI
URAPEI :	Union Régionale des APEI
VAE :	Validation de l'Acquis de l'Expérience

Introduction

Juriste et gestionnaire de formation, j'ai été engagée par l'association des Papillons Blancs de Roubaix Tourcoing en tant que responsable d'une Plateforme d'Insertion en Milieu Ordinaire de Travail de personnes en situation de handicap mental. L'intégration de ce service dans un SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale) m'a permis d'en devenir le chef de service. Le SAVS fait partie des services de milieu ouvert de l'association ; sa mission est l'accompagnement de la personne handicapée dans le développement de son autonomie autour des trois grands axes de sa vie : l'habitat, le travail, les loisirs. C'est ainsi que j'ai pu avoir une première approche concrète du secteur de l'habitat.

En 2007, la direction générale m'a demandé de faire une étude des besoins de la population des travailleurs d'ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail) de plus de 50 ans et particulièrement sur leur situation en terme d'habitat, actuel et futur afin d'envisager de nouvelles réponses d'accompagnement et d'hébergement adaptées. En effet une première enquête effectuée par l'association révélait que le nombre de travailleurs d'ESAT approchant de l'âge de la retraite augmentait considérablement. Il apparaissait clairement aux yeux des administrateurs qu'il fallait répondre rapidement à ces nouveaux besoins.

J'ai mené mon étude en collaboration avec les assistants sociaux des cinq ESAT de l'association, l'équipe de direction des centres d'habitat et les organismes tutélaires afin de déterminer quels étaient à la fois les attentes des personnes et de leur famille et leurs besoins futurs en terme d'hébergement, ordinaire ou spécifique.

Au terme de l'enquête, plusieurs profils de population se détachaient : les personnes en autonomie qui souhaitent le rester, un accompagnement pouvant être mis en œuvre avec le SAVS ; les personnes souhaitant et pouvant intégrer une structure pour personnes âgées de type foyer logement dès l'âge de la retraite pour qui le centre de ressources pour personnes vieillissantes intégré au SAVS pouvant intervenir ; les personnes vivant au domicile parental pour qui les difficultés restent majeures, un travail auprès des aidants parentaux étant mené par les assistants sociaux ; les résidents des foyers d'hébergement pour qui la question de la continuité de prise en charge à la retraite se posait.

C'est pour réfléchir, proposer et concevoir des réponses adaptées à ces derniers que j'ai été missionnée dans le cadre de ma formation CAFDES. C'est donc en tant que directrice

des centres d'habitat de l'APEI (Association de Parents d'Enfants Inadaptés) de Roubaix Tourcoing que je me positionne pour l'exercice de ce mémoire.

A la base de mon travail, un premier constat : les personnes handicapées connaissent aujourd'hui, comme le reste de la population, une augmentation spectaculaire de leur espérance de vie. Dans le cas de déficiences intellectuelles, dans tous les pays développés, le gain de vie des personnes handicapées est majeur. René Lenoir, secrétaire d'Etat à l'action sociale, à qui on peut attribuer la première prise de conscience de la nouvelle longévité des personnes handicapées, indiquait en 1976 de manière prémonitoire : « 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 âge¹ ».

En 2008, soit un peu plus de trente ans plus tard, nous sommes dans cette situation : les enfants handicapés mentaux survivent à leurs parents. Les courbes d'âge des personnes handicapées mentales tendent à se rapprocher des courbes d'espérance de vie de la population générale.

Cette nouvelle longévité contribue à renouveler totalement la question de prises en charge en matière de situations de handicap mental plus précisément dans l'accompagnement de l'avancée en âge des travailleurs d'ESAT et notamment lors de leur retraite.

« Le vieillissement dans le handicap s'insère dans une double problématique : l'accroissement du nombre de personnes handicapées et la conceptualisation de moyens de prise en charge adaptés² » constatent T De Thibault et D. Populaire dans leur approche du vieillissement et du handicap mental.

L'association des papillons Blancs de Roubaix Tourcoing n'échappe pas à ce constat. Elle est, en effet, confrontée, elle aussi, au vieillissement de la population des 850 travailleurs de ses cinq ESAT. Au 1^{er} janvier 2008, 136 travailleurs d'ESAT ont plus de 50 ans, 22 sont actuellement en foyer d'hébergement ; ils seront 46 à avoir plus de 50 ans d'ici 5 ans. Or les foyers d'hébergement sont des établissements sociaux qui ont pour vocation d'héberger les travailleurs handicapés qui ont une activité professionnelle. Avec cette prise en charge

¹ Lenoir R - Les exclus – Editions Points actuels – 1976 - page 27

² De Thibault T., Populaire D. - Le vieillissement des personnes handicapées - Editions ENSP – 2003 - p105

déterminée en fonction d'une activité professionnelle se pose la question de la continuité et de l'opportunité d'une telle prise en charge lors de la retraite. La question se pose d'autant plus après 60 ans que le système français reposait jusqu'à présent sur deux dispositifs distincts, personnes handicapées /personnes âgées au delà de cet âge.

Au delà de répondre à la seule question de la cessation d'activité, je vais m'attacher à répondre en terme de projet de vie. Ainsi que le disait Patrick Gohet, délégué interministériel aux personnes handicapées à l'occasion de l'année européenne des personnes handicapées «il est grand temps de regarder la personne handicapée comme une personne et de mettre en place des réponses simples et efficaces, s'appuyant sur les projets de chacun».

Consciente que la diversité des parcours, l'environnement familial, social et/ou institutionnel de chaque personne, ses capacités d'autonomie ainsi que ses projets ne peuvent déboucher sur une solution unique de prise en charge, je vais au travers de ce mémoire non pas chercher à créer la réponse mais de proposer une réponse au projet de vie de retraite de travailleurs d'ESAT. Il ne s'agit donc pas d'envisager une solution « par défaut » mais d'adapter de façon alternative notre dispositif pour prendre en compte la réalité de l'avancée en âge des personnes handicapées mentales.

Avant de présenter précisément le contexte associatif des centres d'habitat que je dirige, et plus particulièrement la situation des foyers ainsi que les premiers constats sur les difficultés rencontrées, je m'attacherai à présenter le contexte sociétal autour des notions de retraite, vieillesse et de vieillissement, l'évolution démographique et ses conséquences avant de m'interroger sur la spécificité d'un vieillissement chez les personnes en situation de handicap mental.

Dans un deuxième temps, j'analyserai plus précisément les besoins en terme qualitatif des résidents des foyers d'hébergement en retraite. Par la suite, j'étudierai les avancées de la loi concernant les personnes handicapées âgées, les réponses actuelles apportées par les différents secteurs du médico-social ainsi que les expériences d'autres établissements. Enfin, j'analyserai les marges de manœuvre dont je dispose.

Je consacrerai la dernière partie à la présentation du projet, de sa conception aux conditions de sa mise en œuvre.

1 La retraite des personnes handicapées mentales, l'émergence d'une nouvelle question

1.1 De la question sociétale relative à la retraite des travailleurs d'ESAT

1.1.1 Retraite, vieillesse et vieillissement chez les personnes handicapées mentales

Pierre Bourdieu, dans un article intitulé « La jeunesse n'est qu'un mot », écrivait en 1978 que « l'âge est une donnée biologique socialement manipulée et manipulable. La frontière entre la jeunesse et la vieillesse est toujours un enjeu de lutte et de pouvoir³ ».

* Retraite, vieillesse et vieillissement

Vouloir traiter de la retraite des travailleurs d'ESAT m'amène à apporter des précisions sur le sens des différents termes comme retraite, vieillesse, âgé ou vieillissant qui, quoique ayant des sens certainement proches, n'en représentent pas moins une réalité différente.

La retraite, si on reprend la définition du dictionnaire, est l'état d'une personne qui a cessé son activité professionnelle et reçoit une pension.

Le sociologue Vincent Caradec définit le temps de la retraite comme un phénomène en deux temps : « les premières années après la cessation d'activité sont devenues celles du « troisième âge » et - plus récemment, celles des seniors- et se sont ainsi trouvées définies en opposition avec la vieillesse ; la situation des plus âgés a été désignée à travers le terme de " quatrième âge " et a été associée à l'idée de " dépendance " »⁴.

³ Bourdieu P. Entretien avec Anne-Marie Métailié - Les jeunes et le premier emploi, Association des Ages, 1978, p. 520

⁴ CARADEC V. - Vieillir après la retraite Approche sociologique du vieillissement – PUF – 2004 –p5

Originellement, la retraite faisait intervenir la solidarité familiale : les retraités qui ne pouvaient plus travailler étaient pris en charge par leur famille, dans la majorité des cas leurs enfants. La retraite prend son essor en Europe au XIX^e siècle et se généralise au XX^e siècle avec l'allongement de l'espérance de vie. Aujourd'hui, dans notre société, les premières années de retraite apparaissent comme « le dernier moment de l'existence où il est possible de réaliser des potentialités de soi inexplorées ».⁵ Il apparaît comme porteur d'un nouveau projet de vie. Il est souvent abordé en terme de « retraite heureuse ».

La personne âgée, est celle qui administrativement, selon le CASF (Code de l'Action Sociale et des Familles), a atteint 65 ans, 60 ans en cas d'inaptitude au travail, cet âge ouvrant droit à l'aide sociale aux personnes âgées et aux avantages « vieillesse ».

Le vieillissement, lui, peut se définir comme « l'ensemble des phénomènes qui caractérisent l'affaiblissement de la vitalité, par l'effet de l'âge, l'évolution de l'organisme vivant vers la mort ». Il est l'effet général du temps sur l'organisme. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « le vieillissement résulte d'un processus graduel et irréversible de modification des structures et des fonctions de l'organisme résultant du passage du temps. »

Dans l'esprit collectif, l'interruption du travail telle que la retraite, phénomène commun à l'ensemble de la population, paraît mieux acceptée que la notion de vieillissement, laquelle s'accompagne souvent dans la représentation commune de la notion de perte d'autonomie, de vitalité,....

La vieillesse est quant à elle selon la définition du dictionnaire « le dernier âge de la vie ». C'est le rapport Laroque qui, en 1962, va pour la première fois définir la vieillesse comme une catégorie d'âge sociale: le troisième âge. Selon la définition de l'OMS, le 3^{ème} âge est l'âge de la retraite ; le 4^{ème} âge est celui de la perte d'autonomie.

Alors, quel est l'âge de la vieillesse ? Dans les années 50, on disait de quelqu'un qu'il était vieux quand il avait 60 ans. Aujourd'hui, les profils sociologiques nous disent qu'on trouve quelqu'un vieux à 72 ans, en 2020 à 79 ans et en 2040 à 84 ans.

Une fois ces définitions posées, je vais chercher à déterminer le statut du travailleur d'E.S.A.T. qui cesse son activité du fait de l'âge.

⁵ Op cit - p188

* Un véritable statut de retraité

Une des premières questions que j'ai été amenée à me poser avant d'entamer ce travail fut le statut des travailleurs d'E.S.A.T. lors de leur cessation d'activité. Pouvait-on parler de retraite alors qu'ils n'étaient pas salariés de l'E.S.A.T. au sens du code du travail?

En effet, les travailleurs d'E.S.A.T. bénéficient d'un statut particulier : ils ne sont pas liés par un contrat de travail, ils ne touchent pas de salaire et ne peuvent être licenciés. Toutefois, certaines règles du droit du travail concernant la santé dans le cadre de la médecine du travail, l'hygiène et la sécurité leur sont applicables. Leur rémunération est composée d'une garantie de ressources versée par l'Etat et d'un complément de rémunération versé par l'établissement.

Ils cotisent sur la part de leur rémunération, aux assurances sociales, vieillesse et retraite complémentaire. Ainsi à partir de 55 ans et s'ils remplissent les conditions imposées par la loi, sinon 60 ans, ils peuvent constituer, le plus souvent avec l'aide du tuteur ou de l'assistant social de l'établissement, un dossier de retraite auprès de la C.R.A.M. (Caisse Régionale d'Assurance Maladie). Ils percevront une pension de retraite ainsi qu'une retraite complémentaire.

L'importance de l'augmentation du nombre de travailleurs handicapés retraités est due à l'évolution démographique de la population handicapée en général.

1.1.2 Evolution démographique de la population handicapée mentale et ses conséquences

* Evolution démographique

La population handicapée mentale bénéficie de l'augmentation de l'espérance de vie de la population générale. Ce phénomène est du à la fois aux progrès de la médecine, à une meilleure prise en charge et à l'amélioration des conditions de vie. La pyramide des âges des personnes handicapées est ainsi largement remodelée Ce phénomène est majeur dans les pays développés L'espérance de vie des personnes handicapées mentales a, en effet, triplé en 50 ans.

En 1930, l'espérance moyenne de vie de handicapés mentaux de sexe masculin ou féminin était respectivement de 19.9 et de 22 ans. En 1980, soit 50 ans plus tard, l'espérance moyenne de vie était de 58.3 ans pour les hommes et de 59.8 ans pour les

femmes en situation de handicap mental ainsi que le précise Germain Weber dans son chapitre qu'il consacre à « l'espérance de vie des personnes mentalement handicapées⁶ ». Si l'on peut dire aujourd'hui que les courbes d'espérances de vie pour la population générale et pour la population handicapée décrivent des trajectoires similaires qui tendent à se rejoindre, il ne faut pas pour autant considérer le vieillissement dans le handicap mental comme un phénomène unitaire. En effet, les personnes en situation de handicap mental ne sont pas égales devant l'accès à la vieillesse. Le quotient intellectuel constitue un facteur prédictif d'espérance de vie. L'espérance de vie est passée de 20 ans à 70 ans pour les déficiences légères et moyennes. Les personnes handicapées mentales légères ou moyennes ont en effet plus de chance d'atteindre le 3^{ème} âge, voire le 4^{ème} âge que les personnes atteintes d'un handicap intellectuel grave. La constatation est la même pour le polyhandicap.

Chez les personnes trisomiques, le facteur génétique joue. Si le gain d'espérance de vie est important proportionnellement, il reste que leur espérance de vie est moindre par rapport aux autres causes de déficiences intellectuelles. Si « en 1929, l'espérance de vie d'une personne trisomique à la naissance n'était que de 9 ans ; en 1990 elle est passée à 55 ans. Aujourd'hui, on peut estimer que 70% des personnes trisomiques vivront au-delà de 50 ans. » précisent Bernard Azéma et Nathalie Martinez dans un article sur « les personnes handicapées vieillissantes⁷ ». Les progrès de la chirurgie cardiaque infantile ont permis d'augmenter de façon considérable leur espérance de vie. Mais les signes de vieillissement prématurés sont fréquents. L'explication est multifactorielle : pathologies cardiaques, problèmes respiratoires aigus, épilepsie, l'obésité, ostéoporose, désordres thyroïdiens et endocriniens, ... Les personnes trisomiques présentent également une inégalité de risques face aux cancers notamment les leucémies qui accroissent sensiblement les décès prématurés. On observe les mêmes limites dans l'espérance de vie des personnes souffrant d'une épilepsie importante, pas ou mal stabilisée.

Sur le plan national, les éléments statistiques concernant le vieillissement des personnes handicapées sont peu nombreux. L'enquête Handicap, Incapacité et dépendances (HID) de 2001 reste la référence principale.

⁶ WEBER G. - Le Vieillissement des Personnes Handicapées Mentales – Editions ENSP – 2003 – p 45

⁷ AZEMA B. MARTINEZ N. – Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie et de santé ; qualité de vie – Une revue de la littérature – p 297

L'INSEE dénombrait 635 000 personnes handicapées vieillissantes dont 267 000 de plus de 60 ans et 140 000 de 70 ans et plus, tout handicap confondu (source DRESS enquête HID en 2001). 48% des personnes handicapées vieillissantes repérées dans l'étude avaient une déficience intellectuelle et mentale à l'origine auquel s'associait pour 29% une déficience motrice et pour 19% des déficiences diverses.

* Ses conséquences

« La décennie 1980-1990 a vu l'émergence de la problématique des personnes handicapées vieillissantes. En effet, le fait que de nombreux établissements pour adultes handicapés, notamment déficients intellectuels, aient été créés dans les années 1960-1970 explique qu'il y ait dans les années quatre-vingt un pourcentage important d'utilisateurs dans la tranche d'âge de 40 à 60 ans »⁸. La décennie 1990-2000 voit l'émergence de la problématique des personnes handicapées âgées qui atteignent l'âge de 60 ans.

Les personnes handicapées âgées de plus de 45 ans mobilisaient, en 2001, un quart des capacités globales d'accueil dans les établissements médico-sociaux pour adultes handicapés rappelait le sénateur Paul BLANC⁹ dans son rapport sur « la longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge. » Dans les établissements de travail protégé (anciennement atelier protégé et CAT), la proportion des adultes de plus de 50 ans a augmenté de quatre points entre 1995 et 2001.¹⁰

Aujourd'hui, environ 60 % des handicapés mentaux de + de 45 ans se trouvant en ESAT vivent en foyer d'hébergement ainsi que le constate B. ZRIBI dans le chapitre qu'il consacre à l'élaboration de solutions pour les personnes handicapées vieillissantes¹¹.

Sur le plan régional, selon l'enquête DRASS Nord-Pas-de-Calais¹², au 31 décembre 2001, 9466 adultes handicapés travaillent dans une structure de travail protégé. Parmi eux, près de 2000 sont âgés de 45 ans et plus. Pour la seule année 2001, plus de 100

⁸ GUYOT P. – Le Vieillissement des Personnes Handicapées Mentales –ENSP – 2003 – p 90

⁹ BLANC P. – Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge – rapport remis à Philippe Bas – 11 juillet 2006 – p 10

¹⁰ Chorum – recherche action vieillissement et cessation d'activité des travailleurs handicapés en ESAT – avril 2006 – p 12

¹¹ ZRIBI B. Le Vieillissement des Personnes Handicapées Mentales –ENSP – 2003 - p 146

¹² Enquête DRASS Nord pas Calais – Profils des personnes handicapées vieillissantes prises en charge dans les établissements médico-sociaux et les structures de travail protégé du Nord Pas-de-Calais – décembre 2006

adultes handicapés vieillissants ont quitté les structures de travail protégé et ce mouvement s'amplifie depuis.

Sur le seul département du Nord, selon l'UDAPEI (Union Départementale des associations d'Enfants inadaptés), en 2006, 1263 personnes accueillies par les APEI du département avaient plus de 50 ans.

1.1.3 Vieillesse et spécificité de la déficience intellectuelle

* Rappel sur la déficience intellectuelle

La déficience intellectuelle, souvent nommée handicap mental est définie par la première Classification Internationale des Handicaps (CIH) comme « la perturbation du degré de développement des fonctions cognitives telles que la perception, l'attention, la mémoire et la pensée ainsi que leur détérioration à la suite d'un processus pathologique ». Elle peut être isolée ou associée à d'autres handicaps. Capacités intellectuelles, capacités relationnelles et comportementales, communication, conduites et actes élémentaires dans la vie quotidienne, la capacité générale d'autonomie et de socialisation sont les principaux critères que l'on retrouve dans l'évaluation de la déficience intellectuelle.

Selon la définition de l'UNAPEI¹³ (Union Nationale des APEI), « une personne handicapée est une personne à part entière, à la fois ordinaire et singulière. Elle est ordinaire, parce qu'elle connaît les besoins de tous et elle accomplit les devoirs de tous. Elle est singulière, parce qu'elle est confrontée à plus de difficultés que les autres citoyens et qui sont la conséquence d'une ou plusieurs déficiences. Ainsi le handicap mental se traduit par des difficultés plus ou moins importantes de réflexion, de conceptualisation, de communication et de décision. Ces difficultés doivent être compensées par un accompagnement humain ; permanent et évolutif, adapté à l'état et à la situation de la personne. La personne handicapée mentale est porteuse de manière permanente d'une déficience intellectuelle dont l'origine peut être diverse (génétique, accidentelle ou parfois liée également à l'environnement social et/ou familial). Notons enfin que le caractère irréversible et permanent de la déficience intellectuelle implique un accompagnement médico-social adapté, en terme de durée et de compétences ».

¹³ Site www.unapei.org

* Déficience intellectuelle et précocité du vieillissement

L'appréhension du vieillissement chez la personne handicapée est un phénomène récent, les études sur ce sujet ne portent donc que sur des cohortes limitées et le recul sur le sujet est faible.

L'INSEE dans l'enquête HID définissait les personnes handicapées vieillissantes comme celles de « 40 ans ou plus qui présentent au moins une déficience survenue avant l'âge adulte et une incapacité apparue avant 20 ans ».

Bernard Azéma et Nathalie Martinez complètent: « une personne handicapée vieillissante est une personne qui a connu sa situation de handicap avant que de connaître les effets d'un vieillissement. La situation de handicap a donc précédé le vieillissement ¹⁴ ».

Mais quelle réalité se trouve derrière ces définitions ? Au delà de ces définitions et de ces statistiques, que peut-on dire de la personne handicapée âgée ? Y a t il une réelle spécificité du vieillissement chez les personnes en situation de handicap mental par rapport à la population normale?

Le concept de vieillissement précoce a longtemps prévalu notamment en ce qui concernait le handicap intellectuel, particulièrement dans les années 1980-1990.

Selon la définition de Bernard Azéma et Nathalie Martinez¹⁵, « le vieillissement précoce serait ce décalage entre l'âge où apparaîtraient des manifestations de vieillissement et l'âge attendu normalement pour ces manifestations. Il est difficile de fixer avec précision de telles bornes tant les variations individuelles sont importantes », l'âge attendu étant celui de 60 ans comme le reste de la population.

L'identification du phénomène avait alors été faite par les travailleurs sociaux et responsables d'établissements pour personnes handicapées par l'observation de personnes handicapées de 40 ans et plus : difficultés à suivre le rythme de travail, réticences à participer aux activités offertes, fatigabilité, certaine irascibilité... Différentes études sur l'évaluation du vieillissement¹⁶ semblaient confirmer les intuitions des praticiens du terrain, un fréquent phénomène de vieillissement précoce pouvant impliquer des comportements de démotivation sociale et professionnelle dès l'âge de quarante ans. Cependant, dès cette époque, d'autres études contredisaient les premières: « Le vieillissement précoce se caractérise par des signes physiques ou psychique peu graves

¹⁴ AZEMA B. et MARTINEZ N. – op. cit. – p 297

¹⁵ AZEMA B. et MARTINEZ N. – op. cit. – p 310

¹⁶ BREITENBACH N. – ROUSSEL P. – Les Personnes Handicapées Vieillissantes – CTNERHI – 1988 – p 37

et ne bouleverse pas l'ordre des handicaps » (UDM Côte d'Or) ; « pour des pathologies similaires, il y a des variations parfois importantes de l'âge de l'apparition des premiers signes de vieillissement » (CREAI Languedoc Roussillon),...

Des études récentes menées en France et dans les pays anglo-saxons semblent remettre en question l'hypothèse de précocité du vieillissement qui rendrait la population handicapée plus fatigable et plus fragile à partir de 40 ans, tout au moins pour les déficiences sensorielles et intellectuelles. Selon ces résultats, seules les personnes trisomiques ou polyhandicapées vieilliraient prématurément.

Qu'en est-il d'une spécificité du travailleur handicapé dans son activité professionnelle ? En ce qui concerne les travailleurs handicapés âgés, ceux-ci sont encore également souvent perçus comme présentant un vieillissement précoce. Les professionnels s'accordent pour dire qu'ils observent une perte de capacités des travailleurs handicapés par rapport à leur travail, traduite à travers une progression de l'absentéisme, un accroissement des plaintes somatiques.

Or selon le docteur Gabbai, hormis la population spécifique des trisomiques, épileptiques et handicapés lourds, « les travailleurs handicapés vieillissent comme tout à chacun ». Si l'on peut observer une certaine sorte d'usure et/ou de désintérêt pour le travail, notamment en ESAT, ceux-ci seraient plus dus à une certaine pénibilité et de répétitivité du travail et pourraient être apparentés à un facteur de lassitude proche des caractéristiques d'un vieillissement précoce. Il évoque des « facteurs négatifs d'évolution » à l'origine des « décompensations et ruptures¹⁷ » de l'âge mûr, que l'on attribue trop facilement à un prétendu vieillissement précoce. Ces facteurs sont souvent associés à des négligences sur le plan physique ou physiologique. Parmi les éléments qui pourraient contribuer à un vieillissement spécifique, on peut citer les effets à long terme de la prise de neuroleptiques, une alimentation mal équilibrée, la sédentarité, l'obésité, éléments qui ne sont qu'indirectement liés au handicap.

Une étude réalisée par le CREAI de la région Centre sur la perte de capacités liée à l'âge conclut également « à l'impossibilité de mettre en évidence des éléments constants et univoques impliquant une perte de capacités particulière liée à l'âge chez les personnes handicapées. ». De même, G. Zribi cite les études scientifiques de C. Muller de

¹⁷ GABBAI P. – Le Vieillissement des Personnes Handicapées Mentales – Editions ENSP – 2003 – p 62

l'université de Lausanne qui affirment quant à elles que la précocité du vieillissement chez les travailleurs d'E.S.A.T. n'affecterait que 0,6 à 0,7 % de cette population.¹⁸

La sénescence, dit le gérontologue américain Howell¹⁹, « n'est pas une pente que chacun descend à la même vitesse. C'est une volée de marches irrégulières que certains dégringolent plus vite que d'autres ». Cette phrase pourrait donc s'appliquer à tous, handicapés ou non. Les conséquences du vieillissement resteraient donc fonction des spécificités individuelles.

1.2 Concevoir un habitat adapté à chacun, un axe fort de l'association

La politique de chacun des établissements de l'association est une déclinaison de la politique associative. La politique des centres d'habitat va également s'inscrire dans ce contexte associatif porteur de valeurs.

1.2.1 Le Projet associatif : la recherche de réponses adaptées à chacun

L'association des Papillons Blancs de Roubaix Tourcoing est née en 1962 à l'initiative de parents d'enfants handicapés mentaux qui se sont unis pour sortir de l'isolement et revendiquer pour leurs enfants le droit à une vie décente via le droit à l'éducation. En 1969, le premier établissement, l'IMPRO du Roitelet ouvrait ses portes. Puis l'association s'est développée avec différents établissements et services répondant à des besoins différents tant dans le secteur enfance que le secteur adulte. L'association se compose aujourd'hui de quatre secteurs nés successivement : le secteur de l'enfance, le secteur du travail protégé, le secteur de l'hébergement et celui des activités et des loisirs.

À ce jour, elle accompagne 2400 personnes en situation de handicap mental (1700 adultes et 700 enfants) à travers quelques 38 établissements et services, répartis sur les 23 communes de son secteur géographique.

L'APEI de Roubaix Tourcoing est une association militante et gestionnaire. Elle se définit aujourd'hui comme « association familiale de parents et amis avec et pour les personnes

¹⁸ ZRIBI G. – opus cité – p 150

¹⁹ De Beauvoir S. – La Vieillesse – Gallimard –1970 - page 37

en situation de handicap mental ». Elle réunit quelques 500 familles adhérentes et compte plus de 1000 salariés aux compétences variées.

Elle est affiliée à l'UNAPEI au niveau national, à l'URAPEI (Union Régionale des APEI) au niveau régional et l'UDAPEI (Union Départementale des APEI) au niveau départemental. Son engagement trouve son fondement dans les valeurs partagées avec l'UNAPEI :

- le respect de l'intégrité morale et physique de la personne
- la volonté de la participation active de la personne aux décisions qui la concerne garantissant citoyenneté et dignité
- la reconnaissance du rôle de la famille
- la solidarité pour lutter contre toute forme d'exclusion et de discrimination
- l'implication dans l'élaboration de politiques adaptées

Comme toute APEI, l'Association de Roubaix Tourcoing a fondé son projet associatif, réécrit en 2003, sur des valeurs. Son fondement est « Notre solidarité, c'est leur avenir ».

Selon ce projet associatif, « chaque adulte en situation de handicap a droit à une réponse adaptée à ses besoins lui permettant d'être reconnu et accompagné dans son projet de vie²⁰ ». La réponse apportée doit être évolutive, construite avec la personne dans son itinéraire personnel. Le projet associatif insiste sur l'importance, tout en soutenant les parents, de veiller à prendre en compte la participation des personnes handicapées mentales. Il renforce la reconnaissance des personnes comme sujet de leur propre vie.

En accord avec ce projet, l'association doit être en capacité d'imaginer, de concevoir, de promouvoir des solutions et des structures de prise en charge adaptées, à la diversité et l'évolution des situations des personnes. Elle a notamment pour but de mettre en œuvre tout ce qui pourrait être nécessaire au développement physique, intellectuel ou moral des personnes en situation de handicap en vue de l'accomplissement de leur projet de vie et de leur intégration dans la société ainsi que la mise à disposition autant qu'il sera possible, des lieux d'hébergement diversifiés adaptés à la situation et au choix de chacun...

C'est cet engagement que l'on retrouve à travers la politique associative d'habitat : « Quelque soit la personne, son handicap, celle-ci a le droit d'habiter la cité dans un

²⁰ Projet associatif des Papillons Blancs de Roubaix Tourcoing - 2003

logement adapté et personnalisé qui réponde à son projet de vie et qui corresponde à ses besoins. »

« Moi aussi...J'ai besoin d'un toit. Autonome ou dépendant, seul ou avec d'autres, à chaque moment de ma vie, comme tout adulte, je dois pouvoir trouver le lieu de vie qui me convienne ». Du simple accompagnement à la totale prise en charge, l'association recherche et propose des solutions de logement variées qui correspondent, le mieux possible, à l'âge et aux différentes attentes de chacun.

C'est ainsi que l'association des Papillons Blancs de Roubaix Tourcoing développe depuis sa création des structures d'hébergement ou d'accompagnement à l'habitat dans le souci de répondre aux besoins de chacun.

En 2008, le plateau technique de l'hébergement est composé de :

- deux foyers de vie avec une entité « personnes vieillissantes » (102 places)
- un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) (40 places)
- une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) (75 places)
- une structure d'accueil et de formation à l'habitat en milieu ordinaire (structure innovante) (15 places)
- 3 foyers d'hébergement (88 places)
- un foyer logement. (39 places)

Ces réponses institutionnelles sont complétées par un SAVS, Service d'Accompagnement à la Vie Sociale, service de milieu ouvert décliné, en ce qui concerne l'habitat, en service d'accompagnement à l'habitat pour les personnes en autonomie et en centre de ressources « personnes handicapées vieillissantes ». Un service d'accueil familial va également accompagner les personnes hébergées en famille d'accueil.

Cette déclinaison des structures permet de s'adresser tant à des personnes très sévèrement marquées par le handicap, accueillies en MAS, qu'à celles présentant une déficience moyenne ou légère et inscrites en milieu ordinaire de travail et/ou d'habitat.

Afin de toujours répondre au mieux aux besoins de chacun, l'Association a mis en place en 2006, une commission « transversalité habitat ». Elle regroupe un chef de service pour chacune des structures d'habitat. Elle est animée par le directeur d'un des établissements pour une durée d'un an ; deux administrateurs y participent également. La mission de cette commission est de travailler sur les besoins en matière d'hébergement au travers de l'étude des listes d'attente, sur l'avancée des projets associatifs, sur les situations

individuelles afin d'apporter la réponse la plus adaptée à chacun. Elle permet d'inscrire les personnes dans des parcours, les besoins de chacun étant évolutifs tout au long de sa vie : gain ou perte d'autonomie.

1.2.2 Les Centres d'Habitat

*** Eléments constitutifs**

Les centres d'habitat de l'association sont constitués de quatre structures distinctes et complémentaires qui accueillent 127 personnes handicapées : 3 foyers d'hébergement pour Travailleurs d' ESAT et d'un foyer logement. Les contre-indications à l'entrée aux centres d'habitat sont la nécessité de soins médicaux constants, la présence de troubles de la personnalité impliquant des risques pour lui ou pour les autres, une autonomie insuffisante.

Le premier foyer d'hébergement, le foyer Bruno Harlé du nom du fils du président cofondateur, a été ouvert en 1974, suite à l'ouverture en 1971 du CAT du Roitelet, afin d'apporter une réponse aux travailleurs de CAT qui ne pouvaient se maintenir à domicile et qui ne pouvaient vivre seuls. Il accueille aujourd'hui 24 adultes lourdement handicapés qui ont besoin d'un accompagnement au quotidien important. Il est situé à Roncq.

En 1980, est créé le foyer Langevin. Il accueille 21 adultes handicapés mentaux (déficients moyens) avec troubles de la personnalité et du comportement. Un travail important de socialisation vers l'extérieur anime le projet de la structure. Installé à l'origine à Roubaix, il a déménagé en 2007 et s'est installé à Tourcoing avec un effectif de 26 places.

Le troisième foyer, Famchon ouvre ses portes en 1999 à Willems. Il sera développé ultérieurement dans ce mémoire.

Contrairement à d'autres associations les foyers d'hébergement ne sont pas rattachés directement à un ESAT et n'en sont pas à proximité immédiate; ils sont répartis sur le territoire de l'Association. Lieu de travail et lieu de vie sont ainsi séparés.

Créé en 1985, le foyer logement Alpha s'adresse à des personnes déficientes intellectuelles (moyen, léger) ayant une volonté et une capacité à vivre en autonomie. Ces adultes n'ont pas besoin d'un accompagnement permanent de proximité. Ils résident dans

des appartements en milieu urbain et bénéficient de passages fréquents de l'équipe éducative à leur domicile. L'intensité de l'accompagnement éducatif est modulable en fonction du degré d'évolution de la personne ; il couvre tous les domaines la vie quotidienne (courses, gestion, déplacements administratifs, etc...).

Selon le projet d'établissement des centres d'habitat, les objectifs sont d'amener la personne accueillie à se sentir en centre d'habitat comme chez elle, d'écouter, d'entendre, de répondre aux besoins repérés chez chaque résident, de favoriser son insertion dans un environnement proche, de maintenir ses acquis et développer ses potentiels, d'accompagner, d'aider, de guider les personnes en difficultés en construisant avec elles et pour elles un itinéraire, de les faire évoluer vers un statut d'adulte et de citoyen.

Le projet d'établissement est décliné par chacun des quatre lieux de vie en un projet de service. Chacune des structures se veut être une réponse adaptée à la problématique des résidents.

* Cadre réglementaire des Foyers d'hébergement

Les foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés sont des établissements sociaux et médico-sociaux au sens de l'art L312-1 du CASF²¹. Administrativement, les personnes doivent avoir une notification hébergement par la CDAPH, orientation obtenue au regard de la difficulté à vivre seul, de la nécessité à être accompagné dans les gestes quotidiens de la vie, dans la gestion des loisirs,...Leurs frais de fonctionnement sont pris en charge, une fois déduite la participation des personnes handicapées, par les conseils généraux qui depuis les lois de décentralisation, sont responsables de l'hébergement des personnes handicapées et âgées.

Les foyers d'hébergement accueillent des personnes handicapées mentales ayant une activité professionnelle, au sein de l'Association exclusivement en ESAT, normalement à

²¹.Art L312-1 CASF : Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après :
7° Les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes adultes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert

temps plein, mais qui n'ont pas l'autonomie nécessaire pour vivre seules. Cette forme d'hébergement est liée à l'existence d'une activité professionnelle. L'organigramme en découle : pas ou peu d'encadrement de journée mais une présence soir, nuit, matin et week-end. Le rythme de l'établissement est lié à celui des ESAT. Ces établissements offrent un cadre d'hébergement ainsi qu'un accompagnement éducatif individualisé. Ainsi ils fournissent une prestation hôtelière, ils veillent à la protection et à la sécurité des personnes, ils assurent une vigilance en matière de santé, ils accompagnent le bénéficiaire dans les situations de la vie quotidienne quand cela s'avère nécessaire du fait d'une limite dans l'autonomie (toilette, ...), ils apportent au bénéficiaire une aide à la vie sociale et relationnelle, ils organisent l'accès aux loisirs. Le suivi éducatif tend à développer les savoir-faire de la personne ou à les maintenir.

Le foyer logement pour personnes handicapées est quant à lui destiné aux personnes capables de vivre de manière habituelle dans un logement indépendant mais ayant besoin occasionnellement d'être aidées.

Foyer d'hébergement et foyer logement ne sont pas des structures médicalisées. Aucun personnel médical ou para-médical ne figure dans les organigrammes. Le cadre de soins est assuré par les médecins généralistes ou spécialistes des résidents, et un personnel para-médical libéral.

1.2.3 Le foyer Famchon, une première réponse à la retraite des travailleurs d'E.S.A.T.

* Le foyer Famchon

Le foyer Famchon a été créé en 1999 à Willems, petite commune d'un peu moins de 3000 habitants et de 5.80 km². Ainsi que le décrit le site Internet de la ville²² : « Au cœur de la vallée de la Marque et traversée par la "Petite Marque", à la frontière Belge, Willems fait partie de la communauté urbaine de Lille. Sa position géographique, son environnement avec la base de Loisirs des 6 Bonniers en font une commune où chaque habitant peut apprécier la vie à la campagne tout en restant à proximité des grands centres urbains de la métropole, Roubaix et Lille. » Le foyer est situé en bordure d'un lotissement. Les propriétaires, méfiants à la construction, ont progressivement accepté

²² www.willems.fr

ces voisins un peu « différents ». Aujourd'hui, ouvert sur l'extérieur, seule une haie sépare le foyer de ses différents voisins.

La proximité de petits commerces, un béguinage et la présence d'une quarantaine d'associations culturelles, sociales et sportives sont autant d'atouts qui ont, dès l'origine, contribué au choix de l'implantation d'un 3^{ème} foyer sur cette commune en complément de réponse aux structures d'accueil existantes à l'interne ou à l'externe de l'association.

Le bâtiment appartient au CMH, groupe immobilier de logements sociaux, les centres d'habitat en sont locataires.

Le foyer accueille 38 résidents : 30 places (dont deux places d'accueil d'urgence) de travailleurs d' ESAT complétées par 8 places pour des travailleurs d' ESAT retraités ou des travailleurs d' ESAT de 50 ans ou plus travaillant à temps partiel au regard des signes de vieillissement.

Vingt-trois des résidents actuels sont arrivés au foyer dès son ouverture et aujourd'hui, quatre ont plus de 25 ans de présence aux centres d'habitat.

Les résidents sont répartis en 4 unités : l'unité pédagogique, l'unité passerelle, l'unité hôtellerie et l'unité des aînés. Cette dernière regroupe les 8 résidents en retraite.

* L'unité des aînés

Le projet de création de Famchon prévoyait dès l'origine la création de 8 places « pour des adultes vieillissants à partir de 50 ans et plus avec une cessation progressive de leur activité en CAT pour résider en tant que retraités au centre d'habitat²³ ». A l'époque, trois adultes étaient déjà maintenus dans les centres d'habitat après l'âge de la retraite grâce à un montage administratif difficile. Les familles s'inquiétaient de leur avenir de leur enfant. Conscient de ces difficultés, le conseil général du Nord avait autorisé à titre expérimental la création de ces huit places. Deux retraités avaient intégré l'unité dès l'ouverture ; les six autres résidents travaillaient alors à temps partiel. Aujourd'hui, les huit places sont occupées par des résidents en cessation totale d'activité.

L'unité des aînés fonctionne de façon singulière par rapport aux trois autres. Elle est située dans une aile au rez-de-chaussée du bâtiment. Cette partie de la structure

²³ Projet de création de Famchon - 1998

comprend à la fois un hébergement et des lieux d'activités de jour. Elle bénéficie d'un ratio supplémentaire d'encadrement afin d'assurer un accompagnement en journée. Le rythme est spécifique car non lié à une activité professionnelle. C'est une unité où l' « on prend le temps ». Toilettes, activités domestiques et physiques le matin ; animation extérieure ou intérieure en après-midi. Beaucoup de ces activités sont fondées sur le bien-être, le maintien de l'autonomie et des liens sociaux.

Les 38 résidents sont encadrés par une équipe pluridisciplinaire composée de 2 ETP animateurs 1^{ère} catégorie (éducateurs spécialisés, animateurs), de 2 ETP animateurs 2^{ème} catégorie (moniteur éducateurs) et de 7 ETP AMP (Aide Médico Psychologique)

L'effectif total est de 19.52 ETP soit un ratio général de 0.514 et un ratio socio-éducatif de 0.289:

- encadrement : 1 ETP chef de service et 0.32 ETP de direction (mon poste est réparti sur l'ensemble des structures des centres d'habitat)
- services généraux : 2 agents de service à 0.75 ETP, 2.5 ETP veilleurs de nuit, un cuisinier, une lingère
- services administratifs : également répartis sur Famchon à hauteur de 1.2 ETP

L'équipe de Famchon est ainsi constituée de 20 personnes dont 19 en CDI (6 Hommes et 13 femmes). La moyenne d'âge de l'équipe éducative est de 45 ans. Ouvert il y a 10 ans, 13 salariés étaient présents dès l'ouverture dont : le chef de service, 8 membres de l'équipe éducative, et 4 des services généraux. On peut donc considérer qu'il n'y a pas de turn-over important. Qualitativement, tous les salariés du secteur éducatif sont qualifiés.

Le seul représentant du personnel pour les centres d'habitat est un délégué du personnel. Il fait partie de l'équipe de Famchon.

Cette structure a aujourd'hui presque dix ans. Créée à titre expérimental, elle avait anticipé les conséquences de l'avancée en âge des premiers résidents des foyers. Aujourd'hui, je m'interroge sur certaines limites tant sur le plan quantitatif pour les prochaines années que sur le plan qualitatif dans l'accompagnement.

1.3 Les limites actuelles de l'unité des aînés

1.3.1 Eléments quantitatifs relatifs aux travailleurs d'ESAT et aux Centres d'habitat

La première conséquence de l'augmentation du volume d'une population est celle du nombre des prestations à proposer. Afin d'établir un diagnostic, je vais recueillir les données quantitatives relatives à la population « travailleurs d'ESAT » et « résidents des foyers » concernés par la cessation d'activité liée à l'âge et à leur évolution dans les prochaines années.

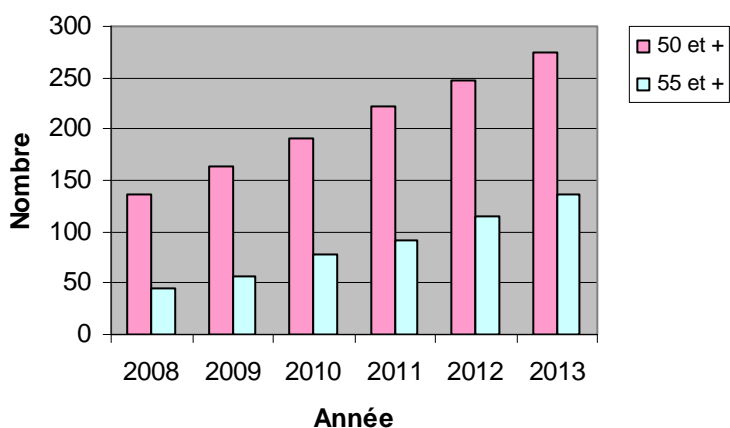
Les résidents des foyers sont tous travailleurs d'ESAT. L'évolution de la pyramide des âges des foyers, et donc le nombre de futurs retraités, va être liée à celle des ESAT.

L'Association a fêté ses 45 ans en 2008. Le 1^{er} des cinq ESAT, celui du Roitelet, a ouvert ses portes en 1971, soit il y a 37 ans. Les premiers travailleurs de cet établissement sont aujourd'hui proches de la retraite quand ils n'y sont pas déjà. L'établissement a connu ses quatre premiers retraités à la fin des années 90. Aujourd'hui, sur les cinq ESAT de l'association, 136 travailleurs sur 850 ont plus de 50 ans dont 45 ont plus de 55 ans.

Parallèlement, la moyenne d'âge des adultes accueillis aux centres d'habitat était de 27 ans en 1983, 38.5 ans en 1999.

Aujourd'hui, la moyenne d'âge des 3 foyers, Langevin, Bruno Harlé, Famchon, est respectivement de 42.24 ans, 45.42 ans et 50.39 ans. Cette moyenne d'âge s'accroît d'autant plus rapidement que les nouvelles entrées sont rares, les places ne se libérant pas.

Projection de l'avancée en âge en ESAT

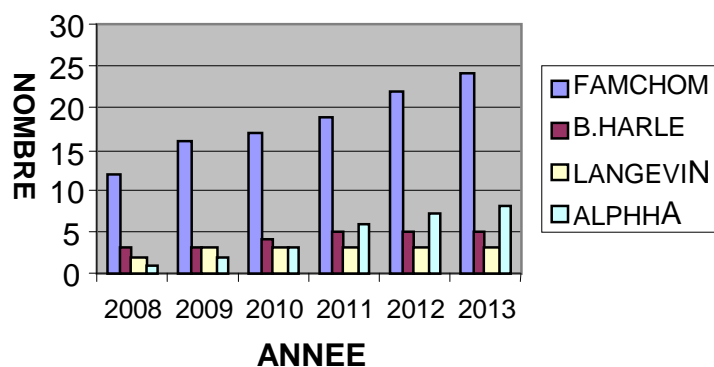


	50 et +	55 et +
2008	136	45
2009	163	57
2010	191	78
2011	222	91
2012	248	115
2013	274	136

La projection sur 6 ans des résidents atteignant l'âge de 55 ans :

	FAMCHOM	B.HARLE	LANGEVIN	ALPHHA	TOTAL
2008	12	3	2	1	18
2009	16	3	3	2	24
2010	17	4	3	3	27
2011	19	5	3	6	33
2012	22	5	3	7	37
2013	24	5	3	8	40

EVOLUTION DU NOMBRE DE RESIDENTS DU PLUS DE 55 ANS



L'étude de ces graphiques révèle une variation importante de l'évolution du nombre de résidents vieillissants au sein des Centres d'Habitat. En effet, à ce jour, on dénombre 18 résidents ayant atteint les 55 ans dont les 2/3 habitent sur le foyer d'hébergement Famchon.

La projection à 6 ans du nombre de résidents de plus de 55 ans nous apprend, qu'à l'horizon 2013, cette population aura doublé et représentera le 1/3 de la population des centres d'habitat.

L'Etat par la loi 2003-775 du 21 août 2003 sur la réforme des retraites a amplifié le nombre de travailleurs d'ESAT concernés par la cessation d'activité. En effet, ce texte a donné la possibilité aux travailleurs handicapés répondant à certaines conditions de bénéficier d'une retraite anticipée. Depuis le 1^{er} juillet 2004, les travailleurs handicapés qui justifient d'une durée totale d'assurance de 120 trimestres, d'une durée d'assurance cotisée de 100 trimestres ainsi que d'un taux d'incapacité permanente au moins égale à 80% reconnu tout au long de ces durées peuvent partir à la retraite dès 55 ans et percevoir une retraite à taux plein.

Au terme de cette étude, il apparaît nettement que l'unité « des aînés de Famchon » a trouvé ses limites sur le plan du nombre de places. Si elle a pu jusqu'à présent répondre aux besoins des différents foyers, d'ici cinq ans, il faudra avoir conçu des solutions pour plus de trente retraités actuellement en foyer d'hébergement, nombre à majorer largement si l'on considère que la grande majorité des quinquagénaires restants vivent actuellement chez des « aidants » eux-mêmes vieillissants et sont pour une part inscrits en liste d'attente des foyers.

1.3.2 Eléments qualitatifs

Si les limites quantitatives sont facilement mesurables, je dois également faire un bilan qualitatif de cette structure. Mon arrivée récente à la direction des centres d'habitat me permet de voir les choses avec un regard neuf. Je peux ainsi constater, après presque dix années de fonctionnement et une évolution de la population de l'unité des aînés, certaines limites de cette structure dans l'accompagnement de travailleurs d'ESAT retraités.

* Les limites relatives à l'encadrement

Dès l'ouverture du foyer, un poste supplémentaire d'encadrement a été financé pour l'encadrement de jour de l'unité « des aînés ». Un poste d'AMP a été créé. Celui-ci permet de mettre en place des activités en journée pendant le temps où les travailleurs d'ESAT sont sur leur lieu de travail. Lors de sorties spécifiques, l'encadrement par des bénévoles facilite l'organisation.

L'absence de personnel au foyer ne permet pas aux résidents de demeurer sur place. Par exemple, si un résident souhaite faire une sieste, il faut que le groupe l'attende ou qu'il reste seul. De fait, la présence aux activités organisées à l'extérieur est rendue quasi-obligatoire. Si celles-ci sont déterminées par les résidents et validées en comité, elles ne font pas forcément l'unanimité ou ne sont pas adaptées aux capacités de tous.

* Les limites architecturales

Le foyer est construit sur un terrain de 3000 m². Une pelouse entoure le bâtiment, celui-ci donne sur une grande terrasse. A l'entrée, un parking permet de garer les véhicules de service ainsi que ceux des professionnels et des visiteurs. L'entité des aînés est située au rez-de-chaussée du bâtiment. Elle comprend 8 chambres de 20 m² avec cabinet de toilettes, une salle à manger, une salle d'activités ainsi qu'une salle de bains équipée d'une baignoire pour personnes à mobilité réduite. Les chambres de cette aile ont dès l'origine été prévues pour accueillir des personnes à mobilité réduite. Chacune donne sur une terrasse et un jardin privatif. Ce rez-de-chaussée comprend également un salon de 42 m² et une salle de télévision de 23 m², les bureaux administratifs, la lingerie, la cuisine ainsi qu'une grande salle à manger. L'étage est composé de 30 chambres avec cabinet de toilettes ainsi qu'une salle destinée aux activités d'esthétique, trois petites salles d'activités et une salle de bains équipée.

Sur le plan architectural, l'unité des aînés a été conçue spécifiquement pour des résidents avançant en âge. Les limites ne sont donc pas majeures dans son fonctionnement actuel. On peut toutefois noter que le bâtiment, conçu sur deux niveaux ne comprend pas d'ascenseur ce qui va à terme rendre l'accès à l'étage difficile pour certains résidents pour des activités avec les autres résidents.

D'autre part, la salle à manger de 100 m² atteint un niveau sonore élevé lorsque les 38 résidents sont réunis le soir ; des tensions en découlent. Les aînés y sont particulièrement sensibles. Christiane dit souvent: « Y'a trop de bruit, ça crie, j'm'énerve ».

* Les limites vis-à-vis des « aînés »

Les huit aînés sont aujourd'hui en retraite. En semaine, présente dès 7h, l'équipe éducative gère la préparation des « travailleurs » qui doivent être prêts à partir à l'ESAT (toilettes, petit déjeuner,...). Peu de temps peut être consacré aux aînés qui se lèveraient à ce moment. On leur demande de rester dans leur chambre jusqu'au départ des navettes et autres taxis. Ce n'est qu'après ce moment d'effervescence que les huit retraités reprennent possession des lieux.

La fin de l'activité d'après-midi est quant à elle soumise à l'heure de retour des travailleurs. « Il faut être de retour pour 16h » telle est la consigne. Au retour des autres résidents, une certaine excitation règne, chacun racontant sa journée de travail, les petites histoires de l'ESAT. Le petit groupe des aînés se sent « noyé dans la masse » ainsi que l'exprime Marie, petite dame retraitée. A cette heure de la journée, ils sont partagés entre le fait de se retirer dans « leur aile » au risque de se mettre à l'écart ou de partager les lieux communs et d'y être bousculés.

* Les limites relatives au personnel

Travailler auprès de personnes avançant en âge pose aux équipes qui les accompagnent des problèmes nouveaux. En effet, le personnel éducatif a été formé dans une culture de l'apprentissage, du gain et non de la perte. Ainsi que l'écrit Nancy Breitenbach²⁴ : « Ce personnel a été recruté et formé pour faire progresser des jeunes. Leur sens du métier épouse cet objectif psychopédagogique. ». Le docteur Philippe Gabbaï²⁵ le confirme : « les équipes éducatives ont été formées à trouver le sens de leur travail dans la dynamique de la progression et l'acquisition de compétence ». Aux yeux des éducateurs, l'avancée en âge accentue la perception d'une perte des acquis. Un sentiment d'échec ou un manque de savoir-faire peut en découler.

²⁴ BREITENBACH N.- une saison de plus – handicap et vieillissement

²⁵ Dr GABBAI P. – Neuropsychiatre - l'approche du vieillissement dans les structures de travail protégé – les cahiers de l'actif n°312/313

Les salariés de Famchon n'échappent pas à ce constat : Depuis la création du foyer en 1999, l'unité des aînés a connu 3 décès. Aujourd'hui encore, l'équipe en parle comme des expériences traumatisantes.

Ainsi, Pascal, adulte trisomique, « joyeux et toujours de bonne humeur » a été atteint d'Alzheimer. Il a connu une régression très lente : perte de la parole, puis perte de la mobilité, des fonctions d'élimination... Longtemps, l'équipe n'a pas souhaité qu'il soit réorienté en structure spécialisée du secteur des personnes âgées. « On est là pour lui et nous on le connaît ». Les derniers mois, il a été hospitalisé et est décédé à l'hôpital. Aujourd'hui encore, elle culpabilise de n'avoir pu l'accompagner « jusqu'au bout ».

* La méconnaissance de l'existence de réseaux « soins » et « gérontologie »

Michèle, atteinte elle aussi de la maladie d'Alzheimer a décliné doucement. Les derniers mois, sa toilette prenait une heure et demi. On peut s'interroger sur les limites dans l'accompagnement ? Etait-ce toujours du ressort d'un personnel de foyer d'hébergement ? En fait il s'avère que l'absence d'un réseau et de partenaires repérés ainsi que la méconnaissance des démarches administratives pour obtenir et financer des services d'aide à la personne par des associations ont participé à cette situation. Ces accompagnements individuels se sont répercutés selon les aveux mêmes de l'équipe éducative sur l'accompagnement des autres résidents.

De même, quand il a fallu réorienter, Francine vers une maison de retraite médicalisée, après une hospitalisation, le choix de celle-ci a plutôt été un « non choix ». Francine est partie dans le premier établissement qui l'a acceptée. Aucun contact préalable n'avait été pris ni aucune préparation ou information du personnel de l'EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) sur le handicap intellectuel.

Interrogés les membres du personnel ne cachent pas leur manque de connaissance des réseaux en ce qui concerne les aides à la personne, les soins mais également la gérontologie. Ceci participe à leur méfiance vis-à-vis des autres corps professionnels et leur réticence à leur confier « leurs » résidents. Ils ne savent pas à qui s'adresser, quelles démarches administratives effectuer ou quels dossiers monter (ex : dossier de PCH – Prestation de Compensation du Handicap).

Conclusion de la première partie

En tant que directrice, j'ai été amenée à m'interroger sur les limites des structures des centres d'habitat tant du point de vue quantitatif que qualitatif quant aux réponses apportées aux résidents des foyers qui cessent leur activité à l'âge de la retraite. Une première réponse avait été mise en place avec la création à titre expérimental d'une unité spécifique pour ce public. Aujourd'hui, cette réponse est insuffisante. Le nombre de retraités d'ESAT se multiplie, le phénomène allant en s'accroissant. Les réponses en termes d'accompagnement y trouvent également leurs limites.

Pour permettre aux résidents avançant en âge de s'épanouir dans un projet de vie de retraite, il faut pouvoir leur proposer un lieu de vie qui permette cette réalisation, qui prenne en compte leurs aspirations, les difficultés liées au handicap mais également les conséquences liées à l'avancée en âge.

Le respect de la valeur associative de l'habitat « Quelque soit la personne, son handicap, celle-ci a le droit d'habiter la cité dans un logement adapté et personnalisé qui réponde à son projet de vie et qui corresponde à ses besoins.²⁶ » me donne la direction à suivre.

A ce stade de réflexion, deux grandes hypothèses s'imposent à moi :

- Proposer de « déplacer » les résidents retraités vers d'autres structures pour personnes âgées ou vers d'autres structures pour personnes handicapées.
- Proposer de réorganiser la structure existante prévue pour des résidents en activité professionnelle excepté les huit aînés et l'adapter pour répondre aux projets de vie de retraite des résidents des différents foyers.

Avant de vérifier la pertinence de ces hypothèses, je dois répondre aux questions suivantes :

- Qu'est-ce qu'un retraité aujourd'hui ? Quels sont ses projets ? Qui sont les résidents retraités d'ESAT ? quels sont leurs besoins ? Que recherchent-ils ?
- Quel est l'état de la législation concernant les personnes handicapées devenant âgées ? Existe-t-il des préconisations légales pour cette population spécifique ?
- Les solutions actuelles existantes pour les personnes handicapées ou pour les personnes âgées sont-elles adaptées aux personnes handicapées retraitées ?

²⁶ Projet associatif – op. cit.

La réponse à ces questions devrait me permettre de choisir l'hypothèse la plus pertinente, hypothèse que je pourrai évaluer à travers l'étude des différentes marges de manœuvre au niveau des politiques publiques d'une part, du public accueilli et de sa famille d'autre part et enfin au niveau des moyens (ressources humaines, architecture ou aspect financier).

2 D'un projet de vie à un lieu de vie

2.1 Les retraités d'ESAT, des retraités « presque » comme les autres

Pour permettre l'épanouissement des résidents retraités d'ESAT dans leur projet de vie, je dois m'interroger sur celui-ci. Est-il très différent de celui des autres retraités ? Comment les maintenir en bonne santé ? Quelle diversité de situations rencontre-t-on ? Y-a-t-il des spécificités inhérentes au handicap intellectuel ?

2.1.1 Des nouveaux comportements des retraités et du concept du « bien vieillir »

Le concept de retraite a vécu ces dernières années de profondes modifications. « Le décalage croissant entre la vieillesse sociale (fin de l'activité professionnelle) et vieillesse biologique génère une période assez longue de transition (entre vingt et vingt-cinq ans) qui donne aux retraités la possibilité d'être « retirés » du monde du travail sans l'être pour autant de la société²⁷ ». Les retraités se différencient des générations précédentes par un grand nombre de points : durée de travail moindre, entrée plus précoce dans l'inactivité professionnelle, meilleure hygiène de vie, plus grande espérance de vie. Ainsi que le souligne Monique Legrand²⁸, sociologue spécialisée dans l'analyse des phénomènes liés au vieillissement individuel et sociétal : « la cessation définitive d'activité professionnelle constitue un événement-rupture problématique qui agit sur le processus ou le sentiment de vieillissement, mais aussi affecte les identités sociales et pose la question essentielle du sens à donner à l'existence ». Pour répondre à cette question « du sens à donner à l'existence », chacun va devoir se reconstruire une nouvelle identité.

Dans les années soixante-dix, le passage à la retraite signifiait pour beaucoup l'entrée dans la « vieillesse biologique ». Avec une espérance de vie de cinq ou dix ans, la retraite était alors légitimement pour beaucoup synonyme d'une période de repos. L'espérance de vie augmentant, l'âge de la retraite diminuant, à partir des années quatre-vingt, l'ensemble de la population accède à une conception active de la retraite. Elle devient une

²⁷ LEGRAND M. – La retraite : une révolution silencieuse – Editions pratiques du champ social Eres – 2001 – p 17

²⁸ LEGRAND M.– op. cit. – p 343

période de vie où l'on peut faire d'autres choses qui vous intéressent. La distinction est faite entre les premières années de la retraite où le concept de « retraite active ou heureuse » prend tout son sens et le second temps, celui de la vieillesse associée à la grande dépendance ; entre deux, le vieillissement avec une moindre participation aux activités. Le premier temps de la retraite est vécu dans le maintien à domicile sans que la question ne se pose réellement.

La littérature actuelle sur l'évolution des modes de vie au moment de la retraite fait ainsi apparaître deux principaux changements : d'une part, les seniors ne se distinguent plus guère des groupes d'âge plus jeunes en matière de comportements de consommation de biens et services et d'autre part, comme les autres classes d'âge, ils aspirent à une vie équilibrée autour de trois pôles : un temps pour soi, pensé autour des notions de loisirs et d'entretien du corps ; un temps familial, autour du rôle de grands-parents et enfin un temps de contribution à la vie sociale qui favorise le maintien d'une activité sociale. A travers ces éléments, c'est le retardement des effets du processus de vieillissement et la maintien en bonne santé que chacun recherche. On voit alors apparaître l'expression de « bien vieillir ».

Parallèlement à ces aspirations et de façon complémentaire, dans le plan national²⁹ « bien vieillir » 2007 – 2009, le ministère de la santé et des solidarités constate qu'il est possible pour la population autour de l'âge de la retraite d'organiser une prévention ciblée, une vie active et adaptée pour maintenir au plus haut niveau ses performances et pour prévenir ou retarder l'apparition de pathologies ou d'incapacités. C'est le concept de "vieillesse actif", qui pour l'OMS (2002), est défini comme "le processus d'optimisation des possibilités de santé, de participation et de sécurité dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées tout au long de la vie ».

Ce plan va définir quelques unes des « clés du bien vieillir » à savoir continuer à entretenir, voire améliorer son capital intellectuel, physique, social et psychique (promotion de la santé) ; prévenir les maladies survenant avec l'âge en adoptant un mode de vie adapté ; avoir une activité physique ou sportive régulière ; adapter son alimentation ; adapter son environnement physique et social ; conserver une vie sociale riche et les liens intergénérationnels ; lutter contre l'isolement ; valoriser les notions de projet de vie, d'estime de soi, d'adaptation au changement.

²⁹ <http://travail-solidarite.gouv.fr> consulté le 1^{er} août 2008

Ainsi la retraite n'est plus aujourd'hui, synonyme de vieillesse ; elle représente un nouvel âge du cycle de vie individuel pendant lequel chacun va rechercher une vie post-professionnelle source d'épanouissement personnel, riche socialement, en bonne santé avant l'entrée dans le grand âge et l'éventuelle grande dépendance.

2.1.2 Les personnes handicapées retraitées mentales : des aspirations partagées avec les autres retraités et des besoins spécifiques

« Le respect de ce temps de la vie qu'est la vieillesse ne peut s'envisager sans l'implication active, chaque fois qu'elle est possible des personnes handicapées elles-mêmes ; il est légitime que les personnes handicapées expriment leurs souhaits quant à leur mode de vie »³⁰

* Des situations individuelles diverses

Dominique C, dynamique retraité de 62 ans, résident de Fanchon, part faire sa promenade à vélo dès que le temps le permet. Le jeudi après-midi, il prend le bus pour aller à la séance de 15 heures du Duplexe, le cinéma de Roubaix, avant d'aller boire un verre au café sur la Grand place. Il participe à la chorale de Willems. Les éducateurs sont là quant à eux pour veiller à ce que Dominique ne se renferme pas sur lui-même et maintienne des liens sociaux.

Raymond B, lui aussi âgé de 62 ans, a plus de difficultés. Il aime aller au musée mais il a du mal dans les transports en commun et se repère difficilement dans le temps. Il doit être accompagné pour se rendre à l'extérieur du foyer. Pour autant il participe à l'ensemble des sorties ainsi qu'aux voyages organisés par le foyer. Chaque été, il part en voyage par l'intermédiaire de « Eureka vacances », le service vacances de l'association ou par « les Compagnons Blancs », autre organisme de vacances adaptées pour personnes handicapées.

Christiane P a 58 ans. Elle a travaillé 28 ans à temps plein à l'ESAT du Roitelet puis elle a demandé sa mutation à l'ESAT du Vélodrome à Roubaix. A 55 ans, l'assistant social de

³⁰ ZRIBI G. – Le vieillissement des personnes handicapées mentales – Editions ENSP – 2003 page 153

l'ESAT lui a proposé de prendre sa retraite. Elle a refusé. Ce n'est que deux ans plus tard qu'elle a accepté. Elle avait peur de s'ennuyer. Elle ne voulait pas perdre ses copines.

Paul P a 56 ans. C'est lui qui a souhaité prendre sa retraite à 55 ans. Epileptique non stabilisé, il se sentait fatigué ; le travail lui pesait. Aujourd'hui, au foyer, il veut pouvoir prendre son temps. Il fait une sieste chaque après-midi.

* Un projet de vie de retraite adapté à la déficience intellectuelle

Concevoir avec les personnes en situation de handicap mental un projet de vie pour leur retraite demande du temps. Il doit être anticipé avant la cessation totale d'activité. A l'APEI de Roubaix Tourcoing, il est travaillé en collaboration avec l'équipe soutien de l'ESAT et l'équipe éducative du foyer. Tous les travailleurs approchant l'âge de la retraite sont interpellés sur leurs souhaits tant en terme d'habitat que d'activités. Le plus souvent, le projet n'est pas formulé de façon construite par la personne. Il peut être exprimé soit directement, soit détecté par l'équipe. Les éléments qui suivent sont ceux qui reviennent le plus souvent. Leur importance diverge pour chacun, les situations individuelles étant diversifiées.

Pour les résidents âgés des foyers interrogés sur leur projet de vie de retraite, l'essentiel est de demeurer au foyer. Les raisons en sont multiples, le plus souvent la perte des repères et la peur de l'inconnu. Si pour tout retraité, demeurer dans son domicile est naturel, la question ne se posant même pas, il n'en est pas de même pour les résidents de foyer qui savent que leur place peut être liée à l'activité professionnelle. Tenir compte du projet de vie de chacun nécessite de prendre en considération cet élément.

Ainsi que nous l'avons vu, les aspirations des retraités « classiques » tournent autour des trois axes : un temps de lien social, un temps familial et un temps pour soi . Qu'en est-il des personnes handicapées retraitées ?

- Des aspirations partagées

En ce qui concerne le besoin de lien social, le lieu de travail est pour chacun d'entre nous un lieu de socialisation important. Il revêt une importance particulière pour les travailleurs d'ESAT. Il constitue un moyen de reconnaissance et d'intégration sociale. Souvent la valorisation liée à la réalisation d'un travail et à la participation à la vie active est

supérieure à celle qu'éprouve un salarié non qualifié. Par ailleurs, la grande majorité des personnes handicapées travaille pendant de nombreuses années dans le même établissement de travail protégé : ceci produit un ancrage relationnel et affectif très important. La retraite en tant que rupture, va correspondre à la perte d'échanges sociaux et humains. Les personnes handicapées vont devoir combler ce vide et tisser de nouvelles relations sociales ou essayer de les maintenir sans la ressource d'un lien établi par l'ESAT. En dehors de la famille, il ne reste bien souvent en réseau relationnel au résident de foyer retraité que ses colocataires et les professionnels de la structure. La rupture liée à la retraite va être d'autant plus importante pour le travailleur d'ESAT que l'essentiel de sa vie relationnelle se déroule au travail, qu'il y a tissé des liens forts et que son réseau social extérieur est limité. Les personnes handicapées mentales ont ce même besoin de relations sociales et d'une vie sociale riche, préconisés par le plan national « bien vieillir » que les autres retraités, exprimés plus ou moins directement. Un repli sur soi, une certaine tristesse seront les signes d'un manque relationnel. Le monde du foyer est restreint ; il ne suffit pas. L'ouverture vers l'extérieur devra faire l'objet d'une démarche guidée vers des centres d'intérêt nouveaux.

Le deuxième axe des projets de vie lors de la retraite est défini comme « temps familial », axé sur un rôle de « grand-parenté » et repris dans le plan gouvernemental en tant que « liens intergénérationnels ». Dans ce domaine, la personne handicapée retraitée, en foyer d'hébergement, se distingue du retraité « classique » de par sa position dans la lignée familiale : à l'âge de la retraite, ils sont le plus souvent célibataires et sans enfant. Leur rôle ne pourra pas être celui de grand-parent retraité ; pour autant les résidents restent fortement attachés aux liens familiaux vis-à-vis de leurs parents, de la fratrie et des descendants de celle-ci. Le lieu de vie pour la retraite devra permettre de maintenir ces liens familiaux, voire les renforcer par la facilitation de rencontres, d'invitations à des fêtes,...

En ce qui concerne le « temps pour soi » ou temps de loisirs et de bien-être, cet axe est largement privilégié par les personnes handicapées. Chorum dans sa recherche action sur « le vieillissement et la cessation d'activité des travailleurs handicapés en ESAT » constate que³¹ « A l'instar de ce qu'on observe dans le milieu ordinaire parmi les nouvelles générations de retraités, un certain nombre de travailleurs handicapés vieillissants considèrent la retraite comme le temps des loisirs, « *un rendez-vous* » pour voir autre chose, faire des voyages.Ainsi, chez certains travailleurs handicapés qui

³¹ CHORUM – Recherche action Vieillissement Cessation d'activité des travailleurs d'ESAT – document de travail - avril 2006 p 44

ont économisé pendant plus de 30 ans, il y a comme un « déclic » : « maintenant tu peux en profiter » ». Cette même enquête rapporte « qu'un certain nombre de travailleurs handicapés interrogés ont déjà eu maintes occasions de prendre goût aux voyages. C'est notamment le cas des travailleurs handicapés habitant en foyer d'hébergement, qui profitent des séjours organisés par le foyer ou par des agences de voyages » tel Raymond à Famchon.

Si les recommandations de l'OMS (stimulation intellectuelle, activités physiques,...) participent au « bien vieillir », il en est de même pour les personnes handicapées âgées. Avoir une activité physique ou sportive régulière alliée à une vie sociale et culturelle riche et à des activités de stimulation intellectuelle permettra non seulement de répondre au projet des personnes mais participera aussi à leur maintien en bonne santé.

- Une mise en œuvre spécifique

Si les aspirations ressemblent à celles de tout retraité leur mise en œuvre est plus difficile. La personne retraitée, mentalement handicapée va avoir des difficultés à gérer elle-même le temps libéré d'autant plus que les ressources intellectuelles et relationnelles sont faibles. « Gérer son temps libre consiste à attribuer à ce projet un certain nombre de fonctions et de buts afin d'éviter que ce temps libre ne devienne un temps vide ³² ».

A l'encontre de l'ensemble des retraités, les personnes handicapées ne disposent pas de ressources personnelles suffisantes sur les plans intellectuel et psychologique pour organiser leur vie sans activité professionnelle. Il s'agit donc d'apprendre à chaque individu concerné à occuper son temps libre, à lui offrir la possibilité de maintenir ou développer son réseau relationnel, à se construire une nouvelle identité.

Leur autonomie est suffisante pour participer à des activités de droit commun mais pas pour les organiser. A titre d'exemple, le dernier vendredi de chaque mois, tout au long de l'année, cinq aînés de l'unité se rendent au Zénith en bus avec les résidents du béguinage de Willems pour assister aux spectacles organisés pour les personnes âgées du département dans le cadre des « rencontres inter' âge ». L'inscription et l'organisation sont gérées par le foyer. Sur place, seul un éducateur les accompagne.

Si le désir de participer existe, l'autonomie pour le faire fait souvent défaut. Tous n'ont pas les mêmes ressources. Il s'agit de faire avec et non de faire à la place.

³² DE THIBAUT T. et POPULAIRE D. – op.cit. – p 105

Ainsi que le note Nancy Breitenbach, on a pu observer la même évolution de la conception de la retraite avec les personnes handicapées que dans la population courante. En effet, parallèlement au désir de repos qu'avait l'ensemble des retraités dans les années 70, elle souligne qu' « on a assisté à une première évolution dans les projets de vie « proposés » aux personnes handicapées vieillissantes : ces projets de vie de la première génération prévoyaient essentiellement du repos. Les projets de vie de la seconde génération se distinguent des premiers par leur « animation croissante » : il s'agit de maintenir un rythme quotidien pour éviter le désœuvrement, stimuler les personnes pour éviter l'accélération des processus de vieillissement ; ce nouvel activisme permet donc de canaliser les énergies et de révéler des potentialités relativement importantes ou des capacités insoupçonnées »³³.

Ainsi, pour mieux répondre à ces besoins, il est nécessaire d'élaborer une solution en terme d'habitat qui respecte à la fois le projet de vie de chacun, son rythme et participe à leur maintien en bonne santé. Répondre à un projet de vie consiste à y intégrer les conséquences du vieillissement et non le construire autour du vieillissement.

2.1.3 La nécessaire prise en compte des conséquences du vieillissement

L'avancée vers le grand âge est le corollaire de la retraite. La gérontologie a mis en évidence que cette avancée en âge s'accompagnait le plus souvent d'un accroissement de la fatigabilité, d'une multiplication des pathologies avec de fait une augmentation de consultations médicales, de consommation de médicaments et de soins para-médicaux sans oublier l'aide à la vie quotidienne. La personne handicapée ne va pas échapper à cette constatation et au delà du respect de son projet et des actions mises en place pour son maintien en bonne santé, il faudra prendre en considération l'augmentation de la fatigabilité, de la médicalisation et de la dépendance.

Aujourd'hui, au sein du foyer, il n'y a pas de véritable augmentation du nombre de visites à caractère médical ; on peut même constater un allègement des traitements psychotropes (anxiolytiques, somnifères,...) à la cessation d'activité.

Par contre, on observe déjà un allongement du temps consacré aux toilettes par rapport aux autres unités.

³³ BREITENBACH N. - ROUSSEL P. – opus cité – p 274

Selon l'enquête de la fondation de France³⁴ : « Le réflexe immédiat est d'aborder la question du vieillissement des personnes handicapées sous l'angle de la médicalisation. Pourtant cette démarche nous semble ambiguë dans la mesure où elle renvoie à une logique de moyens sans avoir examiné les besoins des personnes handicapées. Si l'établissement est assimilé à un lieu de vie, et si la vieillesse est distinguée de la maladie, il convient de développer l'axe d'accompagnement de la vie quotidienne, plutôt que de vouloir se comparer à une institution soignante ». Si je m'associe volontiers à cette réflexion, je dois étudier les diverses possibilités de prise en compte des conséquences du vieillissement.

En effet, aujourd'hui, je constate que l'augmentation des aides à la vie quotidienne et des soins auprès des personnes en perte d'autonomie sur le plan institutionnel s'envisage des trois manières suivantes. Il s'agit :

- soit de la médicalisation de la structure. En ce qui concerne la médicalisation d'un foyer d'hébergement, celle-ci ne peut se faire que par la création de places de FAM, financées par la DDASS. Interrogée sur cette option, la direction générale n'a pas souhaité que la question du vieillissement des travailleurs d'ESAT soit abordée sous l'angle de la médicalisation de l'établissement faisant également sienne la remarque de la Fondation de France.

- soit du « déplacement » du résident vers une structure médicalisée du secteur gériatrique ou du secteur personnes handicapées qui possède le plateau technique nécessaire.

- soit de l'intervention de services d'aide à la personne plus ou moins spécialisés tels que les SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés) qui peuvent intervenir dans les structures médico-sociales au même titre qu'à domicile mais également des services d'aide à domicile, des SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile) pouvant aider au retour d'une hospitalisation ainsi que des services d'HAD (Hospitalisation à Domicile). Ces interventions de services sont celles pouvant être mises en place pour toute personne âgée souhaitant demeurer à son domicile. Si l'on considère le foyer comme un véritable lieu de vie, assimilable au domicile, les solutions applicables aux personnes âgées à domicile doivent pouvoir l'être aux résidents de foyer, cette

³⁴ Fondation de France - Les accompagner jusqu'au bout du chemin : l'accueil des personnes handicapées vieillissantes. - Editions ENSP - 2000 - page 134

solution n'étant viable que si des liens sont instaurés entre professionnels de cultures différentes.

Si les deux premières solutions sont adaptées à la prise en charge de la grande dépendance ou de problèmes de santé importants et récurrents, elles semblent inappropriées pour l'accompagnement de personnes handicapées certes vieillissantes mais encore valides.

Une fois ces besoins identifiés, je vais rechercher à travers la loi, quelles sont les possibilités ou limites que celle-ci m'impose en terme d'accueil de personnes handicapées âgées avant d'étudier les réponses que les secteurs « personnes âgées » et « personnes handicapées » peuvent apporter :

2.2 Les réponses et limites du dispositif actuel

2.2.1 Les réponses de la loi

Le statut de personne handicapée âgée place celle-ci à la frontière de deux politiques sociales catégorielles (pour personnes handicapées et pour personnes âgées), instaurées dans les années 1970. Ces politiques ont produit un cloisonnement entre les deux secteurs, rendant difficile leur articulation. L'étude de l'évolution législative va me permettre de déterminer un axe de réflexion quant aux solutions à envisager.

La distinction entre les personnes handicapées et les personnes âgées n'a pas toujours existé. Depuis le Moyen-Age, vieillards et personnes handicapées ont cohabité dans les hospices et « Hôtels-Dieu » destinés à accueillir les infirmes, confondus alors avec tous les pauvres, les miséreux de la société, en exclus du monde. Aucune distinction n'était alors faite entre personnes handicapées et personnes âgées. Ainsi, comme le rappelle Patrice Bourdelais : « avant les années soixante, « vieillards, » et « handicapés » étaient regroupés sous un même vocable « infirmes, invalides ou handicapés » A cette époque la politique commune est celle de l'assistance aux pauvres.

La distinction entre les deux groupes est issue des politiques sociales catégorielles des Trente Glorieuses (1945 -1975) : la politique sociale des personnes âgées et la politique des personnes handicapées.

Dans les années 60, suite au rapport Laroque, la loi française prévoit qu'au delà de soixante cinq puis soixante ans, les individus relèvent du régime défini pour les personnes âgées. Le silence de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, loi d'orientation en faveur des personnes handicapées, à ce sujet contribue au système de cloisonnement entre personne handicapée et personne âgée (après 60 ans). Au-delà, la spécificité du handicap semble donc s'évanouir : la personne handicapée devient personne âgée. Les conséquences en sont multiples : en terme de ressources, en terme d'accès aux structures...

« La loi n°97-60 du 24 janvier 1997 qui instaure la Prestation Spécifique Dépendance (PSD), puis la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 instaurant l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) contribuent à légitimer l'idée que la prise en compte du handicap d'une personne handicapée de plus de 60 ans doit suivre des procédés d'accompagnement et de compensation différents d'une personne handicapée plus jeune. Depuis la PSD, le « handicap » et la « dépendance » nous sont présentés comme critère discriminant, qui justifierait à lui seul qu'une personne passe d'un statut de « personne handicapée» à un statut de personne âgée dépendante³⁵ ».

De cette période sont nées des différences en termes de ressources financières ou de participation. Deux systèmes d'aides sociales co-existent : l'aide sociale aux personnes handicapées et l'aide sociale aux personnes âgées versée au-delà de 60 ans, la première étant plus favorable à la personne tant en terme de conditions d'admission que de récupération sur succession.

Ainsi en cohérence avec ces textes, de nombreux règlements départementaux ont également fixé des barrières d'âge pour l'agrément des foyers d'hébergement pour personnes handicapées, limite d'âge fixé à 60 ans. Au delà de cet âge les personnes devaient quitter le milieu de vie où ils avaient organisé toute leur sociabilité pour partir en maison de retraite. Les départements expliquaient ces mesures par le fait que l'accueil en foyer d'hébergement était lié avec la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées à la présence en structure de travail protégé (CAT ou ateliers protégés). « Lorsque les ouvriers partaient en retraite, ils devaient libérer leur place au foyer et intégrer une maison de retraite. Ils sortaient dès lors du champ du handicap ³⁶».

³⁵ CHAUVIN K.- Le vieillissement des personnes handicapées mentales – Editions ENSP – 2003 – p14

³⁶ GUYOT P. – op. cit. – P96

Les établissements pour personnes âgées n'étaient quant à eux agréés que pour recevoir des personnes de plus de 60 ans. L'existence de cette barrière était confortée par l'existence de deux enveloppes de crédits distinctes: une enveloppe « personnes handicapées » et une enveloppe « personnes âgées ». Le maintien en structure après la barrière des 60 ans relevaient de dérogations individuelles ou d'actions expérimentales telles que l'unité des aînés du foyer Famchon.

La jurisprudence (arrêt Garofalo 25 avril 2001 du conseil d'Etat³⁷) a continué de faire primer à compter de 60 ans, le statut de la structure d'accueil sur celui de la personne. Ceci n'est pas sans conséquence quand une personne handicapée est accueillie en établissement pour personne âgée et qu'elle se voit appliquer les règles de l'aide sociale aux personnes âgées tel que nous les avons vues.

Conscient des limites pour les personnes handicapées, le législateur dès la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a, à travers les principes de libre choix, de participation et de compensation qu'il a posés, permis que les personnes déjà reconnues handicapées ne subissent pas de rupture de prise en charge et qu'il y ait maintien en structure pour personnes handicapées.³⁸

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, réformant la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, a prévu, à travers un certain nombre d'articles, des dispositions importantes pour faciliter la continuité de prise en charge pour les personnes reconnues handicapées avant l'âge de 60 ans.

Ainsi la loi pose le principe de l'âge limite de 60 ans pour accéder à la PCH mais ce droit reste acquis si le handicap est reconnu avant cet âge et la demande formulée avant l'âge fixé par décret.

De même elle a prévu dans son article 66 modifiant l'art L242-6 du code de l'action sociale et des familles : « La commission des droits et de l'autonomie des personnes

³⁷ Décision du conseil d'Etat – section du contentieux – site internet : <http://www.conseil-etat.fr/ce/jurisprud/index> (consulté le 20 juillet 2008)

³⁸ Art 312-1-7 du CASF : Les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes adultes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou **leur âge**, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ;

handicapées est compétente pour statuer sur l'accompagnement des personnes handicapées âgées de plus de soixante ans hébergées dans les structures pour personnes handicapées adultes. »

Ces dispositions constituent un élément important d'équité qui doit faciliter le maintien dans leur situation antérieure des personnes handicapées qui passent le seuil des 60 ans. Le sénateur Paul Blanc dans son rapport sur « Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge » préconise pour faire un plein usage des dispositions particulières prévues par la loi pour les personnes handicapées vieillissantes de « rappeler aux autorités de tutelle comme aux gestionnaires d'établissements que les lois et décrets, au niveau national, n'imposent aucune barrière d'âge à la présence de personnes, ni dans les établissements pour personnes âgées, ni dans les établissements pour personnes handicapées³⁹ ».

La loi n°2005-102 du 11 février 2005 dans son article 13⁴⁰ a également pris l'engagement de supprimer à terme toute distinction en matière de compensation et d'aide sociale à l'hébergement des personnes handicapées en fonction de l'âge. On peut toutefois noter qu'en juin 2008, le Conseil d'Etat a condamné le gouvernement à prendre dans un délai de quatre mois un décret prévu par cette loi, à savoir, permettre aux personnes handicapées de bénéficier, quel que soit leur âge et notamment après 60 ans, des mêmes règles d'aide sociale à l'hébergement dès lors qu'elles justifient d'un certain taux d'incapacité. Cette condamnation participe donc à mettre un terme à une discrimination liée à l'âge des personnes handicapées.

Au terme de l'étude des dispositions légales, il apparaît que différentes possibilités existent : le maintien en établissement pour personnes handicapées ou l'accès au secteur des personnes âgées. Je vais maintenant rechercher si les solutions actuelles des secteurs « personnes âgées » ou du secteur « personnes handicapées » peuvent répondre au projet de vie des retraités d'ESAT, résidents de foyer d'hébergement.

³⁹ Rapport Paul Blanc – Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge » - 11 juillet 2006 – p 28

⁴⁰ Article 13 de la loi du 11 février 2005: « Dans les trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, la prestation de compensation sera étendue aux enfants handicapés. Dans un délai maximum de cinq ans, les dispositions de la présente loi opérant une distinction entre les personnes handicapées en fonction de critères d'âge en matière de compensation du handicap et de prise en charge des frais d'hébergement en établissements sociaux et médico-sociaux seront supprimées. »

2.2.2 Les réponses du secteur personnes âgées aux personnes handicapées âgées

Il est courant de préconiser sur le fondement de l'intégration une orientation vers le secteur des personnes âgées. On permettrait ainsi à la personne handicapée de quitter le statut de personne handicapée pour devenir une personne âgée.

Il faut noter en tout premier lieu qu'aujourd'hui, les institutions du secteur gérontologique représentent une solution que les personnes âgées évitent le plus longtemps possible. Leur choix est de vivre chez elles tant qu'elles le peuvent. Pour se faire, elles vont bénéficier de tout un panel d'aides (aide à domicile, portage de repas, soins infirmiers,..).

Lorsque le maintien à domicile n'est pas ou plus possible, le choix qui s'offre à elles, est principalement de deux types de structures : les foyers logement et les EHPAD.

Les logements foyers, structures non médicalisées, répondent aux besoins de personnes âgées, qui recherchent un compromis entre la vie à domicile (qui n'est plus possible pour diverses raisons, notamment de sécurité) et vivre en établissement. Ils offrent à leurs résidents un logement autonome, assorti d'équipements et de services collectifs. Conçus pour loger des personnes âgées autonomes, ils requièrent de la part des résidents une autonomie que les résidents de foyers d'hébergement pour personnes handicapées n'ont pas.

L'EHPAD résulte le plus souvent de l'entrée dans la grande dépendance, le quatrième âge. Ainsi, la moyenne d'âge d'admission dans ces structures est désormais de 85 ans. Le temps moyen de présence est de 3 ans.

Si l'on suit ces préconisations d'orientation, la personne handicapée sera admise dès ses 60 ans ; statistiquement, elle y restera de 15 à 20 ans ; elle sera confrontée quasi quotidiennement à la disparition d'autres résidents. La personne handicapée âgée, animée d'un projet de vie lors de sa retraite, devra vivre dans l'ombre de la grande dépendance alors que sa « jeunesse » et sa « vitalité » demandent plus de sollicitations.

G. Zribi, dans le chapitre qu'il consacre à l'élaboration de solutions pour les personnes handicapées âgées dans son ouvrage sur le vieillissement des personnes handicapées mentales, soutient que, celles-ci se retrouvant dans des structures où les usagers sont très vieux et très dépendants, « l'orientation systématique des personnes handicapées

vers des établissements pour personnes âgées ne participe donc pas d'une pratique intégrative mais en quelque sorte de la relégation »⁴¹.

La Fondation de France a étudié la solution de l'accueil des personnes handicapées vieillissantes en maison de retraite dans ce qu'elle appelle la « cohabitation », ses conditions de mise en place. J'ai moi-même pu vérifier ces limites lors de rencontres avec différents directeurs d'EHPAD, dans le cadre de mon DAP (Domaine d'Application Professionnelle).

Ces limites dans l'accueil des personnes handicapées âgées par le secteur gériatrique existent à plusieurs niveaux :

- Une certaine réticence du secteur « personnes âgées » lui-même : parmi les arguments affirmés, le premier cité par les directeurs d'EHPAD est celui de manque de moyens humains et l'absence de formation spécifique du personnel au handicap intellectuel.

- Le deuxième élément avancé réside dans les limites relatives aux personnes qui peuvent être accueillies : ⁴²« ces personnes ne posent pas de problèmes, à condition qu'elles soient stabilisées, qu'elles soient suivies régulièrement, que leur accueil soit préparé auprès des personnes âgées et du personnel, qu'elles soient encadrées et occupées ». Il appartient au secteur spécialisé de choisir ceux qu'il envoie.

- Le troisième élément est la difficulté d'évaluer le véritable besoin des personnes en situation de handicap mental. La grille AGGIR, outil officiel d'évaluation de la dépendance, mesure les dysfonctionnements corporels. Elle n'analyse pas le besoin d'accompagnement lié à une déficience. Une étude menée par la Fondation de France dans un foyer de vie a classé très majoritairement les résidents aux niveaux 5 et 6 (personnes relativement autonomes). Ces résultats révèlent une sous évaluation des besoins qui entraînent des répercussions financières pour l'établissement. Sous évalués dans leur niveau de dépendance, les besoins le sont également dans leur prise en charge financière.

Ces différents éléments constituent un frein à l'accueil des personnes handicapées mentales en institutions pour personnes âgées.

⁴¹ ZRIBI G. – opus cité – p 150

⁴² Fondation de France – op. cit. – 2000 – p 34

Enfin, le département du Nord, dans le volet gérontologique du Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-sociale 2007-2011, concernant l'orientation de personnes handicapées vieillissantes en EHPAD, reconnaît « un certain nombre de difficultés, que ce soit concernant la qualité de l'accompagnement (les ratios d'encadrement sont actuellement deux fois moins élevés dans le secteur personnes âgées ; les compétences nécessaires ne sont pas identiques), ou concernant la cohabitation des deux types de population (projets d'animation, regards réciproques..)⁴³ ».

Pour autant, il importe de respecter le projet de vie de chacun ; aussi l'accueil en structure pour personnes âgées doit être proposé à chacun des résidents dès sa retraite ; et si tel est son choix, il doit pouvoir y être préparé et accompagné.

D'autre part l'entrée en EHPAD reste opportune pour les personnes handicapées qui deviennent très dépendantes. De par leur plateau technique médical, ces établissements répondent avant tout à la nécessité de soins quotidiens. Comme tout à chacun la personne handicapée risque d'être touchée par cette dépendance. La dimension du handicap disparaîtra progressivement alors derrière la trajectoire individuelle commune. L'entrée dans le 4ème âge justifiera l'entrée dans le secteur des personnes âgées.

2.2.3 Les réponses du secteur personnes handicapées

* Foyer de vie

Les Foyers de vie accueillent des personnes adultes dont le handicap ne permet pas d'exercer une activité professionnelle, y compris en milieu protégé ou pour qui la notion de travail n'a pas ou plus de sens. Il s'agit de personnes ayant obtenu une notification d'orientation par la CDAPH de type foyer occupationnel en lien avec des déficiences intellectuelles sévères. Elles sont dépendantes de l'aide, de soins et de la surveillance d'adultes pour certains actes de la vie ordinaire (soins de nursing,..). Souvent, elles souffrent d'autres handicaps associés (mental, physique, sensoriel, moteur...).

Si les activités proposées ont évolué et sont moins de l'ordre de l'occupationnel qu'auparavant, elles diffèrent de celles proposées en foyer d'hébergement du fait même

⁴³ Volet gérontologique Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale 2007/2011 - département du Nord – p 74

de la moins grande autonomie des résidents. Elles sont plus répétitives. Elles nécessitent un encadrement plus important.

Les résidents des foyers revendiquent leur statut de retraité. Ils restent attachés à leur condition de travailleurs et ne souhaitent pas être avec des personnes « plus handicapées ». Ils considèrent (avec leurs mots) que la retraite n'est pas une inaptitude mais un droit : « oui, mais, eux, ils n'ont jamais travaillé ».

D'autre part, les foyers de vie devant eux-mêmes faire face au vieillissement de leur population ne sont pas très enclin à accentuer leur pyramide des âges.

Ce type d'établissement peut convenir à certains résidents des centres d'habitat, mais ceci n'est pas directement lié à la retraite ou à la cessation d'activité mais à une évolution du handicap ou une usure prématurée. L'APEI de Roubaix Tourcoing a deux foyers de vie, le dernier vient d'ouvrir ses portes en août 2008. L'ouverture récente de ce second foyer de vie a ainsi permis d'apporter une réponse à l'évolution des besoins de cinq résidents dont une seule avait dépassé les 50 ans, une résidente de l'unité des aînés de Famchon, personne trisomique.

* Les Foyers d'Accueil Médicalisés,

Les Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) – anciennement, foyers à double tarification pour adultes lourdement handicapés – accueillent des adultes gravement handicapés, mentalement ou physiquement. Leur dépendance les rend inaptes à toute activité à caractère professionnel et rend nécessaire l'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants. Ils accueillent également ceux qui en dehors du besoin de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels, ont besoin d'un soutien et d'une stimulation constante, ainsi que d'un suivi médical et paramédical régulier. Une fois de plus, je dois constater l'inadaptation de ce type de structure à la typologie des résidents des foyers. Ceux-ci ne nécessitent pas ou pas encore de soins constants.

* Les accueils de jour pour personnes handicapées mentales

Ces services offrent un service de prise en charge en journée ; ils sont rattachés à un type d'établissement : FAM, MAS, ou foyer de vie. Ces derniers accueillent, comme les foyers de vie des personnes handicapées dont la gravité de la déficience empêche toute activité professionnelle même en milieu protégé. La remarque est donc la même quant à la différence de public. L'expérience a toutefois été tentée pour des résidents de foyers autres que Famchon en cessation partielle d'activité, foyers ne possédant pas de possibilité d'encadrement en journée. Le résultat n'est pas satisfaisant. L'organisation de l'accueil de jour obligeait les résidents « pré-retraités » à suivre un rythme plus rapide que celui qu'ils avaient en ESAT : ils devaient prendre la navette avant même l'heure de départ des travailleurs et lorsque le temps partiel était réparti en demi-journée, retourner à l'ESAT l'après-midi. De plus certains conseils généraux sont réticents devant cette double prise en charge qui se révèle souvent plus coûteuse qu'un hébergement en foyer de vie.

* Les familles d'accueil

L'accueil familial peut être une solution pour les adultes handicapés « retraités ». Il peut répondre tant aux personnes vivant chez des parents eux-mêmes vieillissants ou à des personnes éprouvant une forte usure institutionnelle. Elle répond à l'individualisation des projets, à la prise en compte d'un rythme adapté. Il faut toutefois noter que cette formule est assez peu développée, faute de familles d'accueil candidates à l'agrément. Dans l'association, seules 17 personnes dont trois âgées plus de 55 ans vivent dans 13 familles d'accueil dont le suivi est assuré par le service d'accueil familial associatif. La principale difficulté est de trouver des familles, ce qui semble plus facile en milieu rural. Ce mode d'accueil, s'il doit être développé, ne peut répondre aujourd'hui qu'à une minorité de situations.

2.2.4 Les expériences d'autres associations

Si je ne trouve pas dans les solutions « classiques », les réponses que je cherche, je vais explorer les expériences d'autres établissements.

La problématique liée au vieillissement des personnes handicapées n'est pas spécifique, loin s'en faut, à l'APEI de Roubaix Tourcoing. La recherche d'un lieu de vie adapté aux personnes handicapées retraitées et plus largement aux personnes handicapées

avançant en âge fait partie des préoccupations de l'ensemble des associations oeuvrant dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap mental.

J'ai pu participer, en janvier de cette année, à un séminaire organisé par l'UDAPEI sur « les personnes avançant en âge ». Les APEI du département y déclinaient et y développaient leurs approches et leurs expériences en la matière. Toutes les associations ne se sont pas intéressées au même public. Je ne reprendrai que les expériences portant sur un public similaire.

* Dans l'une, le choix a été de créer une unité spécifique pour personnes présentant une déficience intellectuelle dans un EHPAD. Le projet a été fait en collaboration entre l'APEI et le CCAS. Il comprend 3 unités : une unité « personnes âgées », une unité « pour les personnes atteintes d'Alzheimer », la dernière pour 50 personnes en situation de handicap mental âgées de 60 ans ou moins sur dérogation du conseil général. Chacune des unités est contenue sur un étage. Le SAVS intervient dans l'élaboration des dossiers d'admission. En termes de moyens, le personnel de l'EHPAD est complété par trois postes d'éducateurs spécialisés. Le bilan fait au terme d'une année de fonctionnement est apparu mitigé à savoir l'absence de protocole d'intervention du SAVS dans l'établissement, une mauvaise compréhension du personnel médical dans ces interventions et une absence de partenariat dans le recrutement du personnel éducatif.

En partageant le site d'un EHPAD, l'association a fait le choix d'utiliser un plateau technique médicalisé. La personne peut être accompagnée jusqu'à sa fin de vie. Le besoin d'accompagnement a été pris en considération avec la présence de trois éducateurs.

Mais personnellement, cette solution ne me satisfait pas totalement. Je considère que le fait de « diviser » l'établissement par niveau en fonction du type de dépendance relève ainsi que le soulignait G. Zribi d'une certaine relégation et non d'une intégration.

* La deuxième a fait le choix d'une convention de partenariat avec un EHPAD pour l'accueil de personnes déficientes intellectuelles. Il s'agit essentiellement d'une convention de coopération entre les deux structures garanties par l'écriture commune de procédures d'admission, le maintien du contact entre le résident et son ancienne structure, la mise en place de projets spécifiques aux personnes déficientes intellectuelles vieillissantes. Au jour de la présentation de ces expériences, aucune personne handicapée n'avait encore intégré l'EHPAD. L'intérêt du projet réside principalement dans le contact préservé organisé avec l'ancienne structure du résident mais il semblerait que

les craintes et réticences vis-à-vis d'un public de déficients intellectuels de la part du personnel de l'EHPAD persistent.

* Enfin la dernière a présenté lors de ce séminaire le projet de transformation d'un foyer d'hébergement en « foyer d'accompagnement ». A l'origine du projet, le même constat que le mien, un nombre grandissant de travailleurs d'ESAT en retraite et la même question : « comment bien vivre sa retraite et se préparer à un changement de lieu de vie ? » et des objectifs similaires : « la construction d'une nouvelle identité sociale, la prise de conscience concernant des changements positifs de l'avancée en âge et l'appropriation du temps pensé autrement, l'élargissement du réseau social et découverte des activités de la personne âgée. ». Ce projet, fait pour 43 personnes, prévoit notamment l'organisation d'un nouveau rythme de vie, l'accompagnement vers des activités et loisirs des seniors, le développement du lien social, le suivi et maintien de la santé. Il propose un rythme de vie s'apparentant à celui d'une maison de retraite. Il accompagne le résident dans son vieillissement en continuant à mobiliser son énergie. Il aide au choix du résident de l'établissement pour personnes âgées qu'il intégrera.

Ainsi que je le présentais en introduction de ce mémoire, il ne s'agit donc pas de proposer une solution « par défaut » mais d'adapter de façon alternative le dispositif pour prendre en compte la réalité de l'avancée en âge des personnes handicapées mentales.

Puisque la loi autorise le maintien en structure pour les personnes handicapées âgées, que le secteur gérontologique n'offre pas actuellement de solutions satisfaisantes et que le secteur des personnes handicapées dans ses structures actuelles ne s'adresse pas à un public aux aspirations semblables, une réponse à proposer au conseil d'administration pourrait être la restructuration du foyer d'hébergement Famchon en « foyer d'accompagnement ». Il me faut pour cela vérifier la faisabilité à travers l'étude des marges de manœuvre au niveau des politiques publiques, du public accueilli et de leur famille ainsi que de l'ensemble des moyens (ressources humaines, architecture, financier)

2.3 Analyse des marges de manœuvre

2.3.1 Dans le domaine des politiques publiques

Ainsi que nous l'avons observée au travers des lois L 2002-2 du 2 janvier 2002 et L 2005-102 du 11 février 2005, la continuité d'accompagnement de la personne handicapée vieillissante dans une structure pour personnes handicapées est possible, le rapport de Mr Paul Blanc venant le réaffirmer. Ceci nous donne le cadre légal général.

Le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale est depuis la loi du 2 janvier 2002 la référence principale quant aux priorités définies. C'est donc légitimement vers le volet « adultes handicapés » du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale 2007-2011 du département du Nord qu'il nous faut nous tourner.

Je rappelle que le schéma dans son volet gérontologie ne préconisait pas d'orientation systématique en EHPAD pour les personnes handicapées vieillissantes, tout au moins sans préparation et à un âge relativement jeune.

Quant au schéma dans son volet « adultes handicapés » adopté le 27 novembre 2006, le Conseil Général du Nord consacre une partie aux personnes handicapées vieillissantes (point 3-4-5) au niveau de ses orientations stratégiques. Il souhaite apporter des réponses adaptées pour compenser les situations de Handicap notamment dans l'accompagnement du vieillissement des personnes handicapées⁴⁴ : « Le département considère que l'approche du vieillissement des personnes en situation de handicap doit s'intégrer dans la logique d'un projet individualisé visant la qualité de vie et respectant le rythme et les difficultés de chacun »

Il ajoute que « pour les personnes déjà hébergées en établissements spécialisés, il convient de procéder aux aménagements nécessaires notamment pour les établissements anciens ».

Un des objectifs est « l'aménagement de l'accompagnement en institution : ajustement des facultés des établissements à poursuivre la prise en charge malgré une modification des rythmes de vie ou des capacités pour une poursuite de prise en charge » ainsi que « l'émergence d'unités spécialisées. »

⁴⁴ Volet adultes handicapés – op. cit. - p 161

Plus récemment, lors d'une réunion du 2 juin 2008, le Conseil Général a adopté la mise en œuvre du volet « personnes handicapées ». Il précise que la programmation doit permettre d'apporter des réponses adaptées pour compenser les situations de handicap » et qu'elle s'articule autour de publics prioritaires parmi lesquels on peut citer « les personnes handicapées vieillissantes », public pour lequel il préconise l'adaptation de structures existantes.

Il note également qu'il convient de favoriser une plus grande souplesse pour permettre des passages entre différents types de structures.

Enfin, pour ce public, il prévoit la présentation de projets expérimentaux afin d'adapter les établissements existants. « Ces structures qui pourraient s'appeler « foyers d'accompagnement » permettraient de prendre en charge, grâce à un accompagnement en journée, des personnes qui ne seraient plus en capacité de travail mais dont l'autonomie ne permettrait pas de justifier une orientation en foyer occupationnel.(cf. annexe I) ».

L'objectif est de créer une structure alternative entre le foyer d'hébergement conçu pour accueillir des personnes handicapées ayant une activité professionnelle et le foyer de vie, établissement accueillant des personnes moins autonomes. Celui-ci doit permettre également une préparation du résident handicapé âgé et devenu dépendant d'intégrer dans de bonnes conditions un établissement de type EHPAD.

Ainsi, si sur le plan politique l'hypothèse de la restructuration du foyer d'hébergement en foyer d'accompagnement semble opportune, il faut avant tout s'interroger si l'hébergement dans une structure adaptée de type foyer d'accompagnement correspond au choix des résidents et à celui de leur famille.

2.3.2 Vis-à-vis des résidents et de leur famille

La loi 2002-2 a placé l'utilisateur au centre du dispositif. Il a le choix de son lieu de vie. Dans une étude menée dans le cadre de la recherche-action de Chorum, la majorité des travailleurs handicapés vieillissants vivant en foyer d'hébergement souhaitent continuer à

y vivre après leur cessation d'activité ; dans l'enquête, la plupart des travailleurs ont répondu qu'ils ne voulaient pas de rupture « quoiqu'il leur arrive »⁴⁵.

Au travers de la révision périodique de son projet individualisé, chaque résident est amené à s'exprimer sur son projet après la retraite tant sur son lieu de vie que sur les activités qu'il désire mener.

Interpellée également par les assistants sociaux des ESAT, la grande majorité exprime son souhait de demeurer au foyer. Seuls certains envisagent une solution différente tel Marc qui veut rejoindre sa sœur dans une autre région ou Christine qui devrait entrer en foyer logement avec sa maman. Si la réponse semble naturelle pour les résidents de Famchon pour lesquels aucune rupture notoire ne se fera sentir, les résidents des deux autres foyers sont favorables à intégrer le foyer d'accompagnement même si ceci occasionnera pour eux une rupture.

Une grande part des résidents âgés a encore de la famille, parents ou fratrie. Si la personne handicapée est considérée à part entière en adulte, il convient d'accorder une place au parents dans les décisions qui les concernent. L'avenir de leurs proches est source d'inquiétude et ils voient arriver la cessation d'activité avec angoisse : « Est-ce que l'Association s'occupera toujours d'eux ? ». L'hypothèse d'un maintien possible en foyer les rassure.

Il existe donc au niveau des usagers comme de leur famille une sollicitation importante rendant pertinente la création d'un foyer d'accompagnement.

2.3.3 Au niveau des moyens

* Au niveau des ressources humaines

-Sur le plan quantitatif

Le ratio socio-éducatif de Famchon est de 0,289 et le ratio total de 0,514. Compte tenu de l'importance de l'effectif (38 résidents), ces ratios sont parmi les plus faibles des trois foyers : 0,278 de ratio socio-éducatif et 0,561 de ratio total à Bruno Harlé et 0,317 de ratio-éducatif et 0,634 de ratio total à Langevin.

⁴⁵ Chorum – op. cit p 92

Les ratios d'encadrement déterminés par le département pour les foyers d'accompagnement sont entre les ratios usuels des foyers d'hébergement et ceux des foyers de vie. Le ratio moyen des foyers de vie des APEI du département est évalué à 0,8.

-Sur le plan qualitatif

L'ensemble du personnel éducatif est qualifié. Le projet de foyer d'accompagnement ne va pas nécessiter de compétences très différentes (médicale ou para-médicale par ex.). Le personnel, présent pour la plupart dès l'ouverture du foyer est sensibilisé à l'évolution de la population. Il est largement favorable à une solution qui permette le maintien des résidents en foyer dans la mesure où des moyens complémentaires sont mis en œuvre pour assurer un accompagnement de qualité.

* Sur le plan géographique et architectural

Sur le plan géographique, le foyer Famchon présente toutes les conditions nécessaires à un foyer d'accompagnement : il est inséré au sein d'une petite commune. Les résidents autonomes peuvent aller à pied dans les différents commerces, se rendre au club de ping-pong ou dans les nombreuses autres associations. Les grandes agglomérations, Roubaix et Tourcoing, sont accessibles en transport en commun.

Sur le plan architectural, il n'y aura pas de travaux lourds, la structure restant identique. Il faudra essentiellement installer un ascenseur et réaménager l'intérieur de façon à créer des petites unités.

* Sur le plan financier

Le prix de journée accordé par le Conseil Général en 2008 est de 94.25 €. Il est inférieur à certains autres foyers malgré le coût du poste supplémentaire de l'unité des aînés et reste largement inférieur au coût d'un foyer de vie, base de comparaison de l'autorité de tarification. Celui-ci est d'environ 137 € pour les foyers de l'association.

De plus, les résultats financiers des exercices précédents sont excédentaires et témoignent d'une gestion saine de l'établissement.

L'existence de marges de manœuvre tant sur le plan politique, qu'au niveau des usagers mais également quant aux moyens matériels me permet de proposer d'envisager concrètement la restructuration de Famchon en foyer d'accompagnement.

Conclusion de la deuxième partie

En tant que directrice, j'ai cherché à analyser à la fois les besoins de cette population en évolution mais j'ai également étudié les réponses que peuvent apporter d'autres types de structures à ce public. J'ai pu ainsi constater que les besoins relèvent à la fois d'une recherche d'épanouissement de la personne mais également d'une prise en compte d'une progressive augmentation des soins.

Parallèlement, j'ai observé que les autres types de structures, du secteur gériatrique ou du secteur des personnes handicapées, ne sont pas adaptées au plus grand nombre.

C'est donc en tenant compte de l'ensemble de ces éléments et de l'adéquation avec le schéma d'organisation médico-sociale du département Nord Pas-de-Calais que je propose au conseil d'administration la restructuration du foyer d'hébergement en foyer d'accompagnement.

Je commencerai par poser le cadre général ainsi que les conditions de mise en œuvre avant de définir les grands axes de la restructuration dans ses différentes dimensions à savoir architecturales, ressources humaines et financières.

Dans un troisième temps je définirai les conditions de réussite du projet avant de poser les bases de l'évaluation.

3 De la conception du projet de restructuration à sa mise en oeuvre

Jean-Marie Miramon dans son ouvrage sur l'évolution du métier de directeur écrit ⁴⁶: « Les projets naissent à partir de structures existantes qui avec le temps ne correspondent plus aux attentes des acteurs, à l'événement ou tout simplement aux besoins des populations accueillies ».

Une restructuration est une opération par laquelle un ensemble organisé voit sa structure organisationnelle remaniée en vue d'atteindre à une nouvelle configuration.

3.1 Définir le cadre général du projet et ses conditions de mise en oeuvre

3.1.1 Valider les Conditions administratives

* La nécessaire validation du conseil d'administration

La restructuration d'un établissement doit résulter de la décision du Conseil d'Administration. A l'APEI de Roubaix Tourcoing, celui-ci est particulièrement sensible à la problématique liée au vieillissement des personnes handicapées, que ce soit celles hébergées en structures ou celles qui vivent à domicile, chez des parents également vieillissants. Les membres du conseil d'administration étaient donc en attente de projets et de solution concrètes.

J'ai tout d'abord présenté une étude précise des besoins au directeur général ainsi que mes premières préconisations sur la transformation d'un des foyers. J'ai exposé le projet de restructuration en comité technique. Puis je suis intervenue lors d'une séance du conseil d'administration afin de présenter les grandes lignes du projet. Celui-ci l'a validé et autorise ainsi la mise en oeuvre des étapes successives.

* Le dépôt d'un projet en CROSMS

Le régime des autorisations a été modifié par la loi 2002-2. La nouvelle procédure concerne tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux énumérés à l'art

⁴⁶ MIRAMON J.M. – Le métier de Directeur – Editions ENSP – 2005 - page 184

L312-1 du CASF. Il intéresse tous les projets de création, de transformation ou d'extension postérieurs à la loi 2002.2. La restructuration du foyer entre ainsi dans le domaine défini par ce texte à savoir la transformation d'un établissement médico-social.

Le projet devra être déposé à l'autorité de tarification à savoir le Conseil Général du Nord qui transmettra le dossier au CROSMS pour étude.

La loi oblige également à déposer les projets selon le système des fenêtres d'examen, au nombre de deux par an dans le secteur « adultes handicapés » dans le département du Nord. En accord avec la direction générale, le projet sera déposé à la prochaine fenêtre, soit celle du dernier trimestre 2008. Le dossier ne passera en CROSMS qu'au mois d'avril 2009. Avant cette date, je l'aurai défendu pour avis technique devant le CREA⁴⁷ (Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée) du Nord/Pas-de-Calais.

3.1.2 Définir les modes d'accompagnement

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 oblige à l'écriture d'un projet d'établissement ou de service définissant les modalités d'organisation et de fonctionnement, les modalités d'évaluation ainsi que le définit l'article L311-8 du CASF : « Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité de ses prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou le cas échéant, après la mise en œuvre d'une autre forme de participation. »

La ré-écriture du projet de service de Famchon était en cours quand le projet de foyer d'accompagnement est né. La restructuration a conduit à en cesser l'écriture. Le nouveau projet qui devra être en adéquation avec le projet associatif sera élaboré selon une démarche participative par un comité de pilotage associant l'ensemble des acteurs.

⁴⁷ Visite du site www.creainpdc.org le 18 juillet 2008

Les grandes lignes du projet de foyer d'accompagnement que je vais développer ici sont pour une part importante, notamment celles relatives à l'organisation, celles provenant des réflexions du groupe de travail et du comité de pilotage décrits ultérieurement.

Une de mes préoccupations principales en matière de valeurs est l'épanouissement du résident dans son projet de vie de retraite. Il s'agit de faire de la structure un véritable lieu de vie où chacun puisse répondre à ses aspirations mais également se maintenir en bonne santé.

Pour cela, je suis très attentive au recueil de l'avis du résident et de son association active à l'élaboration de son projet individualisé. Tous les résidents ont aujourd'hui un projet individualisé formalisé, revu tous les deux ans. Je préconise que celui-ci soit revu annuellement et par la même, l'évaluation MAP-GIR qui participe à son élaboration. Cet outil mesure d'une part les besoins d'accompagnement et d'autre part la dépendance.

L'effectif reste constant soit 36 résidents permanents et deux places d'accueil d'urgence que je souhaite maintenir. Elles peuvent être une réponse en cas de défaillance d'un aidant pour une personne vivant en famille.

La population concernée par le projet est définie ainsi : personnes en situation de handicap mental des deux sexes, âgées de 55 ans ou plus en cessation totale ou partielle d'activité du fait de l'âge, ayant obtenu une notification d'orientation foyer d'hébergement par la CDAPH.

Les principes de base du foyer d'accompagnement restent identiques à ceux d'un foyer d'hébergement à savoir fournir une prestation hôtelière, veiller à la protection et à la sécurité des personnes, accompagner le bénéficiaire dans les situations de la vie quotidienne quand cela s'avère nécessaire, apporter au bénéficiaire une aide à la vie sociale et relationnelle, développer les savoir-faire de la personne ou les maintenir.

Les axes liés à la cessation d'activité et à l'avancée en âge sont développés autour des notions d'accompagnement vers l'extérieur, vers des activités de droit commun et des notions du « bien vieillir ».

Comme son nom l'indique, l'axe principal est l'accompagnement mais également l'adaptation au rythme de chacun. Il faut veiller à maintenir dans le foyer une atmosphère à la fois familiale et dynamique. Chacun doit pouvoir être libre de participer ou de ne rien faire mais l'équipe éducative devra s'assurer que cela ne se transforme pas en

désœuvrement complet. C'est un équilibre difficile à trouver. De même, il faut une organisation qui permette à chacun de prendre son temps avec un rythme adapté.

Ainsi, afin de garder une taille humaine à l'établissement, je reprend les préconisations des représentants des entités et partagerai le bâtiment en trois unités de vie situées chacune dans une aile du bâtiment. Chacune sera constituée de 11 chambres ; 3 résidents auront un studio autonome à l'extérieur du bâtiment, sur la commune de Willems. Ces trois places pourront ainsi répondre aux besoins de résidents plus autonomes (résidents d'Alpha par exemple), l'architecture sera donc revue et l'espace réaménagé (cf. 3-2-1). L'organisation par unité de vie donnera une dimension familiale à la structure et permettra plus facilement à chacun de vivre à son rythme. Les résidents seront réunis dans chacune pour les temps de repas et certains temps tels que ceux réservés aux tâches ménagères,... Pour les activités, les résidents se répartiront et choisiront selon leurs envies et leurs affinités.

Je retiens l'organisation de la journée déterminée également avec les salariés en groupe de travail:

Le matin :

- de larges plages horaires pour le lever et le petit déjeuner par unité
- toilettes et tâches domestiques puis activités libres ou organisées
- repas pris dans chacune des unités

Après-midi : le respect d'un temps de sieste ou de repos et/ou participation à une des trois activités proposées, déterminées par les résidents en commission loisirs.

Les activités de groupe feront l'objet de choix par la commission loisirs, commission composée du chef de service, de résidents de chacun des lieux de vie et d'animateurs de ceux-ci. La participation individuelle à des sorties, clubs ou autres loisirs sera encouragée.

Suite aux constats que j'ai fait des limites dues à l'organisation, corroborées par les membres du groupe de travail, les postes d'agents de service seront transformés en «maîtresses de maison». Leur mission sera d'être attentive au confort et au cadre de vie des résidents et plus généralement de veiller à maintenir les locaux communs dans un état de propreté favorisant le bien-être de chacun. La participation des résidents aux activités domestiques telles que l'aide à la préparation des repas, à la mise de table, à l'entretien du linge ou au ménage permet une implication stimulante. Les maîtresses de maison participeront à l'accompagnement et à l'apprentissage des personnes dans ce

domaine. Au nombre de trois (une par unité), cela permettra une présence permanente l'après-midi et résoudra le problème des personnes qui ne souhaitent pas participer aux différentes activités organisées.

Je demanderai au chef de service de porter une attention particulière aux éléments favorisant le maintien en bonne santé telle qu'une alimentation variée et diététique adaptée aux besoins des personnes âgées. En effet, parmi les éléments qui pouvaient contribuer à un vieillissement spécifique, on a pu citer les effets d'une mauvaise hygiène de vie : une alimentation mal équilibrée, sédentarité, obésité, qui ne sont qu'indirectement liés au handicap.

L'avancée en âge des résidents permet de supposer une augmentation des soins. Comme nous l'avons vu, l'association n'a pas souhaité développer des places de FAM. Rappelons que le foyer n'a pas de personnel médical ou para-médical. La prise en charge des soins, au sens large et non purement médical, pourra se faire avec le recours à des structures extérieures telles que services d'aide à la personne, SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile) ou éventuellement HAD (Hospitalisation A Domicile) ou SAMSAH pour lesquelles la mise en place et le développement de partenariats sont rendus nécessaires. Le groupe de travail constitué devra travailler sur les besoins et les procédures à mettre en place.

Afin d'assurer une vigilance particulière de la santé, un référent chargé du suivi médical sera désigné dans chaque unité. Coordonnateur des soins avec les différents praticiens, il aura une connaissance particulière du réseau médical et para-médical, réseau qui devra être développé avec le chef de service. Les procédures en cas d'hospitalisation ou de retour d'hospitalisation (SSIAD, HAD) devront être revues en équipe en lien avec les conventions de partenariat conclues avec le secteur hospitalier.

La limite du projet de foyer d'accompagnement sera la même que celle qui existe dans le maintien à domicile de la personne âgée. La grande dépendance ou l'aggravation de l'état de santé du résident détermineront son orientation vers des structures plus adaptées telles que EHPAD ou le cas échéant, unités de soins palliatifs. Cela nécessitera la mise en œuvre d'un partenariat avec le secteur gériatrique d'une part et le secteur hospitalier d'autre part.

Les précédentes entrées en EHPAD se sont faites sans préparation ni pour le résident du foyer, ni pour l'EHPAD. Je propose de renforcer les liens avec le secteur gériatrique par une meilleure connaissance réciproque avec des rencontres entre professionnels des

deux secteurs mais également une préparation de la personne avec des visites préalables à l'entrée. Après le placement dans l'établissement, je veux qu'un lien puisse être maintenu entre le résident et son ancienne structure par la visite d'un éducateur accompagné éventuellement d'autres résidents.

La mise en œuvre de ce projet nécessite de restructurer le foyer à la fois du point de vue architectural et sur le plan des ressources humaines sans oublier d'étudier l'impact financier.

3.2 Restructurer le foyer dans ses différentes dimensions

3.2.1 Restructurer le foyer dans sa dimension architecturale

L'aspect architectural est un support du projet d'accompagnement. Le foyer d'hébergement n'est un espace collectif pour les 38 résidents que quelques heures par jour : au lever pour le petit déjeuner, au retour de l'ESAT, pour le repas du soir et la soirée et le week-end. Le foyer d'accompagnement va devenir un espace de vie en collectivité permanent. La vie en collectivité à 38 personnes peut être lourde si les lieux ne sont pas adaptés, c'est pourquoi il est apparu indispensable tant pour les familles, les résidents que les professionnels de créer trois unités de vie, distinctes des espaces d'activités.

Dans une volonté de faire participer les salariés au projet, j'ai proposé la mise en place d'une commission chargée de réfléchir aux nouveaux besoins architecturaux. Celle-ci s'est réunie régulièrement faisant également appel à l'architecte. J'ai ensuite validé ces propositions. Ainsi, les trois unités seront réparties dans trois ailes du bâtiment. Chacune s'organisera autour de :

- 11 chambres de 20 m², comprenant un cabinet de toilette équipé d'un lavabo, toilettes et douche
- une salle à manger juxtaposée à un coin « tisanerie » qui permettra la préparation du petit déjeuner, du goûter et des activités « cuisine »
- un salon détente
- une salle de bains équipée d'une baignoire pour personnes à mobilité réduite.

Les salles d'activités seront également démultipliées afin de proposer des activités différentes. De même, le vieillissement et la perte d'autonomie obligent à prévoir un ascenseur.

Locataire des lieux, j'ai rencontré les représentants de la société CMH, propriétaire des bâtiments afin de définir ces travaux, d'en évaluer la faisabilité, les délais, d'en déterminer le coût et la répercussion financière sur le loyer.

Je considère ces travaux, imposés par la restructuration, comme une opportunité pour la mise aux normes d'accessibilité prévue par la loi 2005-102 du 11 février 2005 qui devra être effective dès 2015.

3.2.2 Restructurer le foyer dans sa dimension ressources humaines

* Estimations qualitatives et quantitatives des besoins

Je dois déterminer le tableau des effectifs en tenant compte à la fois des besoins d'accompagnement selon l'organisation définie tout en respectant les contraintes en terme de ratio d'encadrement déterminé par le financeur. (cf. tableau comparatif des effectifs en annexe II).

Dans le cadre d'une restructuration, je vais étudier chacun des postes et vérifier son adéquation avec le nouveau projet. Concernant la restructuration de Famchon, un certain nombre d'entre eux ne vont pas changer tel le poste de lingère, ceux de veilleurs de nuit ou encore les services administratifs. Ils restent nécessaires en l'état au nouveau projet de service. Par contre, de nouveaux postes éducatifs sont à prévoir ainsi que des modifications au sein des services généraux. Je veillerai à mettre à jour les fiches de postes.

L'accompagnement éducatif : la situation actuelle en terme de ressources pour l'accompagnement en journée est d'un ETP supplémentaire pour l'unité des aînés. La structure afin de répondre aux objectifs d'accompagnement de journée va devoir compléter son effectif éducatif. La mission première de l'équipe éducative en journée est une mission d'animation. Elle doit organiser et planifier les activités avec les résidents.

La présence d'un minimum de trois animateurs en journée est indispensable. Ainsi, les résidents auront le choix entre plusieurs animations de nature différente, ce qui représente un éducateur pour 12 personnes au maximum. Il est à prévoir que certains n'y participeront pas. D'autres, plus autonomes, préféreront, se rendre seuls à d'autres activités.

Un éducateur travaille 1456h/an. Conventionnellement, il a trois heures par semaine de temps de préparation ce qui représente sur 44 semaines travaillées, 132h. On peut donc considérer qu'un éducateur « produit » 1324h de présence éducative.

Sans activité professionnelle en ESAT, le temps de prise en charge supplémentaire correspond 1935h (9h X 215 jours par unité) ce qui représente environ 4.5 ETP d'animateur 1^{ère} catégorie afin de couvrir l'ensemble de la journée tout au long de l'année. Il existe déjà un ETP supplémentaire pour l'unité des aînés, je dois donc ajouter 3.5 ETP.

Actuellement, il n'y a que deux animateurs 1^{ère} catégorie. Afin d'en avoir un dans chacune des trois unités de vie et pouvoir leur confier une mission de supervision de l'unité, je choisis d'en ajouter un. Les 2.5 autres postes pourront être occupés par des animateurs 2^{ème} catégorie, type Moniteurs Éducateurs.

La restauration : Les repas du soir pour l'ensemble des résidents et ceux du midi pour l'unité des aînés sont élaborés et préparés par un ETP de cuisinier. Les repas du dimanche et jours fériés sont quant à eux cuisinés par les personnels éducatifs aidés des résidents en ayant la capacité.

Cette organisation ne me paraît plus optimale. Je profite de la restructuration pour faire le choix d'une cuisine externalisée.

En effet, la réorganisation va augmenter de façon conséquente le nombre de repas. D'une dizaine de repas le midi, il y en aura désormais une quarantaine.

D'un point de vue qualitatif, les besoins nutritionnels vont évoluer. Les régimes spécifiques peuvent se multiplier. Le vieillissement pouvant entraîner des risques de troubles digestifs ou au niveau de la mastication, la préparation de « moulinés », de « mixés » ou de régimes alimentaires spécifiques demande des compétences particulières que n'ont pas les équipes éducatives qui interviennent en renfort.

Je ferai appel à une société de restauration pour assurer les repas de midi et du soir entreprise avec laquelle je signerai une convention de mise à disposition de professionnels et de fourniture de denrées. J'effectue ce choix également en raison d'une législation de plus en plus rigoureuse qui exige d'en confier la responsabilité à des professionnels.

Maîtresse de maison: Jusqu'à présent l'entretien des locaux est fait par deux A.S.I à trois quart temps. Leur tâche est exclusivement l'entretien des 1700m² de surface (chambres et pièces communes). Dans l'esprit d'unité de vie que je souhaite pour le foyer d'accompagnement, je vais procéder à la transformation des postes d'agent de service en postes de maîtresses de maison à trois quart temps et à l'embauche d'une nouvelle

personne, un poste pour chacune des unités de vie. Elles auront à la fois un rôle de présence bienveillante et d'accompagnement des résidents dans la réalisation des tâches ménagères (nettoyage des chambres, entretien de leur linge, mise de table,...)

La présence en journée des résidents nécessite de renforcer l'entretien des espaces collectifs. Je consoliderai l'équipe par l'embauche d'un travailleur handicapé en contrat de professionnalisation. Cela n'alourdira pas la masse salariale, les frais engagés seront entièrement pris en charge par l'OETH (Obligation d'Emploi des Travailleurs handicapés) auquel l'association a adhéré et participera à l'insertion professionnelle d'un jeune désireux d'acquérir une première expérience professionnelle et un diplôme.

Supervision par un psychiatre : En lien avec les recommandations de l'ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux) sur la bientraitance, je vais organiser des réunions de supervisions avec les équipes de chacune des unités de vie ainsi qu'avec les membres des services généraux. Ces réunions, une toutes les six semaines environ, auront pour objectif d'être un espace de parole mis au service du salarié. « Ces espaces d'échange permettront qu'aucune catégorie de professionnels ne se sente isolée dans son action et dans sa perspective professionnelle⁴⁸ ». Leur finalité est de favoriser une réflexion sur ce que chacun vit dans sa pratique quotidienne en tant qu'individu, de favoriser une dynamique d'équipe, d'échanger sur des pratiques professionnelles.

* Redéploiement et recrutement

L'accompagnement de personnes avançant en âge demande motivation, dynamisme et volonté de participer à un tel projet. Je reprendrai à mon compte la réflexion de Thierry De Thibault et Daisy Populaire⁴⁹ : « Il nous semble que l'accompagnement de la personne handicapée mentale âgée nécessite de la part des membres du personnel un désir et une volonté de comprendre et d'aider les personnes qui leur sont confiées en ajustant l'action à leurs besoins et non l'inverse. En quelques mots, nous pouvons dire que l'équipe éducative qui accompagne la personne handicapée mentale doit être motivée, formée et encadrée ». Travailler dans cette structure doit être un choix, c'est pourquoi chacun des salariés actuels de Famchon sera reçu en entretien afin de déterminer son choix professionnel. Les centres d'habitat représentent 58.68 ETP. Les postes demeurés

⁴⁸ ANESM – La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre – juin 2008 p33

⁴⁹ DE THIBAUT T.et POPULAIRE D. – Le vieillissement des Personnes Handicapées Mentales – Editions ENSP – 2003 – p 112

vacants pourront ainsi être proposés aux salariés des autres unités. Il faut rappeler que tous les salariés de l'APEI ont un contrat associatif et qu'ils peuvent ainsi être amenés à travailler dans toutes les structures de l'association.

Je dois également veiller à ce que l'accompagnement au quotidien de personnes dont l'autonomie va décroissante, n'accroisse pas l'usure du personnel. Je proposerai donc régulièrement au personnel du foyer d'accompagnement un retour en foyer « classique ».

Ainsi que nous l'avons vu les postes de maîtresses de maison seront prioritairement proposés aux agents de service en place sous réserve d'acceptation de la formation.

Quant au cuisinier il lui sera proposé, soit un poste équivalent au sein de l'association, soit d'être repris par la société de restauration, ceci pouvant faire l'objet de négociation.

En ce qui concerne le recrutement, je vais suivre la politique de recrutement définie dans le cadre d'un récent accord GPEC signé par l'association. Selon celui-ci, même s'il n'existe pas de priorité de recrutement interne ou externe, la volonté associative est de promouvoir la mobilité interne. Ainsi, certaines actions sont mises en place afin de la développer, telles que la communication des postes à pourvoir dans chaque établissement sur une plate forme emplois interne quinze jours avant l'engagement d'un processus de recrutement extérieur. Toutes les candidatures internes déposées dans les limites des dates indiquées dans la plate forme emplois font l'objet d'un entretien systématique et d'une réponse motivée.

Ces recrutements devraient concerner au minimum quatre postes, un poste de maîtresse de maison et un poste d'éducateur spécialisé et 2.5 ETP de postes de moniteurs 2^{ème} catégorie.

Mon principal critère de recrutement sera la capacité d'intégrer une équipe existante ainsi que la motivation à encadrer des personnes handicapées âgées.

3.2.3 Impact en matière financière

Comme le remarque G. Zribi : « le social n'a pas de prix mais il a un coût ». Je dois en tant que directrice déterminer celui-ci. Dans le cadre d'une restructuration, je vais étudier la variation des différents postes en fonction du nouveau projet afin d'établir un budget prévisionnel qui fera partie du dossier déposé en CROSMS. (cf. annexe III).

Les dépenses afférentes au groupe I vont augmenter. La variation la plus importante sera au poste « prestations d'alimentation à l'extérieur » de par le choix de faire appel à une société de restauration.

Dans le groupe II, l'impact budgétaire sera principalement lié à l'augmentation des charges en personnel compensée en partie sur ce groupe par la disparition du poste de cuisinier. Néanmoins, ce groupe augmentera de 15% environ.

Le groupe III va augmenter du fait de l'incidence des transformations architecturales sur le loyer et des nouveaux investissements à prévoir.

Ceux-ci seront relativement peu nombreux : un véhicule pour le transport des usagers vers les activités, deux baignoires médicalisées, du matériel informatique pour l'équipe éducative de chaque lieu de vie, du mobilier pour les trois ailes du bâtiment et les salles d'activités.

Le prix de journées est établi sur la base de 13 100 journées correspondant à une activité de 97%, légèrement inférieure à celle d'aujourd'hui.

Le budget prévisionnel de fonctionnement serait de 1 603 350 € soit une augmentation de 21,35%. L'APL (Allocation Personnalisée au Logement) perçue par les personnes viendra en recette en atténuation soit environ 50000 €

Au total le prix de journée s'élèvera à 118.58 €, le prix de journée du foyer d'hébergement Famchon était de 94.25 € au budget 2008. Ce prix de journée reste bien inférieur au prix de journée d'un foyer de vie (137.34 € pour un des foyers de vie de l'APEI) conformément aux préconisations de l'autorité de tarification.

3.3 Les conditions de réussite du projet

Un bâtiment adapté, un tableau des effectifs suffisamment pourvu et des moyens financiers adéquats ne sont pas les seuls gages de la réussite d'un projet. Les écueils sont nombreux dont la résistance au changement de l'un ou l'autre des acteurs. En tant que directrice, je dois identifier ces résistances et y apporter une réponse par les différents outils que sont la communication, la participation à l'élaboration du projet, la

formation. En effet, la réussite appartiendra essentiellement à la manière dont j'aurai accompagné le changement tant auprès des équipes que des usagers.

3.3.1 Etablir un plan de communication

Le changement facilite la création de nombreuses zones d'incertitudes qui laissent entrevoir le développement de stratégies personnelles parfois contraires aux intérêts de l'entreprise. Il me faudra donc veiller à limiter l'apparition de tels comportements. Communiquer tant en interne qu'en externe me semble dès lors un outil efficace.

Etablir un plan de communication est indispensable dans le cas d'une restructuration. La restructuration d'un établissement implique que celui-ci existe auparavant. Il existe avec des usagers, des familles, des salariés, des partenaires internes et externes. L'information est indispensable si l'on ne souhaite pas que la rumeur, bruit informel, insistant et sans source déterminée ne prenne le dessus ou ne devienne une technique d'influence.

Le plan de communication se divise en actions de communication interne et externes. Il a débuté dès que le principe de restructuration a été validé.

- Communication auprès des salariés

En termes de communication auprès des salariés il y a la communication légale et la communication d'opportunité.

La communication légale concerne les représentants du personnel. Il y a un délégué du personnel, salarié de Famchon. Je l'ai donc informé du projet ainsi que les membres du CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail)

Avant de communiquer auprès des usagers et des familles, j'ai choisi de communiquer auprès des salariés sur le projet de restructuration du foyer. J'ai fait l'annonce du projet de restructuration lors d'une réunion d'équipe afin de pouvoir appréhender en direct les réactions : soulagement pour beaucoup quant à l'avenir de « leurs résidents », questionnement sur « le comment » pour d'autres...Par la suite, j'interviendrai régulièrement pour faire avec eux un point sur l'avancée du projet.

- Communication auprès des résidents

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 a placé l'utilisateur au centre du dispositif. En terme de communication légale, il doit y avoir consultation du Conseil de la Vie Sociale, un organe consultatif et non décisionnel. Il doit être informé des changements qui vont intervenir au sein de la structure où il vit. En tant que membre du CVS avec voix consultative, j'ai demandé à mettre à l'ordre du jour d'une réunion du Conseil de la Vie Sociale une communication sur le projet de restructuration. Le CVS est commun aux quatre structures. Cela m'a permis de faire part du projet aux représentants de l'ensemble des foyers ainsi qu'à ceux du foyer logement ALPHHA.

Si légalement le CVS doit se réunir 3 fois par an, j'ai proposé le doublement de ces réunions pendant le temps nécessaire à la mise en œuvre de la restructuration. Cela me permettra d'informer ses membres régulièrement de l'avancée du projet.

La communication auprès du CVS fait partie de la communication légale. Il me paraît indispensable d'informer également directement l'ensemble des usagers

Dès le mois de février, j'ai organisé une réunion au sein du foyer avec l'ensemble des résidents. J'y ai invité les représentants des équipes afin que ceux-ci puissent « reprendre » avec les résidents mes propos, apporter des éclaircissements, répondre aux questions.

- Communication auprès des familles et des représentants des résidents

L'APEI est une association de parents. Ceux-ci y ont une place particulière. Si cette communication ne fait pas partie des obligations légales, il reste indispensable d'informer les familles sur la restructuration envisagée. Celles-ci sont particulièrement sensibles aux réponses de l'Association pour accompagner le vieillissement de leurs enfants.

Près de 80% des résidents sont sous mesure de protection avec des associations de protection des majeurs, futurs services mandataires judiciaires à la protection des majeurs. Les délégués à la tutelle sont des partenaires essentiels. Ils collaborent à l'élaboration du projet de vie des majeurs protégés. J'ai donc organisé avec le chef de service une rencontre avec les familles et les organismes de tutelle.

- Communication auprès des partenaires internes

J'ai choisi de communiquer auprès des ESAT par l'intermédiaire des assistants sociaux. Pour les travailleurs les plus âgés, ce sont eux qui vont constituer les dossiers de retraite en lien avec les tutelles, faire les demandes de diminution de temps de travail pour les

travailleurs auprès de la DDASS. La transmission de l'information va leur permettre de donner des pistes de réponse aux questionnements des familles.

- Communication institutionnelle

Une fois le principe du projet validé dans son ensemble par le Conseil d'Administration, j'ai rencontré des représentants de l'autorité de tarification, le Conseil Général du Nord afin de leur présenter le projet, de réajuster si besoin. Ceci est d'autant plus nécessaire dans le cas présent que le concept même de foyer d'accompagnement émane du conseil général et qu'il est expérimental (un seul projet a été déposé en 2008). Il s'agit non pas de le valider ce qui est du ressort du CROSMS mais de le faire connaître en sorte qu'il arrive en commission avec une certaine notoriété.

La rencontre de représentants du CREAL est également indispensable ; n'oublions pas que celui-ci sera amené à donner un avis technique sur le projet.

3.3.2 Amener les acteurs à participer à l'élaboration du projet

Selon J.M. Miramon, « tout projet suppose d'enclencher des processus de changement. En amont, au moment de la conception, ils visent à mobiliser l'équipe technique pour qu'elle ne se retrouve pas placée devant le fait accompli⁵⁰ ».

Il faut légitimer le changement par la recherche d'une interprétation commune, d'une vision partagée, d'un sentiment commun qui rende légitime toute volonté d'agir sur l'organisation. Amener les acteurs à participer à l'élaboration du projet leur permettra qde se l'approprier et participera à la levée des résistances aux changements.

Selon Jean-René Loubat⁵¹, l'important dans le changement n'est pas de disposer d'une majorité mais d'un noyau motivé : « Est-ce que dans votre établissement vous pouvez compter sur 30% de personnels motivés, cohérents et adhérents à une démarche de changement ? Si vous répondez oui, alors le changement a des chances de s'effectuer ».

L'équipe de Famchon est très majoritairement favorable au projet de restructuration. Il est ressenti comme un soulagement. Celui-ci répond à leurs craintes quant à l'avenir des

⁵⁰ Miramon J.M. – op. cit. – p185

⁵¹ Loubat J R – op. cit. - p 54

résidents âgés. Le projet a donc de grandes chances d'aboutir mais il faut utiliser les bons outils pour y parvenir.

Mon choix de management fait donc appel à la participation des professionnels en tant qu'acteurs. Il s'agit de mobiliser le dynamisme, le potentiel, l'expérience et le vécu des salariés du foyer dans la démarche d'élaboration du projet. C'est pourquoi je choisis de créer un groupe de travail.

Je suis intervenue lors d'une réunion d'équipe pour proposer la mise en place d'un groupe de travail. Il était important que chaque membre de l'équipe puisse s'approprier le projet. L'équipe a souhaité que chacune des quatre entités y soit représentée. Ce groupe est constitué de cinq membres : un représentant de chaque unité, désigné par l'équipe et le chef de service. Celui-ci organise et manage les réunions, détermine l'ordre du jour en lien direct avec moi. Son rôle majeur participe également à la levée de ses propres résistances au changement. Chaque réunion donne lieu à un compte-rendu qui m'est transmis ainsi qu'à la direction générale et au comité de pilotage. La fréquence des réunions est mensuelle. Ce groupe de travail se poursuivra jusqu'à la mise en œuvre effective du foyer d'accompagnement.

Les premiers thèmes abordés ont été : le public et la limite d'accompagnement, la détermination des besoins,... Selon le thème abordé, la participation d'un membre des services généraux ou administratifs sera sollicitée. Des commissions spécifiques pour tel ou tel thème sont également mises en place (ex : besoins architecturaux)

Limitier la participation aux seuls salariés me paraît restrictif. Le projet de restructuration ne concerne pas que l'équipe de Famchon. Il s'agit de favoriser la participation de l'ensemble des acteurs.

La constitution d'un Comité de pilotage va permettre d'avoir un regard extérieur sur la structure par rapport à celui porté par les salariés parfois trop « envahis par l'affect ».

Ce groupe de pilotage, constitué sur la base du volontariat doit être représentatif de l'ensemble des acteurs sans pour autant être trop lourd.

J'ai proposé qu'il soit constitué de :

- 2 représentants des familles (1 de Famchon, 1 d'un autre foyer)
- 2 résidents de foyer (1 de Famchon, 1 d'un autre foyer)
- 1 représentant des ESAT (chef de service éducatif ou assistant social)
- 1 membre du conseil d'administration délégué auprès des Centres d'Habitat.

Une personne extérieure peut également intervenir à la demande du comité telle que médecin, psychologue,...

Si le groupe de travail constitué de salariés a pour mission d'étudier les points en lien avec l'organisation et le quotidien, le comité de pilotage a pour tâche le suivi de l'avancée du projet. Il est également force de propositions.

3.3.3 Renforcer la compétence des professionnels par la formation

« Si le changement ne se décrète pas, il peut s'organiser. Si l'on pense que la formation constitue un des moyens privilégiés de l'adaptabilité, alors cette formation doit être pensée et évaluée comme telle » explique J.R Loubat⁵².

Le plan de formation est un outil de stratégie. Il faut satisfaire à la fois la capacité d'adaptation de l'organisation et l'employabilité des salariés. L'animation d'une stratégie requiert l'analyse des besoins de compétences, d'organisation, de promotion auquel le plan de formation peut éventuellement répondre. « Par conséquent, écrit J.R. Loubat, l'évaluation préalable à une politique de formation ne doit pas se centrer sur la formation elle-même mais sur un diagnostic de fonctionnement. »⁵³ Il s'agit de répondre à la question : quels seront les besoins de cette organisation demain ?

La restructuration du foyer définit une nouvelle mission aux équipes éducatives et à une partie des services généraux. Les compétences demandées sont différentes, les besoins liés à l'organisation également.

D'un point de vue technique, le Plan Annuel d'Utilisation des Fonds (PAUF) est commun à tous les foyers. Je donne priorité aux actions de formation liées à la restructuration de Famchon par rapport aux autres services des centres d'habitat.

Ainsi que nous l'avons vu, l'approche du vieillissement pour une équipe éducative n'est pas forcément naturelle de part la formation qu'elle a reçue. Il me semble indispensable de proposer des formations complémentaires relatives à la gérontologie, à la connaissance et au repérage des besoins de la personne âgée ainsi qu'à l'accompagnement à la fin de vie même si ces situations risquent d'être rares.

⁵² Loubat J-R – Penser le management en action sociale et médico-sociale– Dunod – 2006 – p 255

⁵³ Loubat J-R – op. cit. – p 256

Il faudra également que la formation comporte une approche des différents secteurs du médico-social ou du sanitaire. J'ai pu, dès le diagnostic, évoquer la méfiance qu'avait l'équipe éducative face aux autres corps professionnels. Le changement se fera d'autant plus facilement que les freins liés à cette méconnaissance des autres seront levés. Cette approche pourrait se faire sous la forme de rencontres organisées entre acteurs de différents secteurs ou de journées d'immersion dans d'autres structures.

J'ai également noté qu'une des difficultés pour le personnel éducatif peut résulter de la différence culturelle liée à sa formation de base, à savoir « le modèle intériorisé de l'éducation d'un enfant en progrès⁵⁴ ». Il conviendra de mettre en place un travail sur le sens que chacun peut redonner à sa mission dans l'accompagnement de personnes en perte d'autonomie.

Concernant les services généraux, la qualification de maîtresse de maison n'existe pas actuellement au sein du foyer. Les agents de service actuels étant prioritaires sur ces places, je vais leur proposer cette formation d'une durée de 175 h. ou éventuellement une validation par la VAE (Validation des Acquis de l'Expérience).

Les salariés du foyer d'accompagnement, comme plus de 600 salariés de l'association suivront la formation d'une durée de trois jours organisée par l'Association « Prévenir les mauvais traitements par la qualité de vie des usagers » en réponse à la politique de prévention et de lutte contre les maltraitances.

3.3.4 Inscrire le projet dans des réseaux et du partenariat

Le foyer d'accompagnement est une structure qui ne peut fonctionner seule. Elle s'inscrit dans un territoire et un environnement. Ce foyer doit pouvoir faire appel à des compétences extérieures tant en ce qui concerne le lien social, les soins et la gérontologie.

Notions de réseaux et de partenariat doivent ici être distinguées. Régis Dumont⁵⁵ définit le réseau professionnel comme « une forme d'organisation transversale rassemblant, dans un même « système d'action », des professionnels qui travaillent en lien, pour tenter de coordonner leurs actions auprès de la personne en demande d'aide, tout en respectant

⁵⁴ GABBAI P. – op cit. – p 29

⁵⁵ DUMONT R. – cours CAFDES

leurs missions et leurs cadres respectifs d'intervention. » La mise en œuvre d'un réseau demande par ailleurs « des objectifs communs, l'usager au centre des préoccupations, le respect du rôle de chacun, complémentarité et compétence. Le réseau professionnel va mobiliser en premier lieu les professionnels de première ligne. »

De même Régis Dumont⁵⁶ définit les différentes formes du partenariat opérationnel :

- « le partenariat d'initiative qui traduit la volonté commune de responsables cherchant stratégiquement à mutualiser leurs forces et coordonner leurs actions.
- « Le partenariat imposé mis en œuvre à la demande d'un organisme de tutelle »
- « Les partenariats qui s'établissent de fait au tour de dispositifs légaux »

Dans le partenariat opérationnel, comme il le souligne, « une relation juridique est le plus souvent établie et lie les institutions, établissements et services impliqués (charte, convention,...) ».

Ainsi, selon la nature des liens, les acteurs directement concernés, le degré d'institutionnalisation et de partage de compétences, le projet trouvera sa réponse dans l'une ou l'autre de ces formes de partenariat.

* Réseau local social, associatif et culturel

En ce qui concerne l'inscription du foyer dans un réseau associatif local, certains liens existent déjà. Ils se sont étoffés depuis bientôt dix ans. Ainsi les résidents de Famchon peuvent déjà participer aux activités du béguinage de Willems avec les autres résidents. Certains sont inscrits au club de ping-pong du village, d'autres à la bibliothèque de Roubaix... La restructuration de Famchon en foyer d'accompagnement va multiplier le nombre d'activités ainsi que le nombre de personnes concernées. Il est également nécessaire de développer ce réseau afin d'élargir les possibilités offertes aux résidents : clubs de sport, associations culturelles, musées,...Le développement de ce réseau sera pris en charge directement par l'équipe éducative sous la coordination du chef de service.

* Réseau soins

Ainsi que nous l'avons vu, le choix associatif a été de ne pas médicaliser le foyer. Pour autant, je dois prévoir que le besoin de soins va exister et augmenter : des soins de nursing aux hospitalisations en urgence ou organisées, de la gestion du retour d'hôpital

⁵⁶ DUMONT R.- Travailler en réseau – Paris Dunod - 2003 – p 37

aux soins infirmiers. La recherche d'un bon fonctionnement nécessite la création et l'animation d'un réseau adapté. Trois partenaires ont d'ores et déjà adhéré au projet

L'ADAR est une association de services à la personne. Elle intervient à domicile ou en établissement dans le maintien à domicile des personnes âgées ou des personnes handicapées. Une antenne de l'association est implantée dans le béguinage de Willems. J'ai, dès le mois de juillet, pris contact avec la direction et présenté le projet de restructuration. Nous avons pu définir les besoins éventuels notamment en terme d'aide à la toilette ou de nursing. L'antenne n'étant pas autorisée pour les personnes handicapées de moins de 60 ans, la directrice prévoyait de faire une demande d'extension d'autorisation auprès du conseil général de quatre places. Suite à notre rencontre, elle va augmenter le nombre d'accompagnements prévus.

Santélyls est une association spécialisée dans la santé à domicile. Elle a créé en 2007 un SSIAD pour personnes handicapées. Il me semblait que c'était le partenaire idéal. Un premier contact a déjà été pris au niveau associatif. Au mois de septembre, j'ai rencontré une des responsables de la structure accompagnée d'un gérontologue afin de leur faire part de la nature de notre projet, de définir nos besoins futurs et de poser les premiers jalons d'une collaboration.

Si j'ai initié ces rencontres, il s'agira, par la suite, pour le chef de service de s'entourer d'un groupe de travail afin d'élaborer des procédures d'intervention, de préciser les besoins et de préparer ainsi les outils d'une collaboration future.

En ce qui concerne le secteur hospitalier, l'association a négocié avec le centre hospitalier de Roubaix une convention de collaboration sur l'accueil d'urgence et l'hospitalisation des personnes handicapées en situation de handicap mental. Cette convention prévoit l'élaboration de procédures facilitant et sécurisant la prise en charge en cas d'appel aux services d'urgence (ex : fiches signalétiques de la personne : nom, âge, pathologie, médicaments, ...).

* Réseau gérontologique

L'ensemble du personnel des Centres d'Habitat a une mauvaise connaissance des structures pour personnes âgées. Certains liens plus forts ont été créés entre tel chef de service et tel directeur de structure gériatrique. Rien n'a été formalisé, et il faut donc

considérer cette configuration comme un « réseau spontané », avec les fragilités inhérentes à ce type d'organisation.

L'orientation, prévue dans le projet de service des résidents devenus dépendants vers un EHPAD, nécessite une meilleure connaissance de ces établissements et à terme de dégager des solutions pérennes par une formalisation des collaborations respectives.

Je vais donner comme mission au chef de service de rencontrer les responsables des différents établissements de notre territoire en s'appuyant sur ce « réseau spontané ». Il s'agit à la fois de se faire connaître, de faire connaître la déficience intellectuelle à un secteur qui en a souvent une représentation fautive. Il faut dans un premier temps, rencontrer les directions et personnels des établissements pour personnes âgées pour les amener à réfléchir ensemble à des conditions d'accueil pour les personnes handicapées âgées. Dans un deuxième temps, il faudra organiser des rencontres entre professionnels des deux secteurs dans le souci d'une meilleure connaissance réciproque des missions de chacun. Dans un troisième temps, les liens établis pourraient être formalisés sous forme de convention de partenariat afin de formaliser et de pérenniser la collaboration.

L'accompagnement de personnes handicapées âgées nécessite également de se rapprocher des institutions du secteur gérontologique que sont les CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination) ou les CCAS (Centre Communal d'Action Social).

3.4 Evaluer

La loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rend obligatoire, à travers son article 22, l'évaluation de la qualité des prestations d'accompagnement de la personne accueillie au sein des structures sociales et médico-sociales. Cette exigence est traduite dans l'article L.312-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Il s'agit pour l'ensemble des acteurs des établissements, de faire un état des lieux des pratiques, des moyens et de l'organisation de l'établissement à un moment déterminé au regard des missions de l'établissement, en accord avec les politiques associatives. Cette appréciation est nécessairement construite et centrée sur l'objet de la mission, en l'occurrence, sur le bénéficiaire des prestations.

Cette démarche d'évaluation permet de prendre du recul par rapport aux pratiques quotidiennes et d'apporter un regard critique global sur son organisation, son fonctionnement, ses pratiques...et ainsi donner du sens à l'action collective et individuelle.

Elle suppose la mise en place d'une méthodologie et d'outils adaptés à la réalité de la structure.

3.4.1 La démarche associative

En mai 2008, la démarche d'évaluation interne a été initiée par l'association avec pour objectifs :

- se donner de la visibilité à moyen terme
- Mieux connaître les attentes et les besoins des personnes accueillies
- Améliorer la qualité des services rendus.

Des groupes de travail ont été mis en place afin de déterminer les objectifs d'évaluation interne prioritaires pour l'ensemble des établissements. Cette réflexion commune entre les administrateurs, les directeurs et les cadres intermédiaires a permis de dégager huit thèmes de réflexion :

- la connaissance du public
- le projet d'établissement
- l'expression et le droit des usagers
- le projet personnalisé
- la continuité de l'accompagnement
- le réseau des établissements
- la place des familles
- l'organisation de l'établissement

A partir de ces thèmes communs à l'ensemble des établissements, une réflexion pluridisciplinaire a été menée afin de déterminer les références, critères et indicateurs permettant à chaque établissement de réaliser son évaluation interne. L'ensemble des établissements du secteur « habitat » dont les centres d'habitat a ainsi collaboré à l'élaboration d'un référentiel commun.

L'équipe de Famchon, comme l'ensemble des professionnels, est informée et impliquée dans la démarche d'évaluation.

Au sein de chaque établissement, l'évaluation interne proprement dite sera réalisée par les professionnels de terrain, au regard de ce référentiel élaboré au niveau associatif. Le foyer d'accompagnement aura la chance d'intégrer ce processus dès sa création. En tant

que directrice, j'assure le pilotage de la démarche, avec l'équipe d'encadrement, au sein des centres d'habitat lors de réunions mensuelles.

3.4.2 L'évaluation et le foyer d'accompagnement

Si l'ensemble de ces éléments fait partie du diagnostic d'évaluation interne, je m'attacherai plus particulièrement à certains d'entre eux pour évaluer si le nouveau foyer d'accompagnement répond bien aux objectifs visés.

Ce sont notamment l'«expression et droits des usagers », le «projet personnalisé» et les « réseaux de l'établissement ».

« L'expression et droits des usagers » : Dans le cadre de la mise en œuvre d'un projet expérimental comme le foyer d'accompagnement, il est indispensable d'avoir des éléments de la satisfaction et de la qualité de vie des usagers. La mise en place de groupes de paroles des résidents et la fréquence de ces réunions, les réponses apportées par les professionnels, le nombre de réunions du CVS, la diffusion des comptes-rendus devront faire partie des indicateurs. Des enquêtes de satisfaction seront élaborées et menées auprès des résidents. De même, je serai particulièrement attentive aux critères concernant la lutte contre la maltraitance tels que l'information de tous ou l'application systématique des procédures.

« Projet personnalisé » : Chaque résident doit disposer d'un projet formalisé. S'agissant de personnes vieillissantes, le projet devra être revu tous les ans. Je demanderai au chef de service de s'assurer que le projet personnalisé, conçu avec la personne, prenne en compte l'ensemble des besoins de l'utilisateur et soit en lien direct avec son projet de vie. Un tableau de suivi synthétisera les besoins, objectifs, moyens.

« Réseau des établissements » : Ainsi que je l'ai notée, l'inscription du projet dans des réseaux est indispensable pour un accompagnement de qualité des personnes. C'est pourquoi je serai particulièrement attentive à l'évolution de ces facteurs dans le temps. Les références retenues au niveau du référentiel dans cet item sont les partenariats conclus avec les acteurs locaux, le partenariat lié à l'accompagnement de l'utilisateur, la politique de communication de l'établissement et la collaboration avec les partenaires médicaux et para-médicaux, notamment les conventions établies avec les partenaires de soins et de santé. Tous sont des facteurs essentiels pour le foyer d'accompagnement.

La démarche d'évaluation interne est une démarche d'amélioration continue de la qualité. Ces éléments ainsi formalisés à travers la démarche d'évaluation interne me permettront de déterminer à la fois les points forts de la structure mais également les axes de progrès.

Conclusion de la troisième partie

Au jour où je finalise ce mémoire, l'écriture du projet est bien avancée. Comme initialement prévu, il sera déposé à la dernière fenêtre de l'année pour une réponse en avril 2009. Instruit dans les six mois, je n'aurai la réponse qu'au printemps 2009. Les travaux prévus ne pourront être entrepris qu'après cette date, soit septembre 2009. L'architecte a estimé qu'ils pourraient se faire en trois tranches de six mois chacune. Une projection dans le temps me permet d'envisager une opérationnalité totale du projet en janvier 2011. En attendant, je dois gérer la transition.

Pendant la durée des travaux, je vais organiser le « relogement » des résidents de l'aile concernée dans des préfabriqués installés sur le terrain du foyer. Je proposerai aux actuels résidents des autres foyers et futurs résidents du foyer d'accompagnement et à leurs familles des visites régulières du chantier. Ils pourront ainsi se familiariser avec les lieux. En terme de moyens humains, je négocierai un poste supplémentaire d'encadrement pour permettre la continuité d'accompagnement au vu de l'augmentation mécanique du nombre de retraités.

Dans l'attente de la réponse, groupe de travail et comité de pilotage continuent leur réflexion.

Conclusion

La population handicapée mentale connaît un accroissement important de son espérance de vie. Les foyers d'hébergement voient le nombre des résidents retraités augmenter.

Aujourd'hui, je dois veiller à ce que leur projet de vie de retraités et l'évolution de leurs besoins trouvent une solution adaptée.

Une première étape de diagnostic a permis d'évaluer les limites à la fois qualitatives et quantitatives de la réponse apportée par l'unité « personnes vieillissantes » d'un des foyers dans l'accompagnement de ce public.

Deux hypothèses ont alors été émises. La première consistait à « déplacer » les résidents vers d'autres structures dès lors qu'ils étaient en retraite ; la seconde était de réorganiser ce foyer.

Dans une deuxième étape, l'approche des concepts de retraite et du « bien vieillir », les spécificités de la déficience intellectuelle dans la mise en œuvre d'aspirations partagées avec les autres retraités et la prise en compte des conséquences liées au vieillissement ont permis de clarifier des besoins à la fois semblables et spécifiques. L'étude des évolutions législatives et des réponses du dispositif actuel a alors été complétée par les expériences d'autres établissements.

L'ensemble de ces éléments m'a conduit à proposer au conseil d'administration, la restructuration d'un des foyers d'hébergement en foyer d'accompagnement, structure expérimentale issue du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale du département du Nord.

J. M. Miramon a écrit : « C'est à l'institution de s'adapter à l'utilisateur, et non le contraire⁵⁷ ». Ce projet, bâti autour des projets de vie des résidents retraités mais également de l'évolution de leurs besoins, a pour ambition d'être une réponse adaptée et non une solution « par défaut ». S'il trouve sa place dans la palette des modes d'accompagnement proposés aux personnes handicapées âgées, celle-ci est encore loin de répondre à la diversité des situations.

⁵⁷ MIRAMON J.M. – op. cit. - 20

Ma réflexion ne s'arrête pas là. Directrice des centres d'habitat, je dois veiller à l'équilibre de toute la structure. Apporter une solution aux personnes handicapées vieillissantes ne doit pas limiter l'accès à l'habitat, et par là-même au travail, à d'autres. La restructuration de Famchon aboutit à la « disparition » de 30 places d'habitat pour des travailleurs d'ESAT. Les listes d'attente d'entrée en foyer sont déjà longues. Je vais donc, parallèlement au dépôt de ce projet en CROSMS, et en accord avec le conseil d'administration, préparer un dossier de création d'un nouveau foyer à Tourcoing, projet qui sera présenté à la même fenêtre.

« Diriger, ce n'est pas seulement encadrer. C'est aussi montrer la direction, aiguiller, orienter. Ce qui suppose de toujours garder un œil sur la ligne d'horizon. », tel est un des repères pour l'action que définit J.M. Miramon⁵⁸.

⁵⁸ MIRAMON J.M. — op. cit - page 90

Bibliographie

Ouvrages

BARABEL M., MEIER O., 2006, *Manageor*, Paris: Dunod, 880 p

BREITENBACH N., ROUSSEL P., 1990, *Les personnes handicapées vieillissantes situations actuelles et perspectives*, 1^{ère} édition, Vanves : CTNERHI, 438 p

CARADEC V., 2004, *Vieillir après la retraite – Approche sociologique du vieillissement*, 1^{ère} édition, Paris : PUF, 240 p

DE BEAUVOIR S., 1970, *La vieillesse*, 1^{ère} édition, Paris : Gallimard, 604 p

DUMOULIN P., DUMONT R., BROSSE N., MASCLET G., 2003, *Travailler en réseau*, Paris : Dunod, 272 p

FONDATION DE FRANCE, 2000, *Les accompagner jusqu'au bout du chemin*, Rennes : ENSP, 187 p

LEGRAND M./éd., 2001, *La retraite: une révolution silencieuse*, 1^{ère} édition, Ramonville saint Anne : Erès, 350 p

LENOIR R., 1974, *Les exclus*, 3^{ème} édition, Paris : Du Seuil, 180 p

LOUBAT J.-R., 2005, *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*, 2^{ème} édition, Paris : Dunod, 354p

LOUBAT J.-R., 2006, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, 391 p

MIRAMON J.-M., COUET D., PATURET J.-B., 2005, *Le métier de directeur techniques et fictions*, 3^{ème} édition, Rennes : ENSP, 269 p

ZRIBI G., SARFATY J., 2003, *Le vieillissement des personnes handicapées mentales*, 1^{ère} édition, Rennes : ENSP, 198 p

Rapports, études

ANESM – La bientraitance : Définition et repères pour la mise en œuvre – juin 2008
disponible sur internet : <http://www.anesm.sante.gouv.fr/pdf/bientraitance.pdf>

AZEMA B., MARTINEZ N., *Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie et de santé ; qualité de vie* – une revue de la littérature, 2005

BAS P., Clôture du Colloque « Bien Vieillir » - Présentation du Plan National Bien Vieillir 2007 – 2009, 24 janvier 2007, disponible sur internet : http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/bas_070124-2.pdf

BLANC P., 2006, *Une longévité accrue pour les personnes vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge*, rapport sénatorial du 11 juillet 2006, 99 p

CLEIRPPA /éd., 2006, Recherche-action – *Vieillesse et cessation d'activité des travailleurs handicapés en ESAT*, 178 p

CONSEIL GENERAL DU NORD, *Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale du Nord*, 285 p

CREAI Bourgogne, *Guide d'accompagnement et de prise en charge des personnes handicapées âgées*, juillet 2004, 68 p

CREAI Bourgogne, *L'accompagnement de chaque personne handicapée âgée dans son évolution*, Bulletin d'informations n°250, juillet 2005

DRASS Nord Pas-de-Calais, 2007, STATISS

Profils des personnes handicapées vieillissantes prises en charge dans les établissements médico-sociaux et les structures de travail protégé du Nord-Pas-de-Calais – Enquête DRASS Nord Pas-de-Calais – décembre 2006 – disponible sur internet : <http://nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr/actualites/lettres/handicap/lettre17.pdf>

DRESS Etudes et résultats, *Les personnes handicapées vieillissantes : une approche à partir de l'enquête HID*, N°2004, décembre 2002

GABBAÏ P., *Les équipes éducatives et soignantes face au vieillissement des personnes handicapées mentales*, Les cahiers de l'actif, N°312/313

Autres références

Décision du conseil d'Etat – section du contentieux - Arrêt Garofalo – disponible sur internet : <http://www.conseil-etat.fr/ce/jurispd/index>

MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE, Plan national bien vieillir, 29 juillet 2005 (visité le 1^{er} août 2008), disponible sur internet : http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf

SCHEMA DEPARTEMENTAL D'ORGANISATION SOCIALE ET MEDICO-SOCIALES 2007/2011 - département du Nord disponible sur internet : <http://www.cg59.fr>

Textes législatifs

Loi N° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

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

Loi N° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Journal officiel, n°2 du 3 janvier 2002, page 124

Loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, Journal officiel, n°193 du 22 août 2003, page 14310

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

Sites Internet

<http://www.handicap.gouv.fr>

<http://legifrance.gouv.fr>

[http:// www.unapei.org](http://www.unapei.org)

Liste des annexes

Annexe 1 : Extrait du rapport N° DSPAPH/2008/544 du 2 juin 2008 du Conseil Général du Nord sur la mise en œuvre du volet Handicapés du Schéma d'Organisation Sociale et Médico-sociale.

Annexe 2 : Tableau comparatif des effectifs

Annexe 3 : Budget prévisionnel de fonctionnement

Annexe 1 : Extrait du rapport N° DSPAPH/2008/544 du 2 juin 2008
du Conseil Général du Nord sur la mise en œuvre du volet Handicapés du Schéma
d'Organisation Sociale et Médico-sociale

Annexe 2 : Tableau comparatif des effectifs

Tableau des effectifs du Foyer d'hébergement Famchon	Tableau des effectifs du foyer d'accompagnement Famchon
--	---

Directeur	0.32 ETP	Directeur	0.32 ETP
Chef de service	1 ETP	Chef de service	1 ETP
<u>Equipe Socio-éducative</u>		<u>Equipe Socio-éducative</u>	
Animateurs 1 ^{ère} catégorie	2 ETP	Animateurs 1 ^{ère} catégorie	3 ETP
Animateurs 2 ^{ème} catégorie	2 ETP	Animateurs 2 ^{ème} catégorie	4.5 ETP
AMP	7 ETP	AMP	7 ETP
<u>Services généraux</u>		<u>Psychiatre</u>	0.17 ETP
Surveillants de nuit	2.5 ETP	<u>Services généraux</u>	
Cuisinier	1 ETP	Surveillants de nuit	2.5 ETP
Lingère	1 ETP	Lingère	1 ETP
ASI	1.5 ETP	Maîtresses de maison	2.25 ETP
Administratif (répartition)	1.2 ETP	Administratif (répartition)	1.2 ETP
Nbre salariés	20	Nbre salariés	25
ETP	19.52	ETP	22.94
38 résidents		38 résidents	
Ratio socio-éducatif	0.289	Ratio socio-éducatif	0.381
Ratio total	0.514	Ratio total	0.604

Annexe 3 : Budget prévisionnel de fonctionnement

GROUPE I Dépenses afférentes à l'exploitation courante des achats

606	Achats non stockés de matière premières et fourniture	113 000
	Services extérieurs	60 000
Autres services extérieurs		
6242	Transports d'usagers	3 000
625	Déplacements, missions, réceptions	2 600
626	Frais postaux et télécommunications	8 000
6281	Prestations de blanchissage à l'extérieur	3 600
6282	prestations d'alimentation à l'extérieur	153 000
6288	Autres prestations diverses (coiffeur)	1 900
TOTAL GROUPE I		345 100

GROUPE II Dépenses afférentes au personnel

622	Rémunération d'intermédiaires et honoraires	4 000
641	Rémunération du personnel	571 200
645/ 631	Charges de sécurité sociale et prévoyance +impôts et taxes	331 200
TOTAL GROUPE II		906 400

GROUPE III Dépenses afférentes à la structure

6132	Locations immobilière	216 000
6135	locations mobilières matériel de transport	4 500
615	Entretiens et réparations	29 600
616	Prime d'assurance	14 700
617	Etudes et recherches	1 300
618	Divers (cotisations UDAPEI, UNAPEI, SNASEA,,,))	10 500
623	Informations, publications, relations publiques	250
Autres charges de gestion courante		
655	Quote-part de résultat sur opérations faites en commun	25 500
66	Charges financières	2 500

Dotations aux amortissements et provisions

6811	Dotations aux amortissements immobilisations corporelles	46 900
6815	Dotations aux provisions pour risques et charges d'exploitation	

TOTAL GROUPE III 351 750

TOTAL GENERAL 1 603 250

70	Produits	1 553 250
	APL	50 000
	Nombre de journées	13 100
	Prix de journée	118,58
	Total produits	1 603 250