



**AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES
HANDICAPÉES RETRAITÉES HÉBERGÉES EN F.H. PAR LA
CRÉATION D'UNE PETITE UNITÉ DE VIE**

Stéphane GIRAUDEAU

2010

cafedes



Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements aux enseignants, intervenants, collègues de la promotion CAFDES L, l'ensemble du personnel de l'Institut du Travail Social de Tours et plus précisément à Madame Barillet-Lepley, responsable qui nous a accompagnés tout au long de la formation. J'ai une pensée particulière pour Monsieur Rivard décédé en début d'année.

Je remercie Madame Frangne de la DDISS 86, Monsieur Tartarin de l'EHPAD de la Celle Guénand et l'ensemble de leur personnel pour m'avoir ouvert les portes de leur service et établissement pour la réalisation de mes stages.

Je tiens à adresser mes excuses aux personnes handicapées et aux salariés de l'association Foyer de Cluny de la Région de Ligueil pour mes absences, et plus particulièrement à Nicolas qui, par ses initiatives et sa prise de responsabilités, m'a permis de suivre en confiance la formation.

Je remercie Virginie Auber, ma Directrice de mémoire, pour sa disponibilité, sa gentillesse et ses conseils.

Enfin, j'adresse à mon épouse Isabelle, mes enfants : Louise, Pierre et Clément un grand merci pour leur compréhension, leur patience et leur soutien au cours de ma formation.

A tous, merci !

Sommaire

Introduction	1
1^{ère} partie : Contexte et diagnostic	3
I- Le vieillissement des personnes handicapées	3
11- Concepts et statistiques.	3
12- Les politiques publiques d'aide aux personnes âgées et aux personnes handicapées, des politiques convergentes.....	8
13- La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires », de nouveaux enjeux à venir.	12
14- Les politiques publiques pour personnes handicapées retraitées dans quelques pays d'Europe.....	13
II- L'environnement stratégique.	15
21- Les acteurs directs de l'environnement	15
22- Les structures d'accueil pour personnes handicapées retraitées.....	16
III- Le vieillissement des personnes handicapées, une expérience associative de 26 ans	19
31- Historique et particularités associatives.	19
32- Des dysfonctionnements sur l'accompagnement des retraités.	24
33- Une augmentation conséquente du nombre de retraités.	26
34- Hypothèses de travail.	26
IV- Description de la population	27
41- Profil des personnes handicapées retraitées de l'association.....	27
42- Les activités des retraités de l'association.	30
V- L'évolution des besoins et des souhaits.	32
51- Evaluation des besoins individuels.....	32
52- Les autres demandes.	36
VI- Le projet, une entrée Personne Handicapée ou Personne Agée ?	38
Conclusion de la 1^{ère} partie	40
2^{ème} partie : Elaborer et mettre en œuvre un projet dédié aux personnes handicapées retraitées.	41
I- Le projet d'un hébergement pour personnes retraitées	42
11- Présentation du concept de Petite Unité de Vie.	42
12- Le choix possible d'une structure type MARPA.....	43
13- La vie des résidents au sein de la Petite Unité de Vie.	44

14- Faut-il évoluer vers une médicalisation ?	47
15- Faut-il évoluer vers une prise en charge des personnes très dépendantes ?.....	47
II- Principes de travail, fondements du projet.	48
21- Considérer les résidents comme des adultes.	48
22- Prendre en compte la personne dans toutes les étapes de son vieillissement.....	49
23- Maintenir les capacités et stimuler la personne sans aller jusqu'à l'acharnement. ...	49
24- Proposer des animations, des activités, des occupations adaptées aux besoins des usagers.....	49
25- Reconnaître le droit à l'inactivité, au repos, et à la contemplation.	50
26- Respecter les rythmes de chaque personne.....	50
27- Travailler avec les familles.	50
28- Prévenir la maltraitance.	51
III- Conduite du changement.	52
31- Identifier les résistances au changement.	52
32- La communication : outil stratégique pour accompagner le changement.	52
33- Fédérer autour du projet.	54
34- Gérer le personnel et ses compétences.	55
35- L'évaluation.	59
IV- Choix stratégiques, améliorations attendues.	61
41- La population concernée et les trajectoires proposées.....	61
42- Estimation de la capacité d'accueil.	63
43- Un bâtiment dédié au service.....	63
44- Organisation des professionnels.....	64
45- Laisser la personne choisir son mode de vie.	66
V- Le projet en chiffres.	68
51- Les modifications envisagées.	68
52- Approche du prix de journée.	69
53- Financement du projet de Petite Unité de Vie.....	71
54- Conséquences financières pour les personnes retraitées	72
VI- Travail en réseau, partenariat.....	74
61- Mise en œuvre du partenariat.	74
62- Les partenaires potentiels.	75
Conclusion	77
Bibliographie.....	79
Liste des tableaux, graphiques et figures	83
Liste des annexes.....	85

Liste des sigles utilisés

AAH : Allocation Adulte Handicapé

ADAPEI : Association Des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources

ANESM : L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

APAJH : Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés

ARS : Agence Régionale de Santé

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CAT : Centre d'Aide par le Travail

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CLEIRPPA : Centre de Liaison, d'Etude, d'Information et de Recherche sur les Problèmes des Personnes Agées.

COTOREP : Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel

CREAI : Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées

CROSMS Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DDE : Direction Départementale de l'Équipement

DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale

EA : Entreprise Adaptée

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ERP : Etablissement Recevant du Public

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

ETP : Equivalent Temps Plein

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FH : Foyer d'Hébergement

FO : Foyer Occupationnel

GIR : Groupes Iso-Ressources

GMP : Groupe Iso-Ressources Moyen Pondéré

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

IME : Institut Médico-Educatif

IMPro : Institut Médico-Professionnel

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MAFPA : Maison d'Accueil Familial pour Personnes Agées
MAP : Modèle d'Accompagnement Personnalisé
MARPA : Maison d'Accueil Rural pour Personnes Agées
MDA : Maison Départementale pour l'Autonomie
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSA : Mutualité Sociale Agricole
PPA : Projet Personnalisé d'Accompagnement
PRIAC : PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la
perte d'autonomie.
PUV : Petite Unité de Vie
RGPP : Révision Générale des Politiques Publiques
RMI : Revenu Minimum d'Insertion
SAAJ : Service d'Accueil et d'Animation de Jour
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SSIAD Service de Soins Infirmiers à Domicile
TISF : Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale
UPAD : Unité Pour Personnes Agées Désorientées

Introduction

Les débats politiques actuels sur l'âge de départ à la retraite, sur « le risque dépendance », sont révélateurs d'une réflexion sur le vieillissement général de la population. Les personnes handicapées sont également concernées par ce phénomène de vieillissement. D'ailleurs de nombreux auteurs (Nancy BREITENBACH, René LENOIR, Gérard ZRIBI), des personnalités politiques (Hervé GAYMARD, Paul BLANC, Janine CAYET), des instituts (Fondation de France, CREAL, CLEIRPPA), ont réalisé des études, des livres, des rapports sur le vieillissement spécifique des personnes handicapées et l'arrivée de nombre d'entre elles à des âges avancés.

Une des difficultés pour appréhender ce phénomène est la multiplicité des situations rencontrées : diversité des handicaps, des parcours de vie.

Si le vieillissement a fait l'objet d'écrits, le vieillissement spécifique des personnes handicapées institutionnalisées est rarement traité. Pourtant ce phénomène concerne de nombreux établissements confrontés à des arrivées massives de travailleurs handicapés à l'âge de la retraite et notamment l'association Foyer de Cluny de la Région de Ligueil, qui accueille depuis 1973 des adultes handicapés mentaux.

Située à Ligueil, commune rurale du sud de l'Indre-et-Loire, l'association est née sous l'impulsion de responsables politiques et notables locaux (Maire, Conseiller Général). Ils souhaitaient à l'époque trouver une solution pour accueillir des adultes handicapés, déficients intellectuels (pour beaucoup abandonnés par leur famille et placés dans les fermes ou à l'hospice).

Pour être dans la continuité de sa philosophie, l'association s'est donné pour mission l'accompagnement des personnes handicapées retraitées qui le souhaitent : aujourd'hui, l'association offre un maintien dans la structure des personnes handicapées retraitées.

En effet, les travailleurs handicapés ont passé des années dans l'association, ils y ont leurs habitudes, leurs amis, ils se sont parfois mariés, ils se sont intégrés dans la commune, ils y ont leurs relations. Pour ces personnes fragiles mentalement, quitter cet environnement connu risque d'entraîner la perte des repères et une déconstruction psychologique.

Depuis 1984, l'association réalise, grâce à l'utilisation des moyens humains et matériels de l'ensemble des établissements de l'association, l'accompagnement de personnes handicapées âgées de plus de 60 ans, retraitées du Centre d'Aide par le Travail.

Cette réponse expérimentale a été officialisée par la création en 1990 d'un « *service de maintien à domicile, d'accompagnement et de suite pour adultes handicapés ayant atteint l'âge de la retraite* » d'une capacité de 15 places, étendue à 19 places en 2006.

Si la présence des personnes handicapées de plus de 60 ans a été légitimée, elle n'a cependant pas fait l'objet de moyens humains, matériels ou financiers spécifiques.

Une mission d'inspection de la DDASS et de la DVSS 37 en 2005 a pointé l'absence d'animation pour les personnes de plus de 60 ans et a demandé à l'association d'améliorer sa prise en charge et de réfléchir à une solution mieux adaptée. Ainsi, en 2006, la DVSS a octroyé des financements pour assurer l'animation de jour (3,5 ETP).

La prise en charge dans la journée a été améliorée, cependant des dysfonctionnements sont perceptibles au niveau de l'hébergement : les relations avec les autres résidents plus jeunes sont quelquefois conflictuelles, la prise en charge des personnes handicapées âgées n'est pas individualisée, les monitrices de l'hébergement sont parfois en difficulté face aux problèmes de la dépendance et de la fin de vie, les bâtiments ne sont pas toujours adaptés pour les personnes les plus dépendantes.

Si l'association a toujours défendu la mixité des personnes au sein des foyers d'hébergement en termes d'âges et de handicaps, force est de constater que la cohabitation des personnes handicapées âgées dépendantes avec les autres résidents peut générer des tensions et ne permet pas un accompagnement individualisé de qualité.

Actuellement, l'association n'offre qu'une réponse partielle, non individualisée, qui s'appuie en partie sur la mutualisation des moyens des différents services.

Adjoint de direction, responsable de l'Entreprise Adaptée et de l'ESAT, c'est du point de vue de directeur que je me situerai dans le mémoire.

En tant que directeur, j'ai été mandaté par l'association pour préparer et améliorer l'accompagnement des personnes handicapées retraitées car de nombreux travailleurs d'ESAT entre 55 et 60 ans émettent le souhait de rester au sein de l'association pour leur retraite.

L'objet du mémoire est d'analyser la situation des personnes handicapées retraitées et l'accompagnement proposé, de faire un constat de la prise en charge actuelle (atouts et dysfonctionnements), pour passer du maintien « par défaut » de personnes handicapées vieillissantes à la création d'une véritable réponse adaptée et individualisée, permettant d'améliorer la qualité de l'accompagnement des personnes handicapées âgées de plus de 60 ans. Ce projet cherche à s'appuyer sur les services médicaux ou d'aide à domicile locaux.

1^{ère} partie : Contexte et diagnostic

I- Le vieillissement des personnes handicapées.

11- Concepts et statistiques.

Le vieillissement des personnes handicapées touche les politiques du handicap et du vieillissement. A l'origine, ces politiques étaient catégorielles : au-delà de 60 ans, une personne handicapée perdait son statut pour devenir personne âgée. La loi 2005-102 du 11 février 2005 (loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées), supprime « théoriquement » la limite d'âge des 60 ans.

a/ La notion de vieillissement.

Il n'existe pas de définition précise et constante du « vieillissement ». Ce sont des « étapes de l'existence difficiles à cerner, mettant en jeu des facteurs biophysiques, psychologiques et sociaux qui modifient l'état de santé physique, le regard sur soi et celui d'autrui et la situation sociale »¹.

Les problèmes auxquels se heurte la politique sont essentiellement de 2 ordres :

- le vieillissement continu de l'ensemble de la population,
- l'apparition d'un risque inhérent à ce vieillissement : le risque de dépendance.

➤ En France, il y avait :

- en 1945 : 4,5 millions de personnes âgées de plus de 65 ans,
- en 1990 : 7,9 millions (soit 14% de la population)(dont 2,1 de plus de 80 ans).

D'après l'INSEE², en 2050, 22,3 millions de personnes (une personne sur trois) seraient âgées de 60 ans ou plus contre 12,6 millions en 2005, soit une hausse de 80 % en 45 ans. Le vieillissement de la population française s'accroîtrait entre 2005 et 2050 : alors que 20,8 % de la population résidant en France métropolitaine avait 60 ans ou plus en 2005, cette proportion serait de 30,6 % en 2035.

Deux grands facteurs expliquent cette évolution :

- la baisse du taux de fécondité,

¹ ZRIBI G., POUPEE-FONTAINE D., 2007, Dictionnaire du handicap, 6^{ème} édition, Editions ENSP, p319.

² INSEE résultats, septembre 2006, société n°57, visité le 27/02/2010, disponible sur internet : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=projpop0550

-l'allongement constant de l'espérance de vie lié aux progrès de la médecine et à l'accès plus facile, et donc plus massif, aux soins. Les espérances de vie sont de 72,9 ans pour les hommes, et de 81,1 ans pour les femmes.

Le vieillissement est inéluctable, il est inscrit dans la pyramide des âges actuelle, puisque les personnes qui atteindront 60 ans à l'horizon 2050 sont déjà toutes nées (en 1989 ou avant). L'allongement de la durée de vie dans les années futures ne fait qu'accentuer son ampleur. En effet, même si l'espérance de vie se stabilisait, le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus augmenterait quand même de 50 % entre 2005 et 2050.

➤ La population du département d'Indre-et-Loire est un peu plus âgée que la moyenne nationale. En 2006, 127 525 personnes de 60 ans et plus vivaient en Indre-et-Loire, soit 22,4% de la population du département (570 072 habitants).

Tableau n°1 : Répartition de la population de plus de 60 ans en Indre-et-Loire en 2006 :

Tranches d'âges	Hommes	Femmes	Total	% de la population départementale	% en France
De 60 à 74 ans	35 202	39 940	75 142	13,2 %	12,8 %
De 75 à 84 ans	15 638	22 956	38 594	6,8 %	6,2 %
85 ans et plus	4 148	9 641	13 789	2,4 %	2,1 %
Total	54 988	72 537	127 525	22,4 %	20,1 %

(source : INSEE OMPHALE)

L'analyse du schéma départemental en faveur des personnes âgées pour la période 2008-2012, révèle que la vie à domicile reste le mode et le souhait de la majorité des personnes : 8 personnes de plus de 85 ans sur 10 habitent à leur domicile, et que la proportion de personnes âgées est nettement plus importante dans les cantons ruraux. Le Sud-Est de la Touraine se distingue par une part plus forte de personnes âgées.

De plus, le nombre de personnes de 60 ans et plus en Indre-et-Loire est en augmentation constante et croîtra de 61 % d'ici 2030.

- Le vieillissement de la population pose différents problèmes :
- le financement des retraites (les inactifs sont de plus en plus nombreux par rapport aux actifs),
 - le financement des dépenses de santé liées au grand âge,
 - l'augmentation inéluctable des dépenses liées aux actions à mener pour permettre le maintien à leur domicile des personnes âgées.

L'avènement du grand âge s'accompagne d'un risque croissant de perte d'autonomie, « la dépendance ». Pourtant, la dépendance liée au vieillissement n'est pas un phénomène nouveau. On l'appelait autrefois « invalidité ». Ce qui a changé, c'est la période de dépendance qui atteint 10 à 15 ans sous l'effet de soins médicaux ou para médicaux.

b/ Dépendance et autonomie.

La dépendance est une notion utilisée dans les domaines du handicap physique et de la gérontologie.

La première apparition, en France, du mot « dépendance » pour qualifier les personnes âgées date de 1973. La définition est donnée par un médecin hospitalier, travaillant en hébergement de personnes âgées, le docteur DELOMIER (1973) : « *le vieillard dépendant a donc besoin de quelqu'un pour survivre, car il ne peut, du fait de l'altération des fonctions vitales, accomplir de façon définitive ou prolongée, les gestes nécessaires à la vie* »³.

Dès les années 1975, la définition médicale de la dépendance a donc véhiculé une connotation négative : une incapacité à vivre seul et un asservissement.

La loi du 24 Janvier 1997 sur la prestation spécifique dépendance, officialise cette vision « incapacitaire » de la dépendance : « *la dépendance mentionnée au premier alinéa est définie comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou requiert une surveillance régulière.* »⁴.

La loi du 20 juillet 2001 relative à l'allocation personnalisée d'autonomie n'a pas changé cette définition. Elle a simplement ajouté de la confusion entre dépendance et perte d'autonomie.

Selon la définition du dictionnaire Robert, **l'autonomie** est la « *capacité de se gouverner soi-même, de faire des choix dans la vie* ».

L'indépendance, est la capacité de la personne à réaliser seule les actes de la vie quotidienne. C'est une question de moyens et non de choix.

Ainsi, une personne handicapée physique peut être **autonome** (elle a la capacité mentale de décider) et pourtant être **dépendante** (elle a besoin d'autrui pour effectuer certains actes de la vie quotidienne).

³ Définition accessible sur le site : <http://nrms.ac-creteil.fr/idf/formation/colloque04/ennuyer.htm>

⁴ Article 2 de la loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

Le manque de consensus sur la définition de la dépendance amène des divergences sur les outils de mesure de celle-ci : grille MAP⁵, grille AGGIR⁶.

Aujourd'hui, près de 3 personnes âgées dépendantes sur 4 vivent à domicile et d'après les enquêtes souhaitent y rester. La collectivité doit mener une politique adaptée en direction de cette population afin qu'elle ait les moyens de rester sur son lieu habituel de vie.

Maintenir et développer l'autonomie est un objectif pour toutes les personnes handicapées. Il est à atteindre dans la mesure des possibilités de chaque résident, dans un souci permanent de réalisme de la part des professionnels : savoir être exigeant sur ce qu'il faut atteindre, mais aussi savoir accepter les limites de chaque personne. C'est toujours le handicap, sa nature et ses conséquences qui doivent guider l'action. Grâce à la mise en place d'un cadre repérant, grâce à des stimulations appropriées au développement de l'adulte et à ses motivations et capacités professionnelles, grâce au partenariat autour de la personne et de son projet, l'équipe pluridisciplinaire permet au pensionnaire de maintenir ses acquis, d'en développer de nouveaux et d'évoluer d'une manière plus indépendante et autonome.

c/. Le vieillissement des personnes handicapées.

➤ Comme nous l'avons vu précédemment, la notion de vieillissement est difficile à cerner.

De plus, les personnes handicapées sont inégales devant le vieillissement. Un vieillissement prématuré s'observe dans certaines pathologies génétiques (trisomie 21), dans certains syndromes d'arriération mentale profonde, dans les phénomènes d'usure articulaire spécifiques chez les handicapés moteurs.

Le vieillissement des personnes handicapées est varié et dépend de causes multifactorielles : évènements de la vie, états de santé, incapacités de départ constitutives d'un handicap... Les multiples origines et caractéristiques du handicap induisent une multitude de façons de vieillir. Chez les personnes handicapées mentales, les modes de vie peuvent contribuer à un vieillissement spécifique : effets à long terme de la prise de neuroleptiques, crises d'épilepsie, mauvaises conditions de travail, alimentation mal équilibrée, isolement social et affectif...

⁵ MAP : Modèle d'Accompagnement Personnalisé : grille créée par l'UNAPEI pour évaluer les besoins d'accompagnement des personnes handicapées mentales.

⁶ AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources) : cette grille mesure l'incapacité des personnes, c'est l'outil officiel pour l'attribution de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie. Seuls les 4 premiers GIR de la grille ouvrent droit à l'APA, que les bénéficiaires se trouvent à domicile ou en établissement. Les personnes classées GIR 5 et 6 peuvent néanmoins prétendre aux prestations d'aide ménagère servies par leur régime de retraite ou par l'aide sociale départementale.

Le déclin des personnes handicapées vieillissantes est lié également aux nouvelles déficiences ou incapacités qui se cumulent à celles qui sont déjà présentes. Il existe un effet d'accélération du vieillissement avec un risque accru de pertes de contact social, un danger de basculement vers une situation irréversible.

➤ Qu'entend-t-on par « personne handicapée vieillissante » ?

Une définition des « personnes handicapées vieillissantes » est donnée dans l'ouvrage de la Fondation de France⁷ : « est considérée comme personne handicapée mentale vieillissante toute personne qui, quel que soit son âge actuel, est atteinte de déficience intellectuelle ou de maladie mentale apparue avant l'âge de 40 ans ». A partir de 40 ans, les travailleurs d'ESAT montrent parfois certains signes de fatigabilité et une motivation moindre à l'activité.

C'est ce même seuil qui est retenu dans l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance, réalisée par l'INSEE de 1998 à 2001. Cette enquête aboutit à évaluer le nombre de personnes «handicapées vieillissantes» au niveau national entre 635 000 et 800 000. 140 000 ont plus de 70 ans.⁸ L'INSEE a défini dans cette enquête les personnes handicapées vieillissantes comme des personnes de 40 ans et plus, présentant au moins une déficience et/ou une incapacité apparue avant 20 ans. Ces critères ne prenant pas en compte les personnes touchées par un handicap au-delà de 20 ans, du fait d'un accident ou de la maladie, les chiffres annoncés doivent certainement être en dessous de la réalité.

➤ Dans l'étude suivante, nous nous intéresserons aux travailleurs handicapés âgés de plus de 60 ans retraités de l'ESAT. En effet, pour les travailleurs vieillissants de plus de 40 ans, un accueil de jour est plus approprié qu'une structure pour personnes âgées. Si, au niveau de l'association, le dénombrement des personnes retraitées est simple, il est en revanche difficile de connaître le nombre de personnes handicapées âgées de plus de 60 ans au niveau départemental : le dispositif statistique relatif au handicap est éclaté et manque de cohérence d'ensemble.

Le versement de l'Allocation Adulte Handicapé permet de connaître la répartition des personnes handicapées par tranche d'âge de 20 à 59 ans.

⁷ FONDATION DE FRANCE, *Les accompagner jusqu'au bout du chemin – L'accueil des personnes handicapées mentales vieillissantes*. Rennes : ENSP, 2000, p 17.

⁸ Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques, décembre 2002, « Les personnes handicapées vieillissantes : une approche à partir de l'enquête HID », Etudes et Résultats, n°204, 12 p.

Tableau n°2 : Répartition de la population handicapée d'Indre-et-Loire par tranches d'âge :

Tranches d'âge	Nombre de personnes handicapées	%
20-29 ans	1 685	20,1
30-39 ans	1 750	20,9
40-59 ans	4 950	59
Total	8 385	100

(Source : Schéma départemental en faveur des personnes handicapées - 2005-2010)

Ainsi, 60% des adultes handicapés sont dans la classe d'âge 40 - 59 ans. Les années à venir verront donc augmenter le nombre de personnes handicapées de plus de 60 ans.

L'allongement de l'espérance de vie des personnes handicapées âgées est une question de société relativement récente et qui a rarement été évoquée. Ce qui change, c'est que l'ampleur de ce phénomène amène ce fait social à devenir un problème politique.

12- Les politiques publiques d'aide aux personnes âgées et aux personnes handicapées, des politiques convergentes.

a/ La politique publique d'aide aux personnes handicapées.

➤ Le principe d'une obligation de la société à l'égard des personnes infirmes ou invalides fut proclamé dès la Révolution française.

La loi du 14 juillet 1905 eut pour mérite d'offrir aux « infirmes nécessiteux » soit des allocations en espèces, soit un placement en institution (hospices). Mais cette loi regroupait dans une même catégorie de bénéficiaires des populations très hétérogènes : infirmes moteurs, enfants déficients mentaux, incurables et vieillards... Ainsi les personnes handicapées et les personnes âgées relevaient de la même politique en faveur des « infirmes ».

Suite aux guerres mondiales et au nombre important de blessés et d'infirmes, les pouvoirs publics mirent en place différents dispositifs comme les pensions d'invalidité, le reclassement professionnel.

➤ A la veille de 1975, la législation était complexe, disparate : multiplicité de Ministères responsables ou de textes applicables, disparité des régimes de prestations, priorité donnée à l'aide sociale et à la solidarité familiale au détriment de la solidarité nationale, insuffisance de la coordination des intervenants.

Les lois du 30 juin 1975, la loi 75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées et la loi 75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales ont permis la reconnaissance juridique du secteur du handicap et la différenciation du secteur des personnes âgées.

Il y a 30 ans, les parlementaires ont considéré que l'application des lois de 1975 à des personnes « âgées » ne concernerait que des cas marginaux.

Plus récemment, les lois n°2002-2 du 2 janvier 2002⁹ et n°2005-102 du 11 février 2005¹⁰ recentrent le dispositif sur l'usager, mais n'ont cependant pas créé un système unifié pour l'aide à l'autonomie des personnes handicapées. « *Le législateur (...) a pris une série de dispositions qui permettent aux personnes reconnues handicapées avant un âge défini par décret, de continuer à bénéficier du même statut après cet âge (...)* »¹¹.

Les politiques publiques en faveur des personnes handicapées ont évolué au fil du temps : d'une approche « englobante » mélangeant handicapés, vieillards et infirmes (loi de 1905), elles se sont spécialisées, catégorisées (au cours des Trente Glorieuses), et elles tentent aujourd'hui de gommer les différences (loi 2005-102 : loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées). Ainsi, de nombreuses actions sont mises en œuvre pour permettre aux personnes de dépasser leur handicap ; actions qui favorisent le maintien à domicile, la participation à la vie sociale.

b/ La politique publique d'aide aux personnes âgées.

Comme évoqué précédemment pour la politique sur le handicap, le 1^{er} texte qui marque un tournant dans la politique de la vieillesse est la loi du 14 juillet 1905 portant « assistance aux vieillards, infirmes et incurables » : les personnes âgées sans ressources pouvaient soit être placées dans un établissement (hospice), soit percevoir une pension dont le montant variait en fonction du coût de la vie dans la commune.

Après la seconde guerre mondiale, la situation financière de la population âgée reste fragile, d'où la création en 1956 d'un Fonds National de Solidarité appelé à verser « un minimum vieillesse » à toute personne âgée de plus de 65 ans.

Le rapport de la commission Laroque de 1962 donne une nouvelle conception de la vieillesse fondée à la fois sur une volonté de rupture avec la logique dominante de l'assistance et sur le refus d'entériner l'exclusion sociale des personnes âgées.

⁹ loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

¹⁰ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 : loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

¹¹ BLANC P., BERTHOD-WURMSER M., 11 juillet 2006, « introduction » in BLANC, BERTHOD-WURMSER, *Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge*, 2006, p4.

Le rapport préconisa :

- une augmentation des ressources,
- un développement des aides à domicile,
- une ouverture plus large des établissements de santé aux personnes âgées, le remplacement des hospices par des structures de soins et d'hébergement prenant en compte l'état de santé de chaque personne concernée.

De 1980 à aujourd'hui, les pouvoirs publics et acteurs sociaux s'efforcent de favoriser les alternatives à l'hospitalisation (SSIAD, auxiliaires de vie) tout en poursuivant la transformation des hospices et la médicalisation des structures d'hébergement.

Priorité sera progressivement donnée au problème de la dépendance et plus particulièrement de sa prise en charge financière : en 1997 : création de la Prestation Spécifique Dépendance, remplacée en 2001 par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

c/ La politique publique d'aide aux personnes handicapées âgées.

➤ La première prise de conscience du vieillissement des personnes handicapées fut exprimée en 1976 par René Lenoir, Inspecteur des Finances : « *les débiles profonds mouraient presque tous à l'adolescence. Ils atteignent maintenant l'âge mûr et nous aurons dans les dix ou quinze ans, de grands handicapés du troisième âge* »¹².

D'après G. Zribi¹³, l'espérance de vie s'allonge considérablement pour les handicapés mentaux : « *elle était de 20 ans en 1930, elle est de 59 ans en 2003 ; pour les mongoliens en particulier, elle se situe à 50 ans et plus ; des polyhandicapés vivent jusqu'à 50 ans ; les déficients moyens et profonds atteignent l'âge de 70 ans* ».

Dans un premier temps, l'arrivée à 60 ans de personnes handicapées a généré un changement de statut : les personnes n'étaient plus reconnues handicapées mais personnes âgées, elles relevaient alors de la politique pour les personnes âgées.

Paul Blanc, Sénateur des Pyrénées-Orientales relève cette discrimination : « (...) *deux dispositifs bien distincts, pour "les personnes handicapées" (implicitement supposées jeunes) d'une part, et pour "les personnes dépendantes" (âgées) d'autre part, l'apparition d'une catégorie intermédiaire composée de «personnes handicapées vieillissantes* » contraint à repenser la structure globale du dispositif. »¹⁴

¹² LENOIR René, 1974, « Pourquoi l'inadaptation ? » in LENOIR René, *Les exclus. Un Français sur dix*, éditions du Seuil, p 46.

¹³ ZRIBI G., POUPEE-FONTAINE D., 2007, Dictionnaire du handicap, 6^{ème} édition, Editions ENSP, p320

¹⁴ BLANC P., BERTHOD-WURMSER M., 11 juillet 2006, « introduction » in BLANC, BERTHOD-WURMSER, *Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge*, 2006, p3.

➤ C'est l'Europe qui a permis la suppression de la barrière des 60 ans. Le traité d'Amsterdam (octobre 1997) a organisé une politique communautaire pour l'accès aux droits fondamentaux des personnes handicapées, avec pour objectifs de limiter les effets de seuil discriminants liés à l'âge des personnes, et de privilégier le libre choix du lieu de vie.

La loi 2005-102 du 11 février 2005 transpose dans le droit français les principes développés au niveau européen. Elle prévoit, par exemple, le maintien de l'aide sociale pour les personnes handicapées de plus de 60 ans, que ces personnes soient accueillies en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes ou en établissement pour personnes handicapées (l'aide sociale pour les personnes handicapées est plus favorable que celle pour personnes âgées).

De plus, cette loi officialise la possibilité offerte aux personnes handicapées de rester au-delà de 60 ans dans les établissements pour personnes handicapées.

Afin d'atténuer les différences et de garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps, la loi du 11 février 2005 a précisé et renforcé les missions de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Celle-ci suggère la création d'un droit universel à l'autonomie : « *Toute personne, (...) doit pouvoir bénéficier temporairement ou durablement, d'un droit à compensation...* »¹⁵, et la transformation des MDPH en Maisons Départementales pour l'Autonomie, la MDA assurant le même service pour les personnes requérant une aide à l'autonomie, quels que soient l'âge et la cause de la perte d'autonomie.

➤ Au niveau du département d'Indre-et-Loire, la politique publique en faveur des personnes handicapées âgées est déclinée dans les schémas départementaux pour personnes handicapées et pour personnes âgées :

Le schéma en faveur des personnes âgées d'Indre-et-Loire indique : « *accroître l'offre de places dédiées pour les personnes handicapées vieillissantes (...) ces dispositions ne permettant pas de répondre de manière suffisante aux enjeux liés à la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes et à leur choix de vie, des solutions complémentaires sont à envisager. (...)Le développement de services, notamment SSIAD, (...) La création de structures ad hoc, médicalisées (FAM, EHPAD, ...) ou non* ». ¹⁶

¹⁵ Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, « La création d'un droit universel d'aide à l'autonomie », in Rapport d'activité 2008, pp65-66.

¹⁶ CONSEIL GENERAL D'INDRE-ET-LOIRE, 2007, « Action 12 : accroître l'offre de places dédiées pour les personnes handicapées vieillissantes » in *Schéma en faveur des personnes âgées d'Indre-et-Loire 2008-2012*, Tours, p 48.

Le schéma en faveur des personnes adultes handicapées 2005-2010, envisage pour les personnes handicapées vieillissantes :

« 1/l'accueil dans les maisons de retraite « spécialisées », en particulier pour les personnes qui ont un long parcours en institution ;

2/le maintien des personnes dans leur hébergement après 60 ans dans le souci de ne pas les sortir de leur milieu de vie précédent, qu'elles connaissent bien ;

3/l'intégration dans les établissements pour personnes âgées classiques ». ¹⁷

Si les politiques sont conscients des besoins des personnes handicapées de plus de 60 ans et sont ouverts aux propositions pour y répondre, une loi risque de bouleverser l'organisation actuelle du secteur social et médico social : la loi HPST¹⁸.

13- La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires », de nouveaux enjeux à venir.

La loi HPST vise à moderniser globalement le système de santé en décloisonnant l'ambulatoire, l'hôpital et le médico-social par la création d'une autorité unique de régulation : l'Agence Régionale de Santé. Une des conséquences du « décloisonnement » est que le secteur médico-social est intégré dans l'offre de services de santé centralisée au niveau régional. Les institutions sociales et médico-sociales perdent leur pouvoir d'initiative qui prévalait depuis les années 1970. Parmi les grandes modifications, on note :

-la création d'un schéma régional de l'offre sanitaire et médico-sociale qui coexiste avec les schémas départementaux (et notamment pour les équipements destinés aux personnes handicapées en perte d'autonomie),

-la délivrance de l'autorisation suite à une procédure d'appel à projet,

-la détermination de tarifs plafonds pour les établissements,

-l'encouragement aux différents modes de coopération entre les établissements.

On assiste à une rupture avec les dispositions antérieures qui prévalaient depuis la loi n°75 535 du 30 juin 1975 avec un partage de l'initiative sociale et médico-sociale : la planification revenait à l'autorité publique et les fonctions d'opérateur, aux institutions.

En outre, entre 1975, 2002 et 2009, les missions des services sociaux et médico-sociaux ont évolué : on est passé d'un droit des établissements (la logique de moyens prédomine sur la prise en charge des personnes) à une individualisation des prestations d'accueil proposées aux personnes vulnérables.

¹⁷ CONSEIL GENERAL D'INDRE-ET-LOIRE, 2004, « La situation en Indre-et-Loire en 2004 » in *Schéma en faveur des personnes handicapées en Touraine 2005-2010*, Tours, p 12.

¹⁸ Loi HPST : loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 « portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ».

Désormais, le développement des institutions dépend de la capacité des associations à investir de nouveaux champs de légitimité en s'appuyant sur leur projet associatif qui place les usagers au centre des institutions.

14- Les politiques publiques pour personnes handicapées retraitées dans quelques pays d'Europe.

Comparer les politiques publiques en faveur des personnes handicapées retraitées n'est pas chose aisée. En effet, les populations concernées ne sont pas les mêmes et les pratiques sont largement influencées par le contexte culturel, social et économique spécifique à chaque pays.

De plus, les politiques en faveur des personnes handicapées âgées sont largement imbriquées dans l'ensemble des politiques sociales menées au sein de chaque pays (politiques de santé, de lutte contre la pauvreté, du logement, du transport, des politiques fiscales). Quelques grandes tendances peuvent être présentées dans les tableaux suivants :

Tableau n°3 : Une tendance au maintien à domicile dans quelques pays d'Europe :

Pays	Orientations	Particularités nationales
Allemagne	Maintien à domicile	Les limites au maintien à domicile sont liées à la volonté d'en circonscrire les coûts.
Angleterre	Maintien à domicile, « désinstitutionnalisation »	Pour les personnes qui doivent être hébergées en établissement, la priorité est donnée aux unités de petites tailles (« <i>group homes</i> »), qui reproduisent un mode de vie familial et sont intégrées localement. (Capacité maximale : 20 personnes).
Espagne	Maintien à domicile	La prise en charge est réalisée par les familles en raison du faible taux d'équipement.
Pays Bas	Maintien à domicile	Les personnes très invalides sont accueillies dans des hébergements collectifs.
Suède	Maintien à domicile	Les institutions d'hébergement ferment depuis les années 1970.

Tableau n°4 : Les services d'aide à la personne dans quelques pays d'Europe :

Pays	Orientations	Particularités nationales
Allemagne	Assurance dépendance	Il faut avoir cotisé et donc travaillé, sinon financement moindre par l'aide sociale.
Angleterre	Les aides financières sont faibles, les aides techniques et humaines sont peu performantes en raison d'un sous-équipement important.	le NHS (National Health Services (système de santé national)) intervient pour les soins et les équipements sanitaires. Les services des collectivités territoriales assurent les aides humaines. L'Angleterre se caractérise par ses organisations à but non lucratif « les charities » (fondées sur la charité) et ses collectivités locales responsables de l'action sociale. Fortes inégalités entre les communes.
Espagne	Les aides sont soumises à des conditions de ressources et varient en fonction de la situation familiale et de la disponibilité des proches.	Les services publics d'aide à domicile ne peuvent fournir au maximum que 3 heures d'aide par jour aux personnes handicapées dépendantes.
Pays Bas	Prestations d'aide à la personne sont généreuses.	
Suède	Prestations d'aide à la personne sont généreuses. Aides personnelles attribuées sans conditions de ressources.	Les municipalités doivent offrir 10 types de soutiens et services aux personnes ayant certaines déficiences graves.

En plus de ces différences nationales, des spécificités internes à chaque pays s'ajoutent et notamment la participation plus ou moins importante des collectivités locales (régions, municipalités).

Il ressort de ce tour d'horizon, une forte tendance européenne à maintenir les personnes âgées à leur domicile ou lorsque celui-ci n'est plus possible, à les accueillir dans des unités de petite taille. Mais dans les deux cas, les organisations s'appuient sur les services locaux d'aide à la personne.

II- L'environnement stratégique.

Différents « acteurs » gravitent autour de l'association. Il n'est pas question ici de présenter toutes les fonctions de ces acteurs mais de voir quels rôles ils occupent pour l'association.

21- Les acteurs directs de l'environnement

Différents organismes offrent des services d'aide à la personne âgée.

➤ L'Aide à Domicile en Milieu Rural.

L'ADMR (Aide à Domicile en Milieu Rural) est la seule association d'aide à domicile présente sur la région de Ligueil. Au niveau de l'association, les personnes handicapées âgées de plus de 60 ans et dépendantes (GIR 1 à 4) ont recours « en direct » au personnel de l'ADMR. Les prestations réalisées par les salariés de l'ADMR sont payées dans le cadre de l'APA individuelle, c'est-à-dire que l'association est en dehors de la relation contractuelle personne handicapée dépendante – ADMR. Ainsi, lorsque la personne décède, le contrat avec l'ADMR s'éteint, ce qui ne serait pas le cas si l'APA était versée au niveau de l'association (cas des EHPAD).

➤ Le SEPIA

Le SEPIA de Descartes est situé à 15 Km de Ligueil. C'est une structure d'hébergement temporaire qui peut assurer un palliatif aux maisons de repos en sortie d'hôpital avant le retour à domicile. Il prépare la personne âgée à un hébergement permanent en dédramatisant l'image de la maison de retraite. Il offre 17 places. Les durées de séjour vont de 1 jour à 3 mois.

➤ Les services médicaux

• Le Service de Soins Infirmiers A Domicile

Le SSIAD dispose de 5 places pour personnes handicapées dont une pour le Foyer de Cluny.

En plus des soins infirmiers, l'expérience passée montre que ce service peut assurer l'aide et les soutiens nécessaires dans le cadre de la fin de vie.

• Les médecins généralistes locaux

Les médecins sont très sollicités par les personnes handicapées de l'association. L'absence de coordination dans les gardes médicales amène souvent l'association à faire appel aux urgences. De plus, le vieillissement des médecins et l'absence d'installation de jeunes médecins risquent de poser de gros problèmes pour toute la population rurale.

• L'hôpital de Loches

L'association y fait souvent appel pour les usagers des différents établissements. En outre, l'orientation des malades ou accidentés, par les services de secours, se fait souvent vers cet hôpital.

- **Les infirmières libérales**

Les infirmières réalisent la préparation des médicaments pour toutes les personnes handicapées de l'Association. Les infirmières sont très sollicitées, aussi le Conseil Général a accordé à l'association Foyer de Cluny 1 ETP d'infirmière.

22- Les structures d'accueil pour personnes handicapées retraitées.

Différents établissements ou services peuvent proposer une prise en charge des adultes handicapés retraités.

a/ Les institutions pour personnes âgées

Au 1/1/2007, l'Indre-et-Loire comptait 5 787 places d'hébergement en maison de retraite, dans 55 établissements. 66 % des établissements sont publics autonomes ou hospitaliers, 20% (implantés dans l'agglomération tourangelle) appartiennent au secteur privé lucratif et 13,5% dépendent du secteur privé associatif, religieux ou mutualiste.

Le taux d'équipement de l'Indre-et-Loire est supérieur aux moyennes régionale et nationale :

- 110 lits médicalisés pour 1000 habitants de 75 ans et plus en Indre-et-Loire,
- 103,9 lits médicalisés en région Centre et 88,8 lits médicalisés en France.

➤ Les coûts de prise en charge en institution sont élevés et en constante augmentation.

En institution pour personnes âgées,

- l'hébergement est financé par le résident ou l'aide sociale (850 demandes d'aide sociale par an),

- la dépendance est essentiellement financée par l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (le résident garde à sa charge le GIR 5-6)

- les soins sont financés par l'Assurance maladie.

Les conséquences financières sont lourdes pour les résidents : le coût de l'hébergement est souvent supérieur aux ressources disponibles notamment dans les cantons ruraux où les montants moyens des pensions et retraites par foyer fiscal se situent souvent en dessous de 15 500 €/an.

En règle générale, les familles demandent l'aide sociale lorsque la personne et ses obligés alimentaires (enfants et petits enfants) ne parviennent pas à réunir la somme globale. Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) font de plus en plus appel au juge des affaires familiales pour fixer l'obligation alimentaire.

➤ Le département compte 13 « UPAD¹⁹ » offrant 234 places dédiées à l'accueil de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés. 10 unités supplémentaires totalisant 208 places sont projetées. Les 442 places d'UPAD ne satisferont pas les 2000 personnes recensées dans les établissements et les 4000 personnes malades.

➤ 3 établissements : la Celle Guénand, Villeloin Coulangé et Saint Christophe sur le Nais proposent l'accueil de personnes handicapées avant 60 ans.

L'EHPAD de la Celle Guénand, proche de Ligueil, a une dérogation pour accueillir 10 adultes handicapés de moins de 60 ans. Sa section spécialisée peut apporter une réponse de proximité aux personnes vieillissantes de moins de 60 ans mais aussi à celles de plus de 60 ans. La cohabitation est parfois difficile entre des personnes handicapées de 60 ans et des personnes beaucoup plus âgées. Pourtant, le département souhaite « *poursuivre éventuellement la création des sections spécialisées (personnes handicapées) dans les EHPAD et les maisons de retraite* »²⁰.

Huit EHPAD se trouvent dans un rayon de 25 kilomètres autour de Ligueil. L'association Foyer de Cluny travaille déjà avec ces établissements qui ont accueilli les personnes handicapées retraitées qui le souhaitent. Cependant, peu de places sont disponibles. La demande locale est forte « *...la zone Sud Est Touraine se distinguant par une part plus forte de personnes âgées...* »²¹.

Après le maintien au sein de l'association, les EHPAD sont la seule offre d'accueil pour les personnes handicapées retraitées. Les autres offres sont plus anecdotiques.

b/ L'accueil familial

L'accueil familial correspond à des familles agréées pour accueillir des personnes âgées ou des personnes handicapées. L'accueil familial offre peu de réponses : en 2006, 82 familles étaient agréées en Indre-et-Loire (68 accueillent des personnes âgées, 14 accueillent des personnes handicapées). Aucune personne issue de l'association Foyer de Cluny n'a bénéficié d'un accueil familial.

c/ Les logements - foyers

Ils sont surtout implantés sur l'agglomération tourangelle. Ils s'adressent à des personnes peu dépendantes. L'entrée en logement – foyer était décidée le plus souvent

¹⁹ Unité pour Personnes Agées Désorientées.

²⁰ CONSEIL GENERAL D'INDRE-ET-LOIRE, 2004, « Les objectifs opérationnels et les plans d'action du schéma 2005-2009 » in *Schéma en faveur des personnes handicapées en Touraine 2005-2010*, Tours, p 38.

²¹ CONSEIL GENERAL D'INDRE-ET-LOIRE, 2007, « La situation en Indre-et-Loire et les besoins à l'horizon 2012 » in *Schéma en faveur des personnes âgées d'Indre-et-Loire 2008-2012*, Tours, p 4.

pour des situations d'isolement (veuvage) et des difficultés à assurer seule sa sécurité à domicile. « Depuis 2-3 ans, on assiste à une évolution rapide des publics entrants :

- de personnes relativement jeunes mais souffrant de troubles Alzheimer,
- d'handicapés « sociaux » rencontrant des difficultés majeures de sociabilisation (...)
- de personnes ayant eu un parcours social difficile, (emplois précaires, RMI),
- de personnes atteintes de troubles psychiques (...) »²²

Les logements - foyers ne répondent pas aux besoins des personnes de l'association.

d/ Les petites unités de vie

Le département compte 11 maisons d'accueil (MARPA et MAFPA), qui offrent 222 places dont 5 en hébergement temporaire. La taille moyenne est de 20 places. 8 sont des établissements publics communaux, 3 sont associatives. Elles ne sont pas toutes habilitées à l'aide sociale. L'âge moyen est plus élevé que dans les maisons de retraite : 86 ans. Les deux tiers sont des personnes entrées alors qu'elles avaient au moins 85 ans.

« Les MARPA et les MAFPA sont à mi-chemin entre domicile et établissement : elles offrent un accueil de proximité à des personnes de faible, voire de moyenne dépendance (...). Elles sont ouvertes sur l'extérieur, facilitent le maintien des liens sociaux (...). Elles (...) constituent donc parfois une étape vers un EHPAD. »²³

Les petites unités de vie sont plus en phase avec les attentes des personnes de l'association Foyer de Cluny ; cependant la seule petite unité de vie du sud Touraine est située à Bridoré, où une association pour handicapés (APAJH) est déjà présente.

e/ Les institutions pour personnes handicapées

Les établissements pour adultes handicapés du secteur : ADAPEI de Loches ou APAJH de Bridoré sont confrontés à la même problématique que l'association Foyer de Cluny et pourraient déposer un dossier afin de créer une structure pour adultes handicapés retraités. « En institution, environ 130 personnes devraient atteindre l'âge de 60 ans au cours de la période du schéma. (...) Il faut intégrer leur impact sur les modalités de prise en charge dans les établissements (...) »²⁴

Devant le faible nombre de structures locales adaptées pour accueillir les adultes handicapés retraités, l'association Foyer de Cluny a développé une formule expérimentale en réponse aux attentes des personnes de l'association.

²² Ibid. p 15.

²³ Ibid. pp 17-18.

²⁴ CONSEIL GENERAL D'INDRE-ET-LOIRE, 2004, « Les objectifs opérationnels et les plans d'action du schéma 2005-2009 » in *Schéma en faveur des personnes handicapées en Touraine 2005-2010*, Tours, p 21.

III- Le vieillissement des personnes handicapées, une expérience associative de 26 ans.

31- Historique et particularités associatives.

a/ Les missions de l'association et principes fondateurs.

Depuis sa création en 1973, l'association s'est donnée pour objet de « ... *venir en aide, héberger, occuper, soutenir toute personne handicapée physiquement ou intellectuellement ainsi qu'inadaptée à la vie moderne.* »²⁵

L'association Foyer de Cluny est de type loi 1901, autonome, non rattachée à une fédération nationale. Le fait qu'elle accueille à l'origine des adultes handicapés sans famille explique que les choix associatifs sont réalisés en fonction des adultes handicapés et non en fonction de leur famille. L'association trouve également son origine et son fonctionnement dans le contexte local (personnel et administrateurs originaires du tissu local) expliquant une plus grande implication de tous et une certaine forme de solidarité.

L'originalité de l'association se retrouve dans ses principes fondateurs et les missions qu'elle se fixe :

↳ Accueil d'une population volontairement hétérogène :

Le choix d'accueillir des personnes aux profils et handicaps divers se justifie dans l'idée de favoriser l'entraide et la complémentarité entre pensionnaires. La mixité, la diversité des handicaps, des parcours de vie et des âges participent à une hétérogénéité sociale facteur de développements et d'enrichissements personnels.

↳ Des structures de travail, d'activités et d'hébergement diversifiées et éclatées :

Le principe tend à éviter l'enfermement dans un "ghetto" et participe à l'intégration des personnes accueillies dans l'environnement social. Il permet d'offrir à chacun une réponse adaptée à son handicap, ses besoins, ses attentes, son tempérament, son aspiration et son évolution. Il prévient la monotonie et le repli sur soi.

↳ Des réponses souples et modulables

Issues de l'écoute des demandes et de l'observation des besoins des pensionnaires, elles permettent, notamment par la pluralité des structures, des sites et des activités proposées, d'apporter des réponses individualisées.

²⁵ Extrait du journal officiel du 15 février 1973

↳ **La mobilisation physique et mentale des personnes handicapées**

Elle se concrétise à travers la diversité de lieux et d'activités. Cette succession de situations mobilise les personnes accueillies.

L'association bénéficie d'une expérience de 35 ans : habitude de l'écoute, de la prise en charge individuelle, savoir-faire des équipes d'encadrement, intégration dans le tissu local et adéquation de travail avec les services extérieurs : entreprises, commerçants, services médicaux.

L'association Foyer de Cluny gère plusieurs établissements pour adultes handicapés :

➤ Une Entreprise Adaptée (**EA**) (anciennement Atelier Protégé) emploie des personnes légèrement handicapées. Depuis 2005, les EA relèvent du milieu ordinaire de travail.

➤ Un Etablissement et Service d'Aide par le Travail (**ESAT**) offre travail et soutien à des adultes aux capacités professionnelles réduites et reconnus comme tels par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées,

➤ Un Foyer Occupationnel (**FO**) propose des activités et une prise en charge à des adultes n'ayant pas ou plus de capacités professionnelles,

➤ Un Service d'Accueil et d'animation de Jour (**SAAJ**) offre les mêmes activités que le Foyer Occupationnel sans l'hébergement,

➤ Un service de maintien à domicile, d'accompagnement et de suite pour adultes handicapés ayant atteint l'âge de la retraite.

➤ Des Foyers d'Hébergement assurent le logement et l'accompagnement dans la vie sociale des travailleurs de l'ESAT, de résidents du Foyer Occupationnel mais également de certains salariés de l'Entreprise Adaptée et de quelques handicapés retraités.

b/ Histoire de l'association et de ses retraités.

➤ **En 1973**, les premières personnes handicapées accueillies par l'association étaient issues du milieu rural, placées dans des fermes avec peu voire pas du tout de famille.

Les évolutions techniques, économiques et sociologiques précipitèrent les travailleurs handicapés dans les hospices ou les maisons de retraite.

L'association offrant une structure éclatée et des activités diverses en milieu rural, accueille ces personnes handicapées qui relevaient du milieu protégé.

➤ Certains adultes handicapés sont entrés en Centre d'Aide par le Travail et en Foyer d'hébergement à plus de 50 ans. Ainsi, l'association Foyer de Cluny s'est trouvée

en présence de personnes âgées de plus de 60 ans **dès 1984**. Les premiers travailleurs de CAT qui auraient pu prétendre à la retraite, manifestaient une grande appréhension à rentrer si tôt en maison de retraite. Leur souhait était de rester dans l'établissement où ils avaient refait leurs racines.

Pour répondre au besoin de ces adultes handicapés intégrés, attachés à leur environnement, mais incapables d'autonomie complète, l'association fit le choix de leur proposer de rester au sein de l'association au-delà de 60 ans.

Le principe demeurait celui du maintien dans leur lieu de vie de jeunes retraités valides.

Ce maintien dans la structure pour adultes handicapés s'inscrivait dans un courant social plus général de maintien à domicile. Il répondait à leur souhait profond et évitait un passage prématuré et sans transition de leur vie active aidée, à la vie d'une maison de retraite.

L'association s'était fixé une admission en maison de retraite lorsqu'une assistance médicale serait nécessaire ; ce type d'établissement étant mieux équipé en locaux, matériels et personnel pour répondre aux besoins nouveaux.

Les nouveaux retraités continuaient à partager pleinement la vie de l'établissement sans subir un sentiment d'exclusion de la vie active. S'ils ne travaillaient pas en entreprise, ils étaient toujours occupés à de multiples activités :

- « courses » chez les commerçants,
- Entretien des abords des bâtiments communs (balayage, arrosage...),
- Séjours de vacances, spectacles avec les autres personnes de l'association.

Ces activités s'inscrivaient dans des horaires très libres.

Pour permettre ce maintien à domicile, l'Association mit en place une participation aux frais de pension et d'hébergement²⁶. Les personnes étaient maintenues au sein des différents foyers d'hébergement avec les autres résidents travailleurs, la mixité et l'éclatement des structures étant deux des valeurs associatives.

En 1986, l'association comptait 5 retraités du CAT.

➤ Face à l'augmentation prévisible du nombre de retraités, le Foyer de Cluny déposa, **en 1990**, un dossier au CROSMS demandant à officialiser l'expérimentation du maintien à domicile des personnes retraitées de la structure (capacité de 15 places). Afin de conserver une certaine souplesse, et de ne pas devenir une maison de retraite pour personnes handicapées, l'association n'a pas souhaité être habilitée à l'aide sociale sur ce nouvel établissement.

²⁶ Les notions de frais de pension et frais d'hébergement sont distinguées pour tenir compte du fait que certains ressortissants bénéficiant du maintien à domicile, sont propriétaires ou locataires directs de leur logement.

La prise en charge des personnes handicapées retraitées devenant plus lourde, les dirigeants ont recherché des solutions pour soulager le personnel de l'hébergement assurant la prise en charge des personnes handicapées retraitées dépendantes.

La mise en place de la Prestation Spécifique Dépendance **en 1997**, puis de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie **en 2001**, a permis à la structure d'apporter une réponse aux personnes handicapées retraitées les plus dépendantes.

Le Foyer de Cluny a opté, avec le soutien du Conseil Général, pour une APA individuelle, celle-ci offrant une réponse plus souple que l'APA en établissement : elle offre la possibilité d'avoir plusieurs intervenants auprès des personnes dépendantes, et évite à l'association d'avoir un certain niveau de dépendance au sein de son hébergement.

➤ **Jusqu'en 2005**, le service maintien à domicile des personnes handicapées retraitées fonctionnait sans aucune dotation ni prix de journée, mais uniquement par mutualisation des moyens des établissements de l'association. L'absence de moyens humains dans la journée, générait un accueil des personnes dépendantes sur différents sites de l'association : lingerie, ferme, sites du foyer occupationnel. Une mission d'inspection de la DDASS et du Conseil Général a pointé ce manque pour les personnes retraitées. Face à ce besoin, la DVSS a octroyé **en 2006** des moyens humains pour l'animation de jour.

Avec l'augmentation du nombre de personnes handicapées retraitées, l'association a demandé une extension de la capacité d'accueil du service de maintien à domicile, d'accompagnement et de suite en s'appuyant sur l'arrêté initial : de 15 places elle est passée à 19 places (augmentation possible de 30% sans avoir à déposer de dossier CROSMS). La DVSS a validé l'augmentation de la capacité d'accueil du service d'animation pour les retraités et l'a habilité à l'aide sociale.

La participation aux frais de pension est définie dans une convention en référence à la participation forfaitaire demandée par le Département aux personnes handicapées actives, prises en charge par le Foyer d'Hébergement.

c/ La mutualisation des moyens de l'association au service des retraités.

Le maintien des retraités au sein de l'association a été possible en raison d'une solidarité associative et d'une mutualisation des moyens de l'ESAT et de l'hébergement²⁷.

²⁷ Dès 1984, aucun prix de journée n'a été facturé à la Direction de la Prévention et de l'Action Sociale (DPAS).

➤ Les personnes retraitées bénéficiaient, avant l'obtention de moyens humains pour l'**animation de jour**, de diverses possibilités d'accueil : sur les ateliers de l'ESAT, sur les sites d'activité du Foyer Occupationnel. Ils se retrouvaient pris en charge par les moniteurs de jour : les uns assis dans un fauteuil à la lingerie, les autres à une table aux ateliers ou dans les champs à la ferme...l'accueil de jour a donc été une grande amélioration pour leur prise en charge. Pour les déjeuners du midi, ils reviennent manger avec les autres résidents dans la salle à manger située au niveau du pôle central.

Cependant, certains retraités plus autonomes ne participent que ponctuellement aux activités proposées par le service d'animation et restent encore sur des sites d'activité. L'encadrement de ces personnes, pendant la journée, est alors collectif et mutuel de la part des salariés présents autour d'eux, qu'ils soient moniteurs d'atelier, secrétaire...

D'autre part, le service d'animation pour retraités ne dispose pas de moyens matériels et utilise, par exemple, les cuisines des hébergements pour les ateliers cuisine.

➤ Le soir, chacun intègre son **hébergement**. Là aussi, les retraités bénéficient d'une mutualisation des moyens de l'hébergement : la prise en charge sociale des personnes, les repas, l'hygiène, les animations, le suivi des besoins matériels sont réalisés par une monitrice de nuit. Les retraités de l'ESAT se retrouvent mêlés à une population hétérogène au sein de ces hébergements et les monitrices de nuit les intègrent dans la prise en charge globale de leur foyer. Les retraités bénéficient également des moyens matériels de l'hébergement pour partir en séjours de vacances avec les autres résidents de l'association.

➤ De même, les **services administratifs, médicaux, généraux**, assurent le suivi et l'accompagnement des retraités. Ce sont les mêmes salariés qui traitent, au milieu des autres dossiers, les particularités des personnes retraitées.

Nous aborderons ultérieurement les difficultés actuelles de la mutualisation.

d/ Description des populations accueillies par l'association.

L'association accueille des adultes handicapés issus du secteur géographique local et titulaires d'une orientation délivrée par la CDAPH²⁸. Les personnes accueillies ont un handicap mental associé parfois à un handicap physique.

Les 2/3 des personnes sont déficientes intellectuelles (retard mental léger à moyen), le 1/3 restant correspond à des déficients psychiques (troubles de la conduite et du comportement, troubles psychiatriques).

²⁸ Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

Le tableau suivant présente les effectifs des établissements de l'association.

Tableau n° 5 : Population accueillie par l'association au 31/12/2009.²⁹

Etablissement	Nombre de places	Effectif au 31/12/2009	Femmes	Hommes
EA	17	16	4	12
ESAT	110	110	39	71
FO	30	30	12	18
SAAJ	10	13 ⁽³⁰⁾	7	6
Retraités	19	19	3	16
Foyer d'Hébergement	101	100	34	66

Ainsi, hommes ou femmes aux multiples types de handicaps et d'âges variés, se côtoient quotidiennement. C'est une richesse mais cela peut engendrer parfois des difficultés pour l'encadrement et la prise en charge des personnes plus fragiles notamment âgées.

32- Des dysfonctionnements sur l'accompagnement des retraités.

Créé en 1990, à titre expérimental, le service de maintien à domicile, d'accompagnement et de suite pour adultes handicapés ayant atteint l'âge de la retraite a fonctionné **jusqu'en 2005 sans moyen humain ni prix de journée**. Suite à une mission d'inspection de la DDASS et du Conseil Général en 2006, **4,35 ETP** ont été accordés pour l'animation de jour. Avant ces moyens humains, les retraités étaient accueillis pendant la journée sur différents sites de l'association (lingerie, pôles d'accueil de personnes de foyer occupationnel, ateliers, exploitation agricole...).

Si l'association a été précurseur sur le respect du choix de vie des personnes handicapées retraitées, force est de constater aujourd'hui que l'organisation générale de la prise en charge des personnes handicapées retraitées doit être repensée. L'absence de projet d'établissement pour le service retraités est révélatrice de ce manque de réflexion : les retraités sont maintenus « par défaut » au sein de l'association. D'ailleurs, la mission d'inspection de la DDASS et du Département a demandé à l'association d'améliorer sa prise en charge et de réfléchir à une solution type « EHPAD ».

Les dysfonctionnements sont perceptibles à différents niveaux :

➤ Au niveau du bâti :

-les bâtiments d'hébergement sont anciens, restaurés, mais les chambres sont parfois trop petites pour permettre l'utilisation d'un lève malade,

²⁹ ASSOCIATION FOYER DE CLUNY, 29 Juin 2010, Assemblée Générale, Foyer de Cluny 15 avenue Léon Bion 37 240 Ligueil, 30 p.

³⁰ Dont plusieurs personnes à temps partiel.

-l'augmentation du nombre de personnes âgées interpelle quant au nombre de chambres accessibles en rez-de-chaussée et de douches aménagées.

-il n'y a pas d'équipements dans les hébergements pour que des activités s'y déroulent de manière constante (absence de salle d'activité, de salle de kiné, de sport adapté...).

➤ **Au niveau des résidents :**

-les personnes accueillies dans les foyers d'hébergement sont âgées de 20 à 85 ans. Il est difficile, voire impossible, de proposer des animations adaptées à chacun,

-le rythme de vie des plus jeunes est en décalage avec celui des aînés : bruit, horaires de coucher et de lever différents,

-des conflits naissent entre les personnes : coups de cannes, règlements de compte,

-les personnes âgées de plus de 60 ans sont « noyées » dans les foyers d'hébergement avec les travailleurs de l'ESAT, les personnes de FO, et ne bénéficient pas de prise en charge spécifique les soirs et les week end,

-la dépendance, la fin de vie sont imposées à tous les résidents même aux plus jeunes.

➤ **Au niveau de l'organisation de la prise en charge :**

-les repas ne sont pas adaptés au 3^{ème} âge,

-les personnes âgées ne peuvent pas rester toute la journée dans leur foyer d'hébergement, elles en sortent pour se restaurer dans la salle à manger collective ou pour être prises en charge par le service d'animation jour,

-certains retraités ne participent jamais aux animations des après midis,

-la prise en charge est collective, il n'y a pas de réponse individualisée,

-la prise en charge des retraités est éclatée entre l'hébergement, l'ADMR et le service de maintien à domicile d'accompagnement et de suite,

-il n'y a pas de projet d'établissement spécifique aux retraités.

➤ **Au niveau du personnel :**

-le personnel de l'ADMR, les monitrices de l'hébergement et les monitrices du service d'animation de jour n'ont pas de temps de liaison d'où un suivi discontinu des personnes,

-le personnel de l'ADMR est présent uniquement le matin ; le soir, ce sont les monitrices de l'hébergement qui assurent la prise en charge des personnes retraitées,

-le personnel de l'association n'est pas formé à la gériatrie, aux problèmes spécifiques (physiques, psychiques de ces personnes),

-les monitrices de nuit sont en situation de burn out, d'usure professionnelle, elles manquent de formation à la gérontologie,

-les monitrices de nuit manquent de temps pour écouter des personnes d'âges différents et qui n'ont pas les mêmes sujets de discussion.

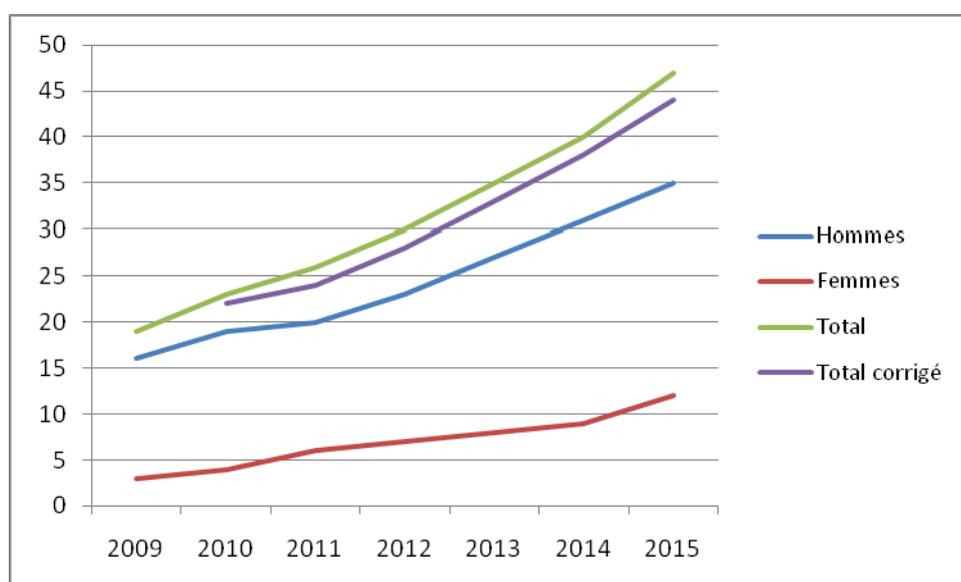
-ce manque d'écoute, de respect du rythme de vie, n'induit-il pas un risque de maltraitance, même involontaire ?

33- Une augmentation conséquente du nombre de retraités.

Les 5 prochaines années, le nombre de personnes handicapées retraitées de l'ESAT devrait doubler. Le graphique suivant ne tient pas compte de la possibilité pour certains travailleurs handicapés de partir à la retraite avant 60 ans sous certaines conditions³¹. Il ne représente que les personnes retraitées du CAT ou de l'ESAT ayant plus de 60 ans.

Afin d'atténuer les risques d'écarts dans cette projection, on peut appliquer un coefficient correcteur correspondant au taux annuel de mortalité des plus de 60 ans au sein de l'association sur les 10 dernières années. Ce taux est de 6 %.

Graphique n°1 : Evolution du nombre de retraités de l'ESAT entre 2010 et 2015



Même avec l'application d'un taux correcteur, on assiste à un doublement de l'effectif dans les 5 prochaines années.

34- Hypothèses de travail.

Devant l'augmentation du nombre de personnes handicapées retraitées à accompagner, plusieurs hypothèses peuvent être envisagées :

- Orienter les retraités vers des structures pour personnes âgées type EHPAD ?
- Orienter les personnes vieillissantes, proches de la retraite en foyer de vie, non soumis à une limite d'âge ?

³¹ Décret n° 2004-232 du 17 mars 2004 relatif à l'abaissement de l'âge de la retraite pour les assurés sociaux handicapés.

- Créer un foyer de vie pour personnes handicapées vieillissantes ou de plus de 60 ans ?
- Réorganiser les foyers d'hébergement existants afin d'avoir un hébergement spécifique pour personnes retraitées ?
- Créer une Petite Unité de Vie pour accueillir les personnes retraitées ?
- Créer un EHPAD ?

Pour vérifier quelle hypothèse est la plus pertinente, il est intéressant de se poser différentes questions :

Quel est le profil du retraité d'ESAT aujourd'hui ?

Quels sont ses projets, ses besoins ?

Les solutions locales existantes pour les personnes handicapées ou les personnes âgées sont-elles adaptées aux personnes handicapées retraitées de l'association ?

IV- Description de la population.

NB : Dans un souci de ne pas alourdir la lecture, j'utiliserai le terme « **retraités de l'ESAT** » pour désigner l'ensemble des retraités qu'ils soient issus de l'ESAT (pour ceux qui sont à la retraite depuis 2005) ou du CAT (pour ceux qui étaient à la retraite avant 2005)³².

41- Profil des personnes handicapées retraitées de l'association.

Le nombre de personnes handicapées de plus de 60 ans augmente. Différentes raisons expliquent cette progression : la vague démographique d'après guerre, les progrès de la médecine, l'amélioration de la prise en charge institutionnelle des personnes handicapées.

Les observations sur la population du Foyer de Cluny confirment cette évolution : une augmentation constante du nombre de retraités depuis 1984.

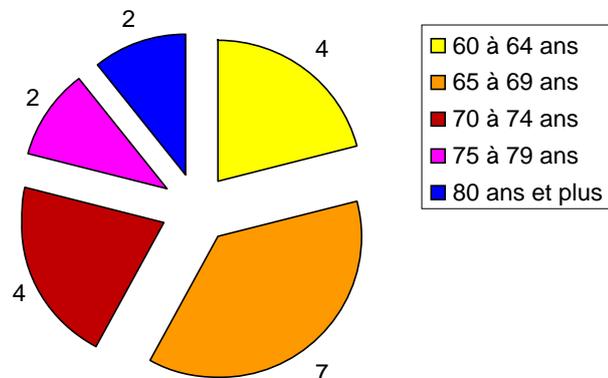
Afin de mieux cerner la population des personnes handicapées retraitées, j'ai reconstitué les trajectoires de vie de chacun à partir des dossiers administratifs des personnes. L'idée était de voir si les trajectoires ont un impact sur le vieillissement, l'évolution de la dépendance. Le tableau des trajectoires de vie est en **annexe 1**.

Au 31/12/2009, les retraités de l'ESAT sont 19 : 16 hommes et 3 femmes, âgés de 60 à 86 ans. La moyenne d'âge est de 71,2 ans (contre 83 ans en EHPAD).

³² Les CAT (Centres d'Aide par le Travail) ont été renommés ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail) dans le cadre de la loi 2005-102 du 11 février 2005 (loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées).

- **La répartition par tranche d'âge est la suivante :**

Graphique n°2 : Répartition des retraités de l'ESAT par tranches d'âges



Les 3 femmes sont dans la tranche d'âge 65-69 ans. Le déséquilibre hommes/femmes est peut être liée au fait qu'à l'origine, les travaux proposés étaient plutôt agricoles et donc plus facilement accessibles aux hommes. Ce déséquilibre tend, pour la population actuelle de l'ESAT à s'atténuer, et ce, en raison d'activités plus diversifiées qu'à l'origine (sous traitance industrielle, lingerie, cuisine...).

La population souffre principalement de déficience intellectuelle (15 personnes). A cette déficience plus ou moins lourde s'ajoutent parfois des troubles psychiques, des déficiences du langage et de la parole, des déficiences visuelles, auditives ou motrices.

- **La proximité géographique :**

Les retraités actuels de l'association sont majoritairement originaires du département (17 personnes). 6 personnes sont originaires du canton de Ligueil.

- **L'ancienneté au Foyer de Cluny :**

11 retraités sur 19 ont plus de 25 ans d'ancienneté au sein de l'association. Les personnes handicapées retraitées du Foyer de Cluny n'ont connu que cette association, ce qui peut expliquer leur attachement à ce qu'ils assimilent à une « deuxième famille ».

- **Lecture et écriture :**

84 % des retraités actuels ont des notions d'écriture et de lecture, pourtant, la principale déficience observée chez cette population est une déficience intellectuelle.

- **Situation avant l'entrée en ESAT :**

Avant d'arriver au Foyer de Cluny, 8 personnes avaient une vie autonome, 6 personnes vivaient chez leurs parents.

➤ **Les principales raisons du placement des personnes ont été :**

-pour 31,6 %, l'inaptitude professionnelle causée par un accident du travail ou la maladie,

-pour 31,6 % la rupture de soutien familial (aidant décédé).

-pour 21 % l'absence de travail et le désir de stabilité dans un milieu protégé,

➤ **Le travail en milieu ordinaire :**

Une caractéristique majeure de la population étudiée est l'importance du vécu en milieu ordinaire : 14 personnes ont travaillé en milieu ordinaire, et ne sont rentrées en établissement qu'après 40 ans en ayant eu un parcours professionnel d'une durée de 15 à 25 ans.

Plus de la moitié des retraités ont été ouvriers agricoles et, pour 8 d'entre eux, hors de leur famille.

➤ **La situation familiale :**

12 retraités sont célibataires, contre 7 qui connaissent ou ont connu une vie de couple avec un conjoint travaillant ou ayant travaillé en ESAT.

➤ **Les relations familiales :**

Les personnes handicapées retraitées vivent une situation d'isolement relatif, même si seulement 3 retraités n'ont pas de famille connue.

➤ **L'hébergement :**

Sur les 19 personnes retraitées de l'ESAT :

- 9 personnes sont en foyer d'hébergement collectif avec encadrement. Elles ne peuvent pas vivre seules en raison de leur handicap. Certaines sont dépendantes et bénéficient d'une prise en charge chaque matin par le personnel de l'ADMR via l'APA. Ces personnes sont toutes célibataires et sont hébergées dans des foyers d'hébergement collectif avec des résidents du Foyer Occupationnel et des travailleurs de l'ESAT.
- 3 personnes vivent dans des logements annexés. Ces logements sont annexés à un foyer d'hébergement collectif encadré. Les personnes bénéficient du portage des repas par liaison froide, de l'entretien et du portage du linge. Elles bénéficient également de visites au domicile par le service d'animation de jour retraité et participent plus ou moins régulièrement aux animations proposées les après midis.
- 7 personnes vivent dans des logements indépendants, seules ou en couple. Elles bénéficient des mêmes prestations assurées par les ateliers de l'ESAT ou par des aides-ménagères pour les repas et le linge.

Elles reçoivent à leur domicile les visites du service d'animation de jour retraité et ont le choix de participer aux animations proposées les après midis.

La population retraitée de l'association Foyer de Cluny bénéficie d'une plus grande autonomie en termes de logement que l'ensemble des personnes prises en charge (plus de 50% sont en logement individuel (annexé ou indépendant) contre 38% pour les travailleurs de l'ESAT).

➤ **La dépendance :**

Si la grille AGGIR pour l'évaluation de la dépendance est inadaptée pour les personnes handicapées, elle reste l'outil de mesure officiel qui ouvre les droits à l'APA.

Au niveau des retraités, 12 personnes ont un classement GIR : 3 personnes sont en GIR 2, 5 personnes sont en GIR 3, 4 personnes sont en GIR 4, 7 personnes ne sont pas dépendantes (classement en GIR 6).

Il faut noter que certaines personnes dépendantes vivent en logement indépendant ou annexé mais sont en couple, avec un conjoint plus jeune, condition indispensable pour le maintien de leur autonomie.

De toutes ces données, lorsque l'on rapproche certains items, il ressort que les personnes qui étaient autonomes avant d'entrer au Foyer de Cluny ont toutes eu un long passé d'ouvrier agricole ou de salarié (15 ans au minimum). Ces personnes ont conservé une certaine autonomie : elles occupent majoritairement les logements annexés ou les résidences indépendantes. Les autres personnes handicapées retraitées vivent dans des foyers d'hébergement collectif avec encadrement et ne peuvent accéder à plus d'autonomie.

Cette étude me permet d'aboutir à la catégorisation du public suivante :

-les personnes autonomes (mais qui peuvent avoir besoin d'une aide ponctuelle des équipes éducatives),

-les personnes dépendantes.

Compte tenu de la diversité des parcours, des situations individuelles, je suis conscient que cette catégorisation sera différente dans quelques années et qu'il faudra veiller à l'actualiser pour « coller » au plus près des attentes et des besoins des personnes accueillies.

42- Les activités des retraités de l'association.

Les activités et la prise en charge des personnes handicapées de plus de 60 ans dépendent de leur degré d'autonomie. La non-participation aux animations permet d'identifier une troisième catégorie de retraités : **les personnes inactives.**

Ainsi, les retraités peuvent être classés en **3 catégories** : **les autonomes**, **les inactifs** et **les dépendants** :

Tableau n°6 : Catégorisation des retraités de l'ESAT

	Hébergement individuel	Hébergement collectif
Personnes autonomes	4	
Personnes inactives	2	1
Personnes dépendantes	4	8

a/ Les retraités autonomes.

Les retraités autonomes vivent plutôt en logement indépendant. Ils peuvent parfois être aidés par l'association pour l'entretien du linge, les repas, le ménage, les achats. Ces retraités sont bien intégrés dans la commune, ils ont différents réseaux relationnels : à l'extérieur et à l'intérieur de l'association.

Ils ont des activités à domicile : entretien du logement, ménage, bricolage, jardinage ; ou à l'extérieur auprès des associations locales : club du 3^{ème} âge, pétanque...

En plus des activités réalisées à l'extérieur de l'association, certains retraités autonomes participent ponctuellement aux animations proposées par le service et plus précisément aux sorties, visites, jardinage. Ils s'impliquent également dans la vie quotidienne de l'association : accompagnement au portage des repas dans les unités d'hébergement, aide au service restauration pour débarrasser la table après le repas, coursier de l'administration... A travers ces activités qui peuvent sembler anecdotiques, les retraités conservent un rôle social. Il y a une baisse de la participation à ces activités au fur et à mesure que les personnes avancent en âge.

b/ Les retraités inactifs

Certains retraités semblent très peu actifs : ils ne participent pas aux activités proposées ni à l'intérieur, ni à l'extérieur de l'association. Ils vivent dans des logements individuels proches des foyers d'hébergement collectifs, ou dans des foyers d'hébergement collectifs. Ces personnes semblent s'intéresser de moins en moins au monde qui les entoure. Depuis qu'ils ont quitté leur activité salariée, à 60 ans, ils se sont renfermés sur eux-mêmes, ont perdu leur place dans la société. Ce sont les retraités qui me semblent régresser le plus rapidement et qui vivent mal leur retraite. Qui est responsable de ce désengagement ? Les retraités qui n'ont pas su s'investir dans les activités proposées ou l'association qui n'a pas apporté de réponse individualisée en les sollicitant pour occuper un rôle social ?

c/ Les retraités dépendants

Les retraités dépendants vivent principalement dans des foyers d'hébergement collectifs. Ils ont pu connaître par le passé un rôle au sein de l'association qu'ils ont cessé d'occuper avec l'avancée en âge. Ils sont dépendants mentalement et/ou physiquement et bénéficient pour certains de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie individuelle (personnes de GIR 1 à 4). Ils connaissent une activité rythmée tout au long de la journée :

-Les matinées sont occupées par le lever, la toilette, l'habillement, le petit déjeuner avec une aide à domicile, salariée de l'ADMR et passage éventuel des infirmières du Service de Soins Infirmiers A Domicile en fonction des besoins.

Puis des assistantes de vie du service d'animation de jour terminent la matinée par la lecture du journal, des mots mêlés, des jeux, des émissions de télévision.

-Le midi les retraités sont conduits vers la salle à manger située au siège de l'association. Ils prennent leur repas avec les autres personnes de l'association (salariés de l'ESAT, résidents du FO, autres retraités, salariés de l'association).

-Les après-midi démarrent par un petit temps de sieste, puis le personnel du service d'animation de jour propose différentes activités : jardinage, pêche, chant, cuisine, loisirs créatifs (peinture, dessin), jeux de société, atelier mémoire, gymnastique douce, balnéothérapie (à la MAS de Lureuil), poterie, promenades, cinéma, marché, visites...

-Le soir, les retraités retournent dans leur foyer d'hébergement où ils retrouvent d'autres résidents du Foyer Occupationnel ou de l'ESAT, pour dîner, puis ils se couchent.

Ce descriptif de la population retraitée montre la disparité des besoins de prise en charge de ces personnes. Il est donc nécessaire d'évaluer plus précisément ces besoins ainsi que les souhaits évoqués par chacun.

V- L'évolution des besoins et des souhaits.

51- Evaluation des besoins individuels.

L'évaluation des besoins des personnes s'appuie sur l'étude des Projets Personnalisés d'Accompagnement des retraités ainsi que sur une micro-enquête auprès des futurs retraités.

a/ L'étude des Projets Personnalisés d'Accompagnement des retraités.

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, loi « rénovant l'action sociale et médico-sociale » rappelle les droits des usagers et met en place différents outils dont les projets individualisés qui permettent aux personnes d'exprimer leur volonté sans que l'on pense à leur place. L'étude des PPA des retraités figure **annexe 2**.

Au Foyer de Cluny, la réalisation des PPA s'effectue par le recueil, au cours d'un entretien individuel avec un salarié référent, des souhaits et besoins de la personne handicapée. En accord avec celle-ci, le référent détermine les objectifs et les moyens pour les atteindre, pour l'année à venir. Pour les personnes retraitées, les référents sont soit des animatrices du service d'animation jour, soit des monitrices de l'hébergement.

L'ouverture des échanges lors de la réalisation des PPA génère une diversité des réponses en lien avec les demandes individuelles.

➤ **Deux grands thèmes** récurrents dans les discussions sont intéressants à analyser :

▪ *La représentation sociale de la vieillesse et les attentes des personnes retraitées.*

Les personnes identifient la retraite avec l'arrêt du travail à 60 ans et la perçoivent comme un droit à un repos bien mérité.

Les personnes ont refait leurs racines dans et autour de l'association, dans des formes diverses d'hébergement qu'elles ont investies et qui leur permettent de vivre « chez elles ».

D'ailleurs, la retraite ne signifie pas le départ de leurs lieux de vie actuels.

Les occupations les plus souhaitées par les retraités sont : regarder la télévision et voir des amis ou la famille.

▪ *Les liens sociaux externes et internes.*

Une bonne majorité va au moins une fois par jour en ville à Ligueil (2 200 habitants). Cependant, les échanges avec la population locale, les commerçants sont relativement peu fréquents.

Ainsi, l'accès à la ville et aux commerces n'implique pas d'avoir des liens sociaux : sortir de l'institution, aller faire ses courses peut se faire sans interactions avec les personnes de l'extérieur.

En revanche, les liens sociaux internes sont très importants : la structure collective crée de la sociabilité entre les résidents.

D'ailleurs la perception du Foyer de Cluny par les retraités montre un attachement fort à l'association.

Ainsi, même si le Foyer de Cluny, par la dispersion de ses bâtiments dans le tissu urbain local, est ouvert physiquement sur son environnement, l'offre systématisée de réponses internes aux besoins élémentaires des personnes dresse des frontières symboliques avec l'extérieur.

➤ A partir de ces PPA, j'ai ensuite étudié les demandes des personnes, les objectifs retenus pour les équipes et les moyens mis en place pour y répondre.

Les **demandes** des personnes handicapées retraitées de l'ESAT gravitent autour de thématiques récurrentes :

- le maintien de l'existant (continuer les animations, la participation aux séjours...),
- les améliorations du cadre de vie (lit médicalisé, logement en rez-de-chaussée...),
- le besoin d'être accompagné, rassuré (pour acheter des vêtements, connaître ses ressources et dépenses),
- le souhait de participer aux animations ou d'avoir un rôle social.

Les **objectifs** retenus et les **moyens** pour les atteindre sont axés sur :

- l'accompagnement dans la vie sociale, lors des difficultés relationnelles,
- l'accompagnement pour gérer les angoisses des retraités, pour exprimer les besoins,
- l'accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne, le maintien des acquis,
- l'encouragement à participer aux animations de groupe, la stimulation physique et mentale,
- le respect du rythme de vie et le suivi médical des personnes.

Parmi l'ensemble des moyens mis en œuvre, force est de constater l'importance des temps d'écoute, d'échange avec les personnes, pour rassurer, accompagner et mettre en place des animations correspondant à leurs attentes.

Les moyens humains octroyés par les autorités de tarification pour le « service de *maintien à domicile, d'accompagnement et de suite pour adultes handicapés ayant atteint l'âge de la retraite* », sont essentiellement utilisés pour l'accompagnement des plus dépendants et l'animation de jour. L'absence de projet d'établissement pour le service retraités et de réflexion globale sur le fonctionnement du service ne permet pas de répondre à tous les aspects de l'accompagnement des personnes handicapées retraitées de l'association.

b/ Les futurs retraités de l'ESAT.

Le projet « retraités » doit prendre en compte l'évolution de la population qu'elle accueillera ; il est donc intéressant d'évaluer le profil et les besoins des futurs retraités.

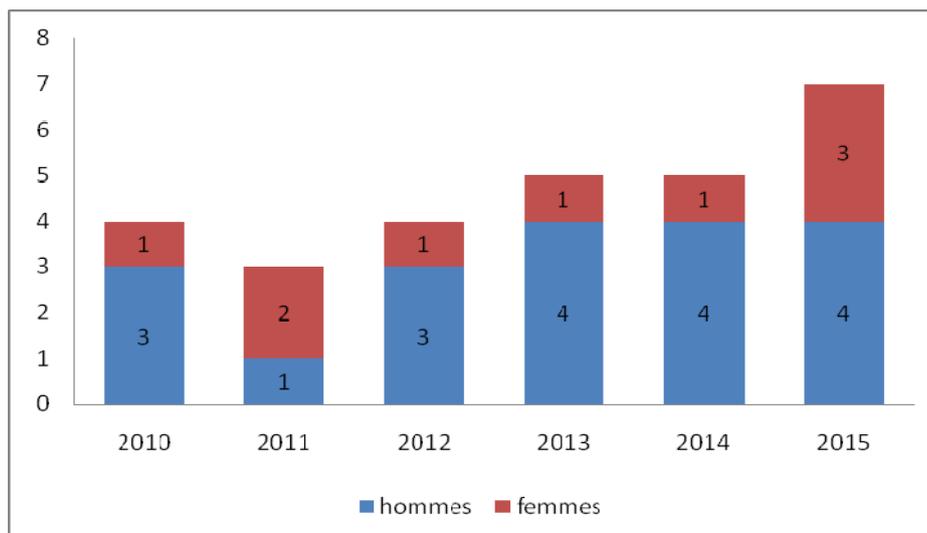
➤ Le profil des futurs retraités.

Le tableau des trajectoires de vie des futurs retraités de l'ESAT figure **annexe 3**.

Entre 2010 et 2015, 28 personnes handicapées seront retraitées de l'ESAT, avec 2 fois plus d'hommes que de femmes (19 hommes et 9 femmes).

Le graphique suivant présente l'évolution du nombre de départs en retraite des travailleurs de l'ESAT sur les 5 prochaines années.

Graphique n°3 : Départs à la retraite des travailleurs de l'ESAT entre 2010 et 2015.



Les départs en retraite sont en augmentation sur la fin de période : 11 départs entre 2010 et 2012 contre 17 départs entre 2013 et 2015.

Les personnes qui seront en retraite sont originaires du département pour plus de 60%. Leur présence à Ligueil n'est pas récente puisque 19 d'entre elles ont plus de 25 ans d'ancienneté !

Parmi les futurs retraités, 15 personnes (53,6 %) sont entrées au Foyer de Cluny avant 30 ans alors que les retraités actuels étaient tous rentrés après 30 ans.

Ainsi, peu de futurs retraités ont eu une expérience de travail en milieu ordinaire (8 personnes sur 28), contre 16 retraités actuels sur 19. Sur les 8 personnes, seulement 2 ont travaillé dans le milieu agricole.

En ce qui concerne l'hébergement, ils sont pour moitié en foyers collectifs et pour moitié en logements individuels (annexés ou indépendants).

En définitive, il ressort de cette rapide étude des futurs retraités des caractéristiques différentes des retraités actuels :

- une origine géographique plus éloignée que les limites du canton,
- des expériences de travail en milieu ordinaire et en milieu agricole moins fréquentes,
- un long parcours au sein de l'association,
- un accès à une vie autonome (logement individuel) identique aux retraités qui avaient eu une expérience de vie autonome avant leur institutionnalisation.

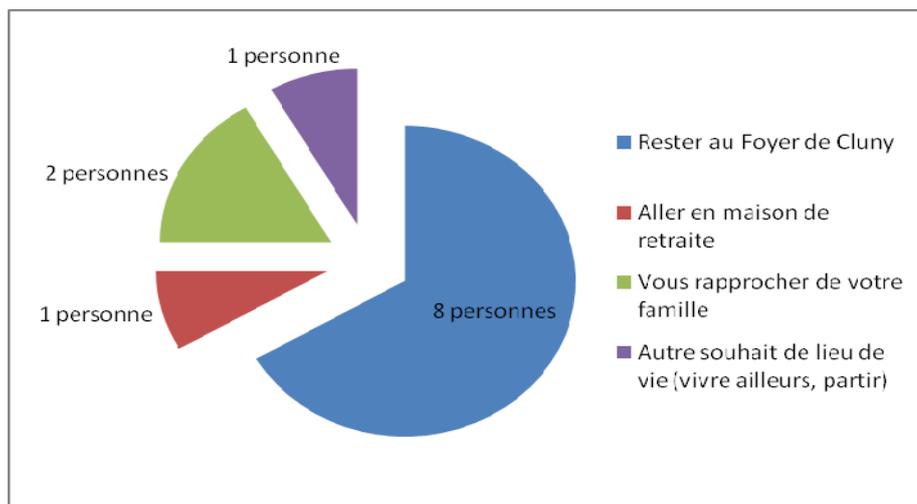
➤ Approche rapide des attentes des futurs retraités.

J'ai réalisé une enquête sur les souhaits des personnes handicapées de l'ESAT âgées de plus de 58 ans. Je n'ai pas élargi cette enquête aux personnes de moins de 58 ans car elles évoquent peu leur retraite.

Le questionnaire et les réponses figurent **annexe 4**.

Comme l'illustre le graphique suivant, les travailleurs d'ESAT âgés de 58 à 60 ans souhaitent majoritairement rester au Foyer de Cluny pour leur retraite.

Graphique n°4 : Lieu de retraite souhaité par les futurs retraités de l'ESAT.



Sur les 11 futurs retraités, 4 sont en foyer collectif, 7 vivent seul ou en couple. Les personnes souhaitent conserver leur logement pour leur retraite.

Les personnes interrogées présentent donc une certaine autonomie que l'on retrouve dans les activités qu'elles souhaitent pratiquer à la retraite : pêcher, se promener, jardiner, faire du vélo... les seules animations qu'elles souhaitent réaliser en groupe sont les sorties. Une seule personne est intéressée par les activités proposées lors des animations les après midis. Aucune personne actuellement ne fait de proposition pour améliorer l'accompagnement des personnes handicapées retraitées.

Il ressort de ce questionnaire que les futurs retraités ont des difficultés à se projeter dans l'avenir.

Les travailleurs de l'ESAT sont encore en activité et ne ressentent pas le besoin d'être accompagnés pour leur retraite. Le vieillissement, l'évolution du handicap, l'arrivée de la dépendance, modifieront peut-être leur vision du besoin d'accompagnement et d'animation.

52- Les autres demandes.

a/ La demande des familles des personnes handicapées.

Les demandes des familles sont variables. La plupart souhaitent que la personne handicapée reste au sein de l'association (ils ont leur vie et ne sont pas prêts à accueillir leur frère ou sœur handicapé ; la prise en charge sociale et le suivi psychologique et matériel posent problème).

L'association accompagne la famille et la personne handicapée, selon son choix, dans la recherche d'une solution d'accueil qui lui convient. Par exemple, en 2008,

l'association a accompagné une personne qui a fait le choix d'intégrer l'EHPAD de Sainte Maure pour se rapprocher de sa sœur.

b/ La demande suite à une mission d'inspection au Foyer de Cluny.

Les administrations sont conscientes du besoin de prise en charge des adultes handicapés vieillissants et de leur augmentation à venir : une mission d'inspection de la DDASS et du Conseil Général d'Indre-et-Loire au début de l'année 2006 analysait p37 : « ...l'accueil des personnes retraitées n'est donc pas pensé en tant que tel, il consiste en un maintien dans les lieux... » et arrivait à la recommandation n°24 : « *Etudier la possibilité de création d'une petite unité de vie, d'une section EHPAD, mais aussi, de toute autre solution expérimentale de création d'unité spécifique pour personnes handicapées vieillissantes et/ou handicapées mentales âgées.* »³³

c/ La demande des responsables de l'association.

L'association maintient des travailleurs handicapés retraités au sein de sa structure depuis 1984. Cette offre de service est autorisée par le Président du Conseil Général dans le cadre « *d'un service de maintien à domicile, d'accompagnement et de suite pour adultes handicapés ayant atteint l'âge de la retraite* ». Ce service fonctionne aujourd'hui avec une mutualisation des moyens humains et matériels des différents établissements (ESAT, FO, Hébergement).

Les responsables de l'association ont des demandes précises :

-Créer un service retraité fonctionnel avec du personnel dédié offrant des services variés aux personnes retraitées,

-Adapter les services et occuper les personnes valides ou dépendantes car l'accueil de la population vieillissante ne doit pas être qu'un maintien dans les lieux.

-Demander une autorisation administrative pour augmenter la capacité d'accueil de personnes handicapées âgées au sein de l'association,

-Avoir un budget spécifique personnes handicapées retraitées pour offrir aux retraités des animations en lien avec leurs attentes,

-Construire une unité pour les personnes les plus dépendantes afin d'améliorer leur prise en charge et ne pas imposer leur présence aux plus jeunes surtout lors de la fin de vie.

³³ Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Indre-et-Loire, 5 avril 2006, *Rapport d'inspection des structures d'accueil d'adultes handicapés de l'association « Foyer de Cluny de la Région de Ligueil » 15 avenue Léon Bion, 37240 Ligueil – Inspection des 7, 8, 9 décembre 2005, 18, 19, 20 janvier 2006, 24 février 2006, Tours, 49 p*

L'Association veut à la fois répondre au souhait d'un grand nombre de jeunes retraités de rester chez eux, et à la nécessité de prendre en compte le vieillissement général des retraités aux pathologies plus lourdes, nécessitant un encadrement adapté.

VI- Le projet, une entrée Personne Handicapée ou Personne Agée ?

Sans la possibilité de « maintien à domicile », les personnes handicapées retraitées n'auraient comme perspective que le placement prématuré et inadapté en maison de retraite ou en foyer de vie.

Les responsables politiques sont conscients des enjeux du vieillissement des personnes handicapées. Les schémas départementaux sont ouverts aux solutions innovantes, intermédiaires entre les institutions pour personnes handicapées et les institutions pour personnes âgées dépendantes.

Il convient cependant de trouver une formule, un concept original mais qui s'inscrive dans un cadre juridique existant.

Ainsi, deux options sont possibles : une entrée par les structures pour personnes handicapées ou une entrée par les structures pour personnes âgées.

➤ Entrée personnes handicapées :

Des associations confrontées au vieillissement des personnes handicapées ont fait le choix de réorienter des travailleurs handicapés d'ESAT avant leurs 60 ans en Foyer de Vie (cas de la MARPAHVIE établissement de l'ADAPEI située à Couture d'Argenson (79 110)). Mais ce système implique un passage devant la CDAPH avant 60 ans. Cette solution ne me semble pas adaptée à notre association et ce, pour différentes raisons :

-Tout d'abord, orienter les travailleurs vieillissants en foyer de vie implique une dégradation de leur état de santé, justifiant une incapacité de travailler, ce qui correspond à une petite partie des travailleurs d'ESAT.

-Ensuite, l'orientation des personnes retraitées en foyer de vie génèrerait un vieillissement de la population accueillie avec, à nouveau, des problèmes de cohabitation entre jeunes et aînés.

-Enfin, cette hypothèse priverait de solution d'accueil les jeunes adultes handicapés en recherche de place en foyer de vie.

La loi 2005-102 du 11 février 2005 autorise les personnes handicapées à rester dans leur foyer d'hébergement au delà de 60 ans. J'ai rencontré le Docteur Culé de la MDPH 37 et Madame Fiot assistante sociale avec lesquelles j'ai pu échanger sur les interrogations quant à l'accompagnement des personnes handicapées retraitées de l'association. Elles m'ont confié qu'au niveau de l'Indre-et-Loire, il n'y avait pas la volonté de maintenir des personnes retraitées dans les foyers d'hébergement au-delà de 60 ans

et ce, en raison du besoin de places pour de nombreux jeunes actuellement en aménagement Creton³⁴.

➤ **Entrée personnes âgées :**

Cette entrée semble la plus légitime car des structures existent au niveau juridique : EHPAD, petite unité de vie.

Un EHPAD pour personnes handicapées retraitées entrerait en concurrence avec les EHPAD locaux, et serait en contradiction avec les recherches d'économies actuelles et les orientations politiques de répartition cohérente des structures sur le territoire.

En outre, un EHPAD impliquerait la signature d'une convention tripartite avec une partie soin et une partie dépendance. Les EHPAD, pour ne pas perdre de moyens financiers sont amenés à accueillir les résidents en fonction de leur niveau de dépendance et ce, afin de ne pas pénaliser le GMP³⁵. Ceci obligerait l'association à « trier » les résidents accueillis en fonction de leur GIR.

Enfin, un EHPAD spécifique « personnes handicapées » reproduirait le même schéma qu'un EHPAD classique, à savoir l'accueil de personnes handicapées de 60 ans au contact de personnes très âgées et/ou très dépendantes.

Les différentes possibilités d'accueil pour les personnes handicapées retraitées sont présentées page 16, § 22- « Les structures d'accueil pour personnes handicapées retraitées ».

Parmi les solutions existantes,

- l'accueil familial est peu développé,
- les logements-foyers s'adressent à des personnes peu dépendantes ce qui ne répond pas aux besoins des retraités dépendants de l'association,
- les petites unités de vie offrent un accueil pour les personnes de moyenne dépendance.

Cette dernière solution semble la plus appropriée ; en effet, une **Petite Unité de Vie** pourrait répondre à l'accueil des personnes handicapées retraitées : c'est une structure de petite taille, intermédiaire entre le domicile et l'EHPAD. Elle offrirait une réponse temporaire, passerelle vers une structure pour personnes âgées dépendantes. Elle donnerait une existence juridique à l'organisation, même si un certain nombre d'éléments comme la dépendance ou le soin devront être approfondis avec les administrateurs et les organismes financeurs.

³⁴ Amendement Creton : L'article 22 de la loi 89-18 du 13 janvier 1989 a modifié l'article 6 de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 et créa l'amendement Creton qui permet aux adultes handicapés âgés de plus de 20 ans d'être maintenus en établissements pour enfants dans l'attente d'une solution adaptée.

³⁵ GMP : Le Gir Moyen Pondéré est le niveau moyen de dépendance des pensionnaires d'un établissement. C'est cet indicateur qui détermine le niveau des moyens qui seront accordés pour financer la dépendance.

Conclusion de la 1^{ère} partie.

L'expérience perfectible, réalisée au Foyer de Cluny peut être considérée comme innovante car elle a intégré, dès 1984, certaines notions comme le libre choix que l'on retrouve dans les lois de 2002-2 et 2005-102. Les réponses que l'association a apportées au fil des années, aux besoins des personnes handicapées retraitées, sont à améliorer mais ne doivent cependant pas être supprimées. Il convient ici d'élargir la palette de réponses apportées pour accompagner chacun à son rythme.

En l'absence de solutions extérieures satisfaisantes, l'association se doit de réfléchir à un projet répondant aux souhaits et besoins des personnes handicapées retraitées et compatible avec les politiques publiques et financières actuelles.

Les personnes handicapées qui ne se sentent plus à leur place dans les foyers d'hébergement collectif, ou encore les personnes légèrement dépendantes, ne souhaitent pas pour autant aller en maison de retraite qu'elles assimilent à un mouvoir.

Conserver des liens avec les autres résidents qu'ils ont fréquentés toute leur vie, rester dans un milieu ouvert qu'ils connaissent avec des visages familiers, maintenir un style de vie « familial » sont autant d'objectifs auxquels l'association doit répondre.

En marge des logements individuels pour les plus autonomes, une solution semble convenir à toutes ces attentes : **la création d'une petite unité de vie.**

C'est une formule d'hébergement, intermédiaire entre le domicile personnel et la maison de retraite. Ce type de structure, de petite taille, recherche une approche personnalisée et offre un accueil de proximité à des personnes de faible, voire de moyenne dépendance.

En outre, une réflexion autour d'un projet global pour les retraités permettrait de :

- Résoudre certains dysfonctionnements évoqués auparavant,
- Améliorer la prise en charge et l'accompagnement des personnes handicapées retraitées,
- Clarifier le fonctionnement du service,
- Reconnaître la position et le rôle des salariés,
- Officialiser le service,
- Rassurer les futurs retraités de l'ESAT quant à leur devenir.

Un projet d'établissement pour le service de maintien à domicile, d'accompagnement et de suite pour adultes handicapés ayant atteint l'âge de la retraite est en cours de rédaction. Des réunions de travail ont associé les équipes sur le premier semestre 2010, cependant cette démarche a traité de l'existant et n'a pas intégré de réflexion sur la création d'un hébergement spécifique aux personnes handicapées retraitées, projet que je vais développer dans la seconde partie.

2ème partie : Elaborer et mettre en œuvre un projet dédié aux personnes handicapées retraitées.

L'étude de l'accompagnement des personnes handicapées retraitées de l'ESAT a révélé certains dysfonctionnements (énumérés p24 §32- « Des dysfonctionnements sur l'accompagnement des retraités »), en lien avec l'absence de projet et l'absence de financement (comblée récemment de façon partielle).

L'inadéquation entre les besoins de la population accueillie et le maintien initial dans la structure est au cœur du projet que je souhaite développer. Celui-ci est basé sur le principe du libre choix de vie de la personne handicapée permettant de :

- Maintenir l'autonomie dans la vie sociale et quotidienne,
- Proposer des animations adaptées aux retraités.

➤ **Maintenir l'autonomie dans la vie sociale et quotidienne,**

Maintenir, c'est éviter que ne s'installent des pertes de savoirs et de savoir-faire. Avec l'avancée en âge, les personnes perdent de plus en plus leur autonomie. Les professionnels doivent s'interroger sur l'objectif du maintien de l'autonomie dans la mesure des possibilités de chaque adulte. Le vieillissement et le handicap doivent guider l'action.

Grâce à un cadre repérant, à des stimulations appropriées, aux capacités personnelles, à la motivation et au projet de la personne, l'équipe permet aux personnes handicapées de maintenir ses acquis tout en respectant ses capacités et son rythme.

Nous avons vu, par le résultat de l'enquête, qu'une vie sociale, même si elle est limitée, existe. L'organisation devra permettre de maintenir la socialisation par des activités, des sorties, des animations en dehors de l'enceinte de l'association.

L'accompagnement de la vie quotidienne doit tenir compte du fait que vieillir signifie avoir besoin de plus de temps pour comprendre et réaliser des actions. Les professionnels doivent intégrer ces éléments et réfléchir aux moyens les plus appropriés pour accompagner chacun dans les actes de la vie quotidienne.

➤ **Proposer des animations adaptées aux retraités.**

Animer (du latin « animare » : doter d'une âme), c'est d'après le dictionnaire Petit Robert « *douer de vie, communiquer son ardeur, son enthousiasme à quelqu'un et donner de la vivacité* ».

La mission de l'animation est de donner de la vitalité, de rechercher du plaisir, de l'épanouissement et donc de donner de l'énergie pour exister.

L'accompagnement éducatif auprès des personnes handicapées retraitées doit tenir compte des phénomènes de vieillissement et ne solliciter la personne qu'à la hauteur de ses capacités et de son rythme.

L'animation ne doit pas reposer uniquement sur le savoir-faire des animateurs mais également sur une activité liée à l'ensemble des aspects de la vie quotidienne et de la prise en charge.

Le projet d'un hébergement spécifique pour les personnes handicapées retraitées s'inscrit dans le cadre de ces valeurs et vise avant tout à l'accompagnement et à l'épanouissement des personnes handicapées retraitées de l'association.

I- Le projet d'un hébergement pour personnes retraitées.

11- Présentation du concept de Petite Unité de Vie.

Une petite unité de vie est une formule d'hébergement pour personnes âgées, intermédiaire entre le domicile et la maison de retraite. Elle est ouverte sur l'extérieur, elle fonctionne avec des services de soutien à domicile extérieurs (médecins, infirmiers libéraux, aides ménagères...), laissés au libre choix du résident et qui facilitent l'entretien des liens sociaux et maintiennent un mode de vie habituel dans un habitat collectif. Elle constitue parfois une étape vers un EHPAD.

Les frais de séjour sont réglés par l'usager (loyers, charges locatives, frais de fonctionnement des locaux communs). Une habilitation à l'aide sociale est possible.

Une prise en charge de la dépendance dans le cadre de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie est envisageable.

Les différents services peuvent être gérés par la PUV.

Les informations sur petites unités de vie de l'Indre-et-Loire sont consultables sur le site internet : « <http://www.touraine-reperage.com> ».

Les organismes gestionnaires des petites unités de vie du département sont principalement des établissements publics communaux, 3 sont associatifs. Les PUV ne sont pas toutes habilitées à l'aide sociale. L'âge moyen y est de 86 ans (contre 85 ans en EHPAD). Les deux tiers sont des personnes entrées alors qu'elles avaient au moins 85 ans.

L'unité de vie la plus proche géographiquement de l'association Foyer de Cluny est située à Bridoré (27 kilomètres), commune où se trouve une association pour adultes handicapés : l'APAJH.

Les autres unités de vie sont à plus de 30 kilomètres de Ligueil et n'ont pas de places disponibles. De plus, elles privilégient l'accueil des personnes issues du secteur géographique local.

12- Le choix possible d'une structure type MARPA.

Une Maison d'Accueil Rural pour Personnes Agées (MARPA), est un concept lancé par la Mutualité Sociale Agricole (MSA) en 1986. Elle a pour ambition d'apporter une réponse aux personnes âgées désirant rester dans leur environnement.

La MARPA est une structure d'accueil de moins de 25 résidents, offrant un style de vie familial, avec la volonté de préserver l'autonomie et l'indépendance de la personne âgée.

La création d'une structure type MARPA semble répondre aux besoins des personnes âgées de l'association Foyer de Cluny et ce, pour différentes raisons :

D'abord, la Maison d'Accueil Rural pour Personnes Agées est une solution à taille humaine (maximum 25 personnes), elle répond aux besoins des personnes en leur offrant un domicile intégré dans la vie sociale et implanté au sein du territoire où elles ont toujours vécu. Ce type d'accueil est un compromis entre autonomie et sécurité. Il évite une coupure brutale dans le style de vie que l'on peut rencontrer lorsqu'une personne passe de son domicile personnel à la maison de retraite tout en limitant les dangers auxquels une personne âgée vivant seule à son domicile est confrontée.

Une MARPA est une structure ouverte sur l'extérieur, les personnes peuvent continuer à faire appel à leur médecin traitant, à des services extérieurs : le SSIAD, les infirmiers libéraux, l'ADMR. Ce type de personnel est embauché directement par les personnes âgées, ainsi une éventuelle diminution du nombre de personnes dépendantes n'obligerait pas l'association à « remplir les lits » comme en EHPAD.

Ensuite, l'association Foyer de Cluny, depuis sa création, relève du régime agricole et plus particulièrement de la Mutualité Sociale Agricole : les productions étaient à l'origine du CAT orientées vers l'agriculture : travaux dans les exploitations agricoles, élevage de lapins, volailles, activités d'espaces verts.

Aujourd'hui, la MSA reste très présente au niveau de l'association : médecine du travail, conseils techniques, formations aux salariés et travailleurs handicapés.

L'expérience de la MSA dans l'aide à la conception ou la gestion de MARPA est solide puisqu'on compte près d'un millier de MARPA en France dont 115 gérées par la MSA.

La MSA est prête à soutenir les projets de MARPA sur le département d'Indre-et-Loire. Elle connaît les démarches, les organismes à solliciter pour obtenir des aides financières, les passages obligés, les erreurs à éviter... C'est un interlocuteur important pour le projet.

Si la petite unité de vie est intéressante par son fonctionnement familial et son ancrage local, une attention particulière doit être portée au déroulement de la journée qui doit comporter une **animation renforcée** indispensable aux personnes handicapées retraitées.

13- La vie des résidents au sein de la Petite Unité de Vie.

La loi de 2002³⁶ valorise l'autonomie de la personne ; il en résulte que « *L'objectif de garantir la sécurité de l'usager entre parfois en contradiction avec l'objectif de promouvoir son autonomie* »³⁷. Ainsi, les professionnels sont confrontés aux limites des personnes accueillies, à leur souhait d'autonomie et au devoir d'assurer la sécurité des personnes.

Maintenir l'autonomie est un objectif pour toutes les personnes handicapées retraitées.

Mais l'accompagnement éducatif auprès d'adultes handicapés retraités doit tenir compte des phénomènes du vieillissement et ne solliciter la personne qu'à la hauteur de ses capacités et de son rythme.

a/ Une prise en charge multidimensionnelle.

Comme tout individu retraité, la qualité de vie des travailleurs handicapés après leur vie professionnelle dépendra en partie de la façon dont ils occuperont leur temps libre et de leurs relations sociales.

Les activités :

Il est nécessaire d'apprendre à chacun à occuper son temps libre et de lui offrir la possibilité de maintenir ou développer son réseau personnel. Les travailleurs de l'ESAT ont eu l'habitude de disposer d'une palette d'activités professionnelles ou de soutien (gymnastique, chorale, théâtre, sorties, séjours de vacances...) ; il sera nécessaire qu'ils puissent continuer à en bénéficier mais ils pourront également être accompagnés pour trouver des activités différentes ou pour intégrer des structures d'animation locales.

La stimulation physique :

Les animations prévues les après-midi ont pour objectif de stimuler et d'entretenir les capacités physiques des personnes et donc leur autonomie, tout en respectant leur fatigabilité. Les résidents sont « stimulés » à travers la participation au fleurissement, aux activités d'animation (marche, piscine, bricolage, sport adapté...), aux tâches ménagères (ménage, mettre et débarrasser la table)...

La recherche et le maintien de l'autonomie ne se situent plus dans une démarche d'apprentissage mais dans un entretien de la forme physique actuelle afin de retarder la dépendance.

³⁶ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

³⁷ Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux, juillet 2008, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, p 20. (téléchargeable sur www.anesm.sante.gouv.fr).

L'accompagnement social :

Les liens sociaux doivent perdurer au sein de la PUV (Petite Unité de Vie). En effet, l'absence de relations, l'absence de reconnaissance sociale, le sentiment d'être inutile sont des éléments déstructurants qui accélèrent le vieillissement.

Robert Castel a développé le concept de « désaffiliation », c'est-à-dire l'exclusion liée à la perte de l'activité professionnelle et du réseau relationnel (amical et familial). La perte d'une de ces deux valeurs fragilise la personne.

L'accompagnement social peut se retrouver à différents niveaux dans la petite unité de vie :

-En interne, par la possibilité de conserver son médecin personnel, d'être accompagné pour des rendez-vous médicaux, aux courses, chez le coiffeur..., par l'ouverture de la structure aux autres personnes handicapées de l'association autour des repas, de moments festifs, d'animations ou de séjours.

-En externe, par la possibilité de participer aux clubs, aux associations, aux animations de la commune (club du 3^{ème} âge, pétanque, jeux de cartes, thé dansant...).

L'implication, la contribution à la vie collective :

Les personnes handicapées âgées peuvent également rester actives socialement et participer à certaines activités autour des services généraux : restauration, lingerie, administration.

Pour la Fondation de France³⁸, « *les rôles peuvent être d'ordres divers :*

-plutôt globaux : représentant des pensionnaires au conseil d'administration,

-plutôt techniques : jardin, lingerie, cuisine, courses,

-plutôt affectifs : aider les autres, être l'intermédiaire. »

Cette participation ne doit pas être considérée comme du travail dissimulé mais contribue :

-à changer l'image inactive des personnes âgées,

-à favoriser les relations entre les générations,

-à l'épanouissement des personnes elles-mêmes qui se sentent utiles.

Cette implication à la vie associative doit être réfléchie et partagée avec les équipes afin de mesurer « la prise de risque » d'accueillir des personnes retraitées sur des sites d'activité.

³⁸ BASCOUL J-L, DOISNEAU O, EYNARD C, ROTHKEGEL P, WERLEN F, le CREA Ile de France, BARREYRE J-Y, *Les accompagner jusqu'au bout du chemin – l'accueil des personnes handicapées mentales vieillissantes*. Fondation de France, Rennes : ENSP, 2000, p 59.

b/ Les différents services possibles.

Différents services seront proposés au niveau de la PUV. Certains services sont les mêmes que ce que les personnes ont pu connaître avant leur retraite :

Les repas :

L'association est équipée d'une cuisine centrale, atelier d'ESAT, qui assure les repas des personnes handicapées et des salariés. Les repas du midi sont pris soit dans la salle à manger commune, soit sur les différents sites d'activité. Les repas du soir et du week end sont acheminés dans les différentes cuisines satellites des foyers d'hébergement par l'équipe cuisine via une liaison froide.

L'organisation actuelle de la cuisine permet de répondre quantitativement aux besoins des personnes de la petite unité de vie future. Il conviendra cependant d'être vigilant à l'équilibre nutritionnel, en effet, les besoins d'une personne de 85 ans sont différents de ceux d'un travailleur d'ESAT de 30 ans avec une activité physique importante (cas des travailleurs d'espaces verts). Les régimes spécifiques peuvent se multiplier en raison de troubles digestifs, de diabète apparaissant avec l'âge, de problèmes de mastication, de risque de « fausse route »... un travail devra être réalisé dans le cadre de la commission « menu » et en collaboration avec un diététicien spécialisé en gériatrie.

Les équipes seront sollicitées pour mener une réflexion sur l'organisation des repas, leur préparation, les lieux de restauration qui devront respecter le libre choix des retraités.

L'entretien du linge :

Aujourd'hui, le traitement du linge varie en fonction des hébergements : pour les foyers d'hébergement situés sur Ligueil, une lingerie centrale (atelier ESAT) assure le traitement et le portage du linge des résidents ; pour les foyers d'hébergement situés sur les communes voisines, le linge est traité dans les lieux d'hébergement équipés de machines à laver et sèche-linge.

Un travail de réflexion sera mené en équipes pluridisciplinaires, associant les monitrices de la lingerie, les auxiliaires de vie et les salariées de l'ADMR. L'objectif des échanges est d'évaluer le volume du linge à traiter, de choisir le ou les lieux de lavage qui puissent répondre aux besoins des personnes accueillies, de mettre en place une organisation qui permette, pour les retraités qui le souhaitent, d'entretenir leur linge.

14- Faut-il évoluer vers une médicalisation ?

D'après la Fondation de France³⁹ : « *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 chercher à développer l'axe de l'accompagnement de la vie quotidienne plutôt que de vouloir se comparer à une institution soignante* ».

La médicalisation de la petite unité de vie ne me semble pas souhaitable pour différentes raisons :

Tout d'abord, les personnes qui ont besoin de soins quotidiens jusqu'à la fin de leurs jours relèvent plus d'un EHPAD ou d'un FAM que d'une Petite Unité de Vie. En revanche une personne hébergée dans une Petite Unité de Vie peut avoir un besoin ponctuel de soins qui s'appuient sur les services médicaux locaux (médecin généraliste, SSIAD, infirmier libéral, Hospitalisation A Domicile).

Ensuite, une médicalisation de la Petite Unité de Vie pour personnes handicapées retraitées entrerait en concurrence avec l'EHPAD local et ne correspondrait pas aux recherches d'efficience actuelles.

A un autre niveau, une médicalisation de la PUV supprimerait, pour le résident, son droit de choisir son personnel soignant, propre à la vie à domicile.

Enfin, il ne me semble pas souhaitable de voir les soins rythmer le quotidien des personnes handicapées retraitées et ainsi d'assimiler la vieillesse à la maladie. Un lieu médicalisé a pour objectif principal le soin, ce n'est pas le cas pour une PUV. Plus les soins sont importants, plus on entre dans une logique de protection, c'est-à-dire que l'accueil est d'abord envisagé comme une substitution de la personne considérée comme incapable.

15- Faut-il évoluer vers une prise en charge des personnes très dépendantes ?

Comme nous l'avons vu page 5, b / « Dépendance et autonomie », les outils de mesure de la dépendance sont inadaptés aux personnes handicapées car ils ne mesurent pas la dépendance psychique. La prise en charge de la grande dépendance (GIR 1 et 2) interpelle à différents niveaux.

Au niveau réglementaire, la note d'information n°DGAS/2C/2008/103 du 26 mars 2008 (relative aux nouvelles modalités de médicalisation et de tarification des logements

³⁹ BASCOUL J-L, DOISNEAU O, EYNARD C, ROTHKEGEL P, WERLEN F, le CREAI Ile de France, BARREYRE J-Y, *Les accompagner jusqu'au bout du chemin – l'accueil des personnes handicapées mentales vieillissantes*. Fondation de France, Rennes : ENSP, 2000, p 134.

foyers ainsi qu'aux nouvelles règles applicables en matière de sécurité incendie dans ces structures) stipule que, si le logement foyer dépasse le seuil du GMP 300 et accueille plus de 10% de personnes classées en GIR 1 et 2, il est dans l'obligation de conventionner pour dispenser des soins (convention tripartite semblable aux EHPAD).

Au niveau éducatif, mobiliser les capacités de la personne, apprendre l'autonomie sont les fondements de l'accompagnement : il s'agit de « faire avec » et non de « faire à la place ». Néanmoins, quand la dépendance est trop importante, les professionnels peuvent manifester une lassitude et douter quant à leur rôle de maintien de l'autonomie. Le vieillissement des personnes handicapées remet en cause les pratiques professionnelles et le sens de la prise en charge.

Enfin, pour les personnes handicapées retraitées ou encore en activité, il ne faudrait pas que la PUV apparaisse comme un lieu de fin de vie qui générerait des angoisses, des résistances au changement, voire un refus de la personne plus ou moins exprimé.

Il faut au contraire que la Petite Unité de Vie soit perçue comme un lieu d'accueil pour personnes retraitées fatiguées de la vie en foyer d'hébergement collectif avec de jeunes résidents, en baisse d'autonomie, ou en demande d'un accueil plus sécurisant, en relais d'un accueil en EHPAD.

Les résidents devront être informés dès leur entrée dans la petite unité de vie qu'en cas de grande dépendance (GIR 1 ou 2), ils seront dirigés vers un EHPAD.

Ce positionnement doit cependant tolérer des situations particulières ponctuelles. Ainsi, une personne prise en charge par l'association peut arriver brutalement en fin de vie et être classée GIR 1 ou 2. Il me semble indécent de l'envoyer en EHPAD pour les derniers jours qui lui restent à vivre. L'association s'efforcera de l'accompagner jusqu'au terme de sa vie sur ce laps de temps court.

II- Principes de travail, fondements du projet.

En ma qualité de Directeur, je conçois un certain nombre de valeurs et de principes de travail qu'il me semble important de rappeler ici pour qu'ils soient mis en oeuvre dans le cadre de la petite unité de vie.

21- Considérer les résidents comme des adultes.

Il s'agit dans la prise en charge quotidienne d'éviter toute situation d'infantilisation dans la prise en charge, notamment à cause des effets du vieillissement. La personne handicapée retraitée est capable de décider, même si le vieillissement et le handicap peuvent diminuer la capacité à s'exprimer.

C'est une attitude qu'il faut également tenir avec l'environnement extérieur de la personne (famille, intervenants externes, commerçants).

22- Prendre en compte la personne dans toutes les étapes de son vieillissement.

S'occuper de personnes handicapées vieillissantes nécessite la prise en compte de leur rythme. Ce comportement suppose :

- une observation objective de l'évolution de la personne : rythme, fatigabilité, gestes,
- l'utilisation d'un outil objectif comme la grille AGGIR ou le MAP,
- de tenir compte des étapes du vieillissement spécifiques à chaque personne : observer, identifier, pour pouvoir adapter la prise en charge.

23- Maintenir les capacités et stimuler la personne sans aller jusqu'à l'acharnement.

Maintenir l'autonomie est un objectif pour toutes les personnes handicapées retraitées. Il est à atteindre dans la mesure des possibilités et des limites de chacun.

Le handicap, le vieillissement et leurs conséquences doivent guider l'action.

Cependant, l'absence de stimulation de certaines fonctions entraîne la perte de ces fonctions. Il convient donc d'identifier la limite entre la stimulation et acharnement, l'acharnement étant une violence et donc une maltraitance.

Pour ne pas mettre les professionnels en difficulté, il conviendra de s'appuyer sur les points de vue médicaux, paramédicaux et psychologiques, de les former et d'échanger sur les pratiques.

24- Proposer des animations, des activités, des occupations adaptées aux besoins des usagers.

Les activités d'animation peuvent être individuelles ou collectives. Elles visent, par le biais de l'activité, à mobiliser, intéresser, éveiller, apporter du plaisir et épanouir les personnes qui en bénéficient.

Les animations et les activités reposent sur quelques principes :

- profiter de la vie quotidienne pour animer (repas, habillage, courses...),
- développer des activités à partir des besoins et des demandes des personnes handicapées retraitées,
- prendre en compte le vieillissement et ses effets dans l'organisation de l'activité (durée, nature, déplacement, présence du groupe...)
- situer les animations dans une perspective de l'autonomie des personnes,
- chercher à produire les conditions d'une relation interpersonnelle ou d'un lien groupal,
- chercher à produire les conditions d'un bien-être plutôt que la finalité de la réalisation,
- accepter que la participation soit minimale.

25- Reconnaître le droit à l'inactivité, au repos, et à la contemplation.

Nous avons vu dans l'étude de la population certaines personnes qualifiées « d'inactives ». Vieillir, c'est également être dans une forme de retrait dû au ralentissement adaptatif, à la fatigabilité, mais aussi à une position plus existentielle engendrant une posture contemplative.

Les professionnels doivent reconnaître ce droit aux personnes handicapées retraitées et poser comme principe que :

- lors des activités, certains résidents puissent rester inactifs,
- les conditions d'un repos seront recherchées dès que la personne en aura besoin,
- un accompagnement à l'observation paisible de ce qui se passe autour de la personne sera privilégié.

26- Respecter les rythmes de chaque personne.

Vieillir, c'est une période de la vie où il est de plus en plus important, pour son bien-être, de pouvoir aller à son rythme. Or l'institutionnalisation contraint à des rythmes collectifs : le lever, la toilette, les repas, à des heures « fixées ».

C'est à l'institution de trouver un rythme de vie adapté à chacun et non l'inverse.

27- Travailler avec les familles.

Travailler avec les familles est à la fois une commande sociale (participation des familles dans les Conseils à la Vie Sociale), et une attente des personnes handicapées retraitées.

Il s'agit d'un sujet sensible et complexe de savoir quelle place laisser à la famille, quelle distance relationnelle construire, comment faire en sorte que la famille soit présente sans être trop impliquée dans la vie quotidienne, comment accompagner le résident dans le cas du décès d'un parent ?

Les axes d'action pour travailler avec celles-ci sont :

- associer les familles aux réflexions sur les prises en charge (lors de l'élaboration des projets personnalisés d'accompagnement ou sur des aspects importants de la vie des résidents (santé)),
- associer les proches à la vie de l'établissement (participation au Conseil à la Vie Sociale, aux manifestations...).

Il faut chercher à construire une distance relationnelle entre la famille et le résident pour permettre à celui-ci d'être autonome, mais il faut lui reconnaître le besoin de maintenir ou de renouer des liens familiaux.

28- Prévenir la maltraitance.

La maltraitance est un fait de société qui porte atteinte à la dignité d'une personne. C'est un sujet sensible et complexe : sensible car il était tabou et soumis à la loi du silence, complexe car lié à de multiples facteurs.

La maltraitance est une forme de violence qui présente **trois caractéristiques** :

- 1-elle concerne des personnes vulnérables au sens de la loi,
- 2-elle se manifeste dans des relations comportant des obligations d'attention et de protection,
- 3-elle s'inscrit dans la durée.

Les causes de la maltraitance sont à la fois dans les comportements individuels des professionnels et dans le fonctionnement institutionnel. La volonté de prévenir la maltraitance passe donc par la professionnalisation des pratiques de chaque professionnel et de l'institution.

Un professionnel peut devenir maltraitant car il manque de repères moraux et de références dans lesquels il exerce son activité : connaissance de la population, du handicap.

Une institution peut devenir maltraitante car elle manque de valeurs énoncées et appliquées, elle manque d'organisation et de communication.

Les évolutions récentes du cadre légal aident les institutions et les acteurs à s'engager dans la reconnaissance et la prévention de la maltraitance : circulaire n°2202-265 du 30 avril 2002 relative au renforcement des procédures de traitement des signalements de maltraitance et d'abus sexuels envers les enfants et les adultes vulnérables accueillis dans les structures sociales et médico-sociales ; lois 2002-2, 2005-102, recommandations de bonnes pratiques professionnelles : « la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » rédigées par l'ANESM.

La prévention de la maltraitance passera :

- par l'affirmation des valeurs associatives et la production de règles qui seront énoncées dans le livret d'accueil, le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement, le règlement intérieur,
- par la professionnalisation des salariés : formations, analyse des pratiques,
- par des organisations de travail et des protocoles concernant les admissions, les projets personnalisés, le traitement des incidents,
- par la personnalisation des accompagnements.

Toutes ces missions semblent pouvoir être remplies, dans le cadre d'un projet d'hébergement pour personnes handicapées retraitées, qu'il me semble intéressant d'étudier pour le bien-être des usagers de l'association Foyer de Cluny.

III- Conduite du changement.

La réussite du projet passe par différentes phases. En tant que Directeur, je dois identifier les étapes, les résistances au changement et y apporter une réponse par la mise en place et l'utilisation de différents outils : communication, implication et participation des équipes dans l'élaboration du projet, formation professionnelle, conception d'une organisation claire et fonctionnelle.

Le changement peut créer des zones d'incertitude, des stratégies personnelles, des résistances au changement, en raison des différents enjeux des acteurs qui peuvent être contraires aux intérêts de l'association et des personnes accueillies.

31- Identifier les résistances au changement.

Les résistances au changement peuvent être individuelles en lien avec :

- des habitudes de comportement,
- une incertitude, une peur de l'avenir,
- la perte d'avantages acquis,
- une représentation incomplète ou faussée de la représentation.

Il peut s'agir également de résistances organisationnelles liées à :

- la rigidité de la structure,
- une vision limitée par manque d'information,
- la mise en place de nouvelles relations de pouvoir,
- la redistribution des ressources en fonction de choix stratégiques.

En effet, ces personnes retraitées en interne sont déjà accompagnées depuis très longtemps par les salariés. Le projet retraité est une continuité dans la prise en charge actuelle mais en améliorant l'existant, et il peut donc être mobilisateur pour le personnel.

Pour lever les résistances au changement, j'envisage de communiquer, fédérer autour du projet, gérer le personnel et ses compétences.

32- La communication : outil stratégique pour accompagner le changement.

Communiquer en amont, pendant et après la réalisation du projet est un des moyens pour réussir le changement.

Selon Anne-Marie FRAY (intervenante CAFDES 2010), on peut considérer qu'il y a **trois étapes** de communication dans la conduite du changement :

« **1- Informer** : diffuser à chacun les messages clés. L'information formalisée doit donner les repères indispensables ;

2- Rassurer : réagir aux évènements aux rumeurs et à toutes les communications concurrentes ;

3- Mobiliser : créer des lieux d'échange qui permettront aux salariés de s'exprimer, de partager leurs préoccupations ou de poser leurs questions. »

La communication doit se faire à différents niveaux :

A l'extérieur :

Rencontrer, présenter le projet de petite unité de vie, aux **élus locaux** (conseillers municipaux, conseiller général), afin d'obtenir leur soutien, voire leur appui. Cette approche des élus locaux est primordiale pour que le projet soit validé localement et notamment lors du passage de la commission de sécurité pour que le bâtiment puisse ouvrir et accueillir des résidents. Un travail doit être mené auprès des services du Conseil Général, principal financeur, de l'ARS, pour connaître leur position par rapport au projet, les points de désaccord, les améliorations à apporter pour donner le plus de chances au projet d'aboutir.

Par exemple, la structure doit-elle s'inscrire dans les cadres juridiques existants (Petite Unité de Vie, Foyer-logement...) ou entrer dans la catégorie structure expérimentale ?

En parallèle, un travail sera mené avec la **Mutualité Sociale Agricole Berry – Touraine** pour savoir si l'association peut s'inscrire dans le réseau des MARPA, sous quelles conditions et avec quelles aides techniques et financières. Le 25 juin 2010, j'ai rencontré le Directeur Adjoint de la MSA, Jacques Biet, référent MARPA, à qui nous avons présenté notre projet et qui semble disposé à nous apporter l'aide, l'expérience et les relations des services de la MSA.

Des échanges pourront avoir lieu auprès du **réseau local** : les associations pour adultes handicapés (ADAPEI de Loches, APAJH de Bridoré), afin de recenser leurs besoins et de recueillir leur ressenti par rapport au projet.

Un gros travail de communication voire de partenariat sera à réaliser avec **l'EHPAD Balthazar Besnard de Ligueil** (établissement public de 147 lits). Le projet de petite unité de vie pour handicapés retraités ne doit pas être perçu comme concurrent à l'EHPAD local, mais plutôt comme une passerelle : les jeunes retraités actifs sont accueillis dans la petite unité de vie, puis avec l'âge, la dépendance, ils seront orientés vers l'EHPAD local. Un partenariat entre l'association et l'EHPAD pourrait être envisagé à différents niveaux : pour l'accueil des résidents, pour des animations communes, pour des formations communes du personnel de l'EHPAD au handicap ou du personnel de l'association à la gérontologie, des échanges sur les pratiques...

L'ADMR fera l'objet d'échanges privilégiés, en effet les aides à domicile interviennent déjà au sein de l'association, via l'APA individuelle, pour aider les personnes les plus dépendantes. Il me semble important de poursuivre ce partenariat et plus précisément d'associer les responsables de l'ADMR pour la réflexion sur l'organisation, le fonctionnement de la petite unité de vie et l'articulation du travail des salariés de l'ADMR et ceux de l'association. Comme avec l'EHPAD, des collaborations lors de formations communes permettraient de lier les différents intervenants auprès des résidents de la PUV.

A l'intérieur de l'association :

Un travail d'information, de présentation de la démarche et de recueil d'avis et des impressions devra être mené auprès des **Instances Représentatives du Personnel** : Comité d'Entreprise, Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail. Une présentation en amont du projet à **l'ensemble des salariés** devrait permettre une mobilisation des personnes les plus motivées lors des groupes de travail.

Une attention particulière sera apportée à la communication envers **les usagers et les familles**, pour les rassurer sur leur devenir et la recherche d'une nouvelle solution d'accueil au sein de l'association pour les personnes proches de la retraite et qui ne souhaitent pas quitter la structure à 60 ans. Une information sera donnée à la réunion générale annuelle des ressortissants de l'association. Cette rencontre est un moment important d'échange et de partage sur la place de l'organisation de la structure, sur les évolutions nécessaires fondées sur des valeurs associatives partagées.

Deux **Conseils à la Vie Sociale** existent au sein de l'association : un pour l'ESAT, l'autre pour l'hébergement, le Foyer Occupationnel et le service d'animation de jour pour les retraités. Ces instances se réunissent 3 fois par an. Je proposerai que la fréquence des réunions soit doublée (avec des réunions communes aux deux CVS) pendant le temps nécessaire à la mise en œuvre du projet. Je souhaite notamment que les familles réfléchissent aux éléments qui pourraient favoriser les visites aux personnes handicapées et que l'on puisse intégrer le fruit de leur réflexion dans l'organisation et le fonctionnement de la petite unité de vie.

33- Fédérer autour du projet.

Améliorer la qualité du service rendu aux personnes retraitées nécessite l'implication de tous les salariés dans cette démarche.

J'envisage de fédérer les acteurs à différents niveaux :

Un comité de pilotage sera mis en place, il associera la direction, les chefs de services de tous les établissements de l'association. Ce comité sera chargé de la réflexion sur les orientations du projet, les valeurs partagées pour instaurer une prestation de qualité.

Les questions traitées feront l'objet d'un positionnement des administrateurs lors des réunions de Conseil d'Administration. J'envisage de demander au Conseil d'Administration de déléguer un représentant de notre association comme interlocuteur privilégié du comité de pilotage. L'un d'eux est présent également au conseil d'administration de l'EHPAD et à celui de l'ADMR. Cette personne peut jouer un rôle de facilitateur entre les différentes structures.

Le comité de pilotage réunira ponctuellement des interlocuteurs de la DVSS, de l'ARS, de la MSA, de l'ADMR, du SSIAD, de l'EHPAD, des CVS, et de toute autre personne qualifiée. L'idée est d'associer les acteurs et experts le plus en amont possible.

Un groupe de travail composé de salariés sera constitué. Il comportera des salariés du service d'animation des retraités, de l'hébergement, de l'ESAT, de membres du comité de pilotage. Les participants au groupe de travail se retrouveront en fonction de la thématique de la réunion (possibilité d'associer ponctuellement la psychologue).

Ce groupe sera chargé de travailler sur le projet d'établissement de la Petite Unité de Vie avec un rôle stratégique puisqu'il s'appuiera sur l'expérience actuelle, les points forts et les points faibles de l'organisation actuelle, pour imaginer un fonctionnement idéal.

Il me semble également important de mobiliser le personnel sur le sens et les valeurs professionnelles, sur les objectifs du projet, sur les compétences individuelles et collectives. Quelques thématiques me semblent intéressantes à aborder :

- l'accompagnement pour assurer la continuité du mode de vie dans le nouveau domicile,

- le respect de l'identité de la personne retraitée, de son histoire, de son vécu institutionnel,

- le maintien de l'autonomie par la stimulation et la participation aux activités quotidiennes,

- la place de chacun au sein du groupe de résidents, le sentiment d'appartenance,

- la dépendance, l'accompagnement de fin de vie,

- l'évaluation interne du service.

Le travail réalisé par le groupe doit permettre d'éclairer le changement par la recherche d'une interprétation commune et d'une vision partagée pour légitimer la volonté d'agir sur l'organisation. Cette appropriation du projet par les équipes doit engendrer une projection collective pour lever les résistances au changement.

34- Gérer le personnel et ses compétences.

a/ Estimation des besoins en personnel

L'estimation des besoins en personnel est basée sur un redéploiement des postes existants pour l'animation de jour (soit 4,35 ETP) vers, d'une part, le projet de Petite Unité de Vie pour les plus dépendants (la Petite Unité de Vie offrirait hébergement et animation) et, d'autre part, le maintien d'un service d'animation semaine pour les plus autonomes (animation les après-midi).

L'estimation suivante est une estimation mathématique, les emplois du temps seront travaillés avec le chef de service.

Encadrement :

Aujourd'hui, le service de maintien à domicile, d'accompagnement et de suite pour adultes handicapés ayant atteint l'âge de la retraite compte 0,3 ETP d'encadrement.

Pour la nouvelle organisation, je n'envisage pas de demander de moyens humains supplémentaires mais une affectation du 0,3 ETP d'encadrement en 0,1 ETP pour le service d'animation semaine et 0,2 ETP pour la PUV.

Administration :

Aujourd'hui, le service de maintien à domicile, d'accompagnement et de suite pour adultes handicapés ayant atteint l'âge de la retraite ne compte pas de personnel administratif.

Pour la nouvelle organisation, je prévois de demander 0,5 ETP de personnel administratif pour assurer la facturation et le suivi des dossiers individuels. Les 0,5 ETP seraient répartis en 0,2 ETP pour le service d'animation semaine et 0,3 ETP pour la PUV.

Services généraux :

Aujourd'hui, le service de maintien à domicile, d'accompagnement et de suite pour adultes handicapés ayant atteint l'âge de la retraite ne compte pas de personnel de services généraux : l'entretien des bâtiments, la maintenance... sont limités puisque le service dispose de peu de moyens matériels et qu'il vit sur la mutualisation des moyens des autres établissements.

Pour la nouvelle organisation, j'envisage de demander 0,2 ETP de personnel de services généraux pour la PUV.

Service éducatif :

Aujourd'hui, le service de maintien à domicile, d'accompagnement et de suite pour adultes handicapés ayant atteint l'âge de la retraite compte 3,8 ETP de personnel éducatif.

Evaluation des besoins éducatifs :

pour l'animation semaine :

Contrairement à l'organisation actuelle du service qui couvre toute la journée, je projette une animation sur les après-midi.

Durée d'animation : 4 heures X 5 jours X 52 semaines = 1040 heures / an.

L'animation des après-midi serait réalisée par 1 animatrice accompagnée d'une assistante de vie. La durée de travail annuelle pour une personne est de 1607 heures.

Soit un besoin en personnel de : 1040 heures / 1607 heures = 0,65 ETP

Soit un besoin total de 1,3 ETP (0,65 ETP d'animatrice de jour et 0,65 ETP d'assistante de vie).

pour la PUV :

Nuit :

Pour les nuits, je souhaite la présence d'une personne éveillée qui puisse intervenir en cas de besoin d'un des résidents.

Temps de présence d'un surveillant de nuit : 9 heures/nuit.

Estimation des besoins pour une année : 9 heures X 365 jours = 3285 heures

Soit un besoin en personnel de nuit de 3285 heures / 1607 heures = 2,1 ETP

Journée :

La prise en charge des personnes handicapées retraitées de la PUV sera assurée dans la journée par une assistante de vie soit 15 heures/jour (24 heures - 9 heures de nuit = 15 heures).

Estimation des besoins pour une année : 15 heures X 365 jours = 5475 heures

Soit un besoin de 5475 heures / 1607 heures = 3,4 ETP d'assistantes de vie.

Durée d'animation : 4 heures X 5 jours X 52 semaines = 1040 heures / an.

L'animation des après-midi au sein de la PUV serait réalisée par 1 animatrice (4 heures / jour).

Estimation des besoins pour une année : 4 heures X 365 jours = 1460 heures

Soit un besoin en personnel de : 1460 heures / 1607 heures = 0,9 ETP d'animatrice.

Besoin total : 2,1 + 3,4 + 0,9 = 6,4 ETP.

-Service paramédical et médical :

Aujourd'hui, le service de maintien à domicile, d'accompagnement et de suite pour adultes handicapés ayant atteint l'âge de la retraite compte 0,25 ETP de personnel paramédical et médical (psychologue et infirmière). Pour la nouvelle organisation, je propose de demander 0,2 ETP pour l'animation jour et 0,2 ETP pour la PUV. Ces moyens sont faibles mais ils montrent la volonté de s'appuyer sur les professionnels de santé locaux et de ne pas devenir une institution soignante.

Tableau n°7 : Estimation des besoins en personnel.

	Projet		
	Service d'animation actuel	Service d'animation semaine	Petite Unité de Vie
Encadrement	0,3 ETP	0,1 ETP	0,2 ETP
Administration	-	0,2 ETP	0,3 ETP
Services généraux	-	-	0,5 ETP
Service éducatif	3,8 ETP	1,3 ETP	6,4 ETP
Service paramédical médical	0,25 ETP	0,2 ETP	0,2 ETP
Effectif total	4,35 ETP	1,8 ETP	7,6 ETP

Le projet de création d'une Petite Unité de Vie nécessitera donc un redéploiement des 4,35 ETP actuels en 1,8 + 7,6 = 9,4 ETP. Le projet nécessitera également un recrutement de personnel.

b/ Le recrutement du personnel intervenant dans la Petite Unité de Vie.

Je souhaite proposer les postes créés au niveau de la petite unité de vie en priorité aux salariés de l'association. Les **entretiens individuels annuels** permettront de détecter les personnes souhaitant changer d'activité, de mesurer la motivation, de vérifier l'adéquation des compétences au poste afin de définir les formations à mettre en œuvre.

Je privilégierai les salariés les plus consciencieux en termes relationnel, observation, car en effet, au handicap s'ajoute la dépendance et donc une plus grande vulnérabilité des personnes. Je choisirai également les salariés qui ont des capacités de travail en équipe avec des personnes de l'extérieur et avec une vision positive de l'association.

Les candidatures internes sont des personnes connues par les retraités, une histoire commune peut exister, ce qui peut générer un sentiment de sécurité.

Afin de prévenir l'usure professionnelle, je pense proposer des postes répartis sur plusieurs établissements ; par exemple foyer d'hébergement/Petite Unité de Vie ou Foyer Occupationnel/Petite Unité de Vie. Les salariés de l'association ont un contrat associatif et peuvent ainsi être amenés à travailler dans tous les établissements de la structure.

Enfin, j'envisage de recruter, en complément de ces candidatures internes, du personnel extérieur à l'association que je choisirai parmi les candidatures locales formées aux métiers du social avec si possible une expérience soit auprès des personnes handicapées, soit auprès des personnes âgées.

L'aspect de la formation est capital. En effet, plus un personnel est formé, plus il se situe sur le versant de l'éducatif. Moins il l'est, plus il se situe sur le plan de l'affectif.

c/ La formation des professionnels.

La formation professionnelle présente 3 finalités :

- Consolider l'existant,
- Accompagner les mouvements individuels,
- Préparer l'avenir

L'élaboration du plan de formation doit faire correspondre les compétences des salariés aux besoins de la structure.

Pour répondre aux besoins des résidents de la petite unité de vie, il me semble intéressant d'utiliser deux chemins de la formation :

-formation diplômante d'auxiliaire de vie sociale ou d'animatrice pour les salariés volontaires (soit par une Validation des Acquis d'Expérience, soit auprès d'un organisme de formation),

-actions de formations techniques et thématiques en interne en lien avec les besoins ressentis sur le terrain. Ce sont par exemple des formations sur :

La manutention des personnes à mobilité réduite (gestes et postures),
L'équilibre alimentaire,
La prévention de la maltraitance,
La reconnaissance de la douleur,
L'accompagnement de fin de vie,
L'analyse des pratiques,
La notion de secret partagé,
La formation aux premiers secours...

Ces besoins ont été recensés suite aux bilans des entretiens annuels d'évaluation réalisés par les chefs de services hébergement et animation de jour pour personnes handicapées retraitées.

Dans un souci d'ouverture et de fonctionnement en réseau, je pense proposer à l'ADMR et à l'EHPAD des actions de formations communes et ce, notamment pour échanger sur les pratiques professionnelles.

Pour que le projet de petite unité de vie réussisse, je donnerai priorité, dans le plan de formation, aux salariés intervenants dans la petite unité de vie.

35- L'évaluation.

Je propose de mener deux évaluations différentes :

- une au cours du montage et de la réalisation du projet,
- une autre plus réglementaire à partir de l'ouverture de la structure.

a/ L'évaluation du projet.

Celle-ci sera menée au cours de la mise en place de la Petite Unité de Vie. Si cette évaluation n'a rien d'obligatoire, elle permet de mesurer, au cours de la réalisation, les décalages avec le projet initial et ainsi d'amener d'éventuelles corrections. Ce bilan donnera lieu à la production d'écrits formels partagés avec les partenaires et travaillés par les comités de pilotage et de suivi.

b/ L'évaluation réglementaire.

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, loi rénovant l'action sociale et médico-sociale, aborde dans l'article 22 la notion d'évaluation. Cette notion est traduite dans l'article L312-8 du CASF : « *les établissements et services (...) procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles (...)* ».

L'évaluation consiste à faire un état des lieux des pratiques, des moyens et de l'organisation de l'établissement et de les comparer avec les missions et la politique de l'association. Cette évaluation est donc centrée sur le public bénéficiaire des prestations.

En effet, même si les personnes handicapées s'expriment à travers leur Projets Personnalisés d'Accompagnement, il peut leur paraître difficile d'agir sur l'organisation et, ne pouvant la faire évoluer, la subir ou se résigner. L'évaluation sert de garant de la qualité de la prise en charge des usagers.

Les résultats de l'évaluation interne sont communiqués tous les 5 ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Une évaluation externe (par un organisme habilité par le Ministre chargé de l'action sociale) est réalisée au cours des 7 années suivant l'autorisation ou son renouvellement et au moins 2 ans avant le renouvellement de l'autorisation. 2 contrôles externes devront donc être réalisés entre la date de la demande d'autorisation et le renouvellement de celle-ci.

L'ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux) publie des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (disponibles sur www.anesm.sante.gouv.fr) et notamment sur l'évaluation interne dans les établissements et services visés par l'article L.312-1 du CASF.

L'évaluation implique un choix de direction, celui de la réflexion collective et de l'analyse des pratiques.

L'association s'est engagée dans la démarche d'évaluation interne depuis mars 2010. L'accompagnement réalisé par l'URIOPSS Centre est composé d'une démarche en 3 temps :

- 1/ élaboration d'un référentiel de bonnes pratiques (point virtuel de qualité maximale) qui pose des repères servant de base pour la comparaison,
- 2/ auto-évaluation de l'écart existant entre la situation actuelle et la situation visée (1^{ère} évaluation interne sur la base du référentiel institutionnel),
- 3/ définition pour chaque établissement et service, de son plan d'amélioration continue de la qualité et préparation de l'évaluation externe.

L'objectif est d'amener tout le personnel à réfléchir sur la qualité de la prise en charge des personnes accueillies. L'évaluation n'est pas une méthode de résolution des problèmes internes, mais une interrogation sur le sens que doivent prendre les modalités d'accompagnement.

Un comité de pilotage constitué de la direction, des chefs de services, du cadre administratif et de la psychologue a préparé la réflexion avec les thématiques à aborder avec les équipes. La démarche retenue est une démarche collective qui nécessite

l'adhésion de chaque professionnel. La démarche d'évaluation doit durer 1 an. L'évaluation interne terminée en 2011 permettra la révision des projets d'établissements sur 2012.

Elle doit suivre le planning suivant :

Référentiel rédigé pour septembre 2010,
Guide d'auto-évaluation octobre 2010,
Auto-évaluation novembre - décembre 2010,
Rédaction du rapport janvier - février 2011.

Pour la PUV, l'ensemble des critères sera repris, avec une attention particulière sur les droits des usagers, la promotion de la bienveillance, la qualité de vie et l'accompagnement des personnes.

IV- Choix stratégiques, améliorations attendues.

41- La population concernée et les trajectoires proposées.

Les personnes concernées par le projet seront en situation de handicap mental, hommes ou femmes, ayant 60 ans ou plus, en cessation totale ou partielle d'activité et ayant obtenu une reconnaissance de personne handicapée par la CDAPH.

La population accueillie aura principalement un passé au sein de l'association Foyer de Cluny, cependant une ouverture à d'autres personnes handicapées est envisageable.

La petite unité de vie créée n'aura pas pour vocation d'accueillir des personnes n'étant pas reconnues handicapées ou devenues handicapées après 60 ans.

Le projet de Petite Unité de Vie permet d'élargir la palette d'offre aux personnes handicapées retraitées de l'ESAT.

Les schémas suivants présentent les différentes trajectoires possibles choisies par les adultes handicapés de l'association et les réponses aux souhaits d'animation de chacun.

Pour faciliter la lecture, j'ai adopté la symbolique suivante :

En trait plein : l'existant,

En pointillés : le projet de PUV.

L'existant

Le projet de PUV

Les flèches indiquent les différents choix réalisables par les personnes handicapées retraitées.

Schéma n°1 : Trajectoire possible au niveau de l'hébergement :

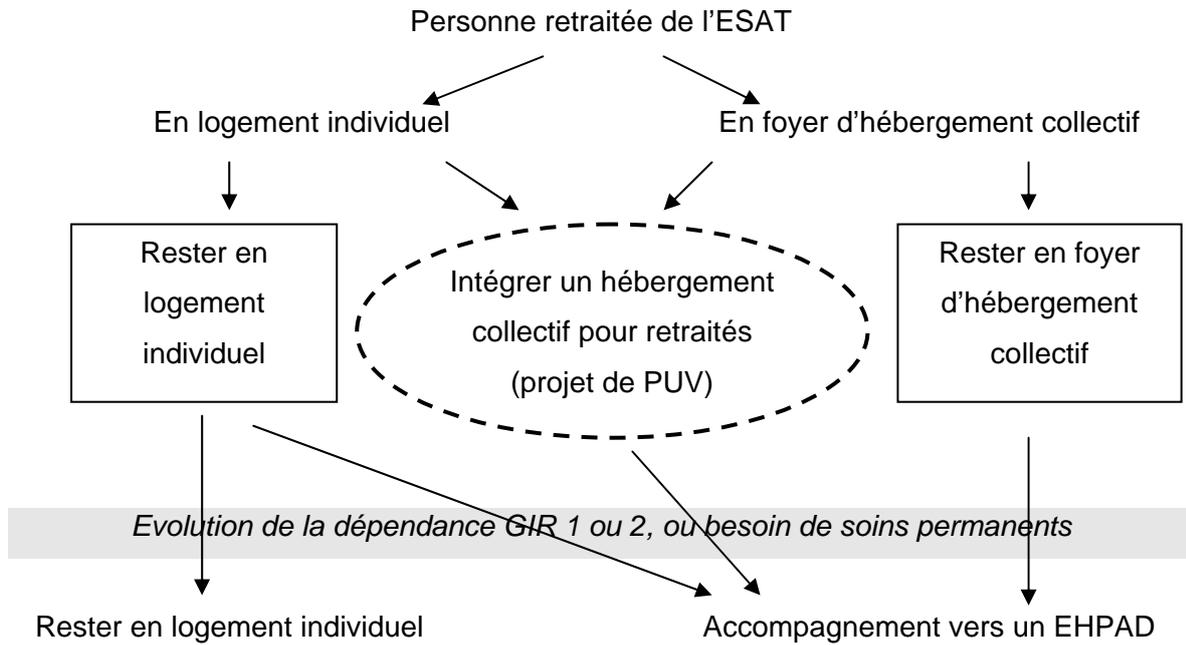
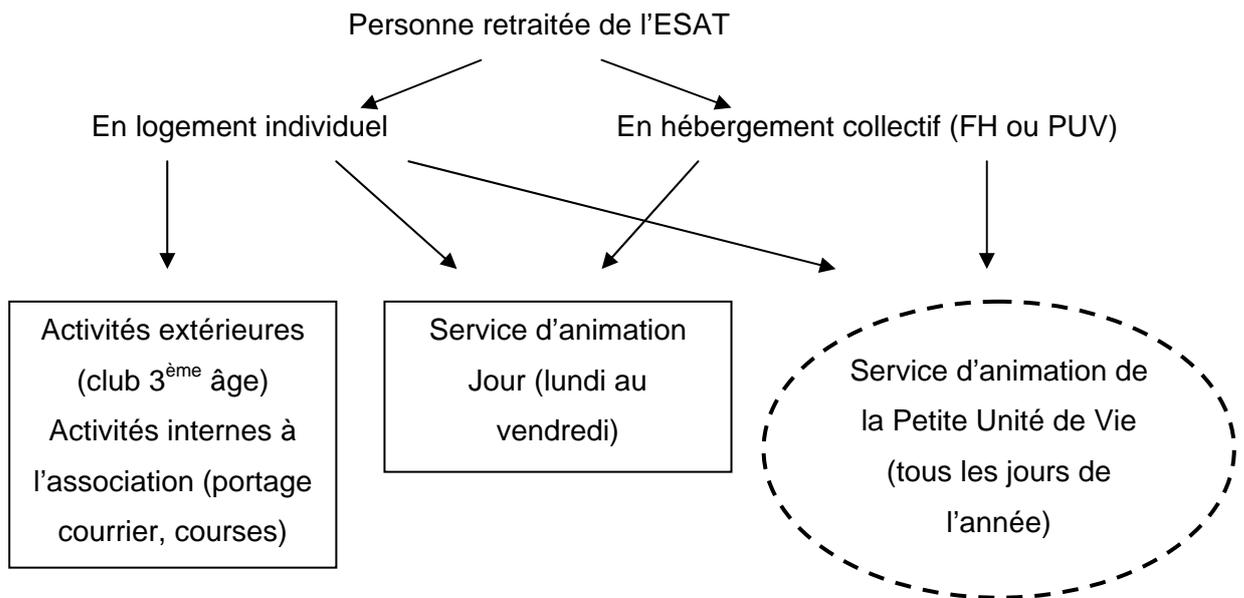


Schéma n°2 : Trajectoire possible au niveau de l'animation :



42- Estimation de la capacité d'accueil.

L'estimation de la capacité d'accueil est basée sur les effectifs prévisionnels des 5 prochaines années. J'ai choisi d'estimer le besoin de places à partir du type de logement actuel. En effet, une personne en logement collectif avec encadrement n'évoluera pas après 60 ans en logement individuel. En revanche, une personne en logement individuel pourrait demander à intégrer la Petite Unité de Vie.

Tableau n°8 : Estimation de la capacité d'accueil.

	Logement individuel	Foyer collectif	Effectif total prévisionnel	Evolution du nombre de places	
				Animation de jour	Projet de Petite Unité de Vie
31/12/2009	10	9	19	19	
31/12/2010	12	11	23	19	
31/12/2011	14	12	26	19	
31/12/2012	17	13	30	15 (1)	12 (1)
31/12/2013	20	15	35	15 (2)	12 (2)
31/12/2014	21	19	40	15 (2)	12 (2)
31/12/2015	25	22	47	20 (3)	24 (3)

(1) : la création de la petite unité de vie pour 12 personnes dépendantes entraînera une diminution du nombre de personnes à accompagner dans la journée et donc un redéploiement des 19 places de l'animation de jour actuelle. Les 12 personnes dépendantes sont comptabilisées dans l'animation de la petite unité de vie.

(2) : les effectifs pourront être augmentés (maximum de 30% de la capacité) sans avoir à passer en commission d'appel à projet.

(3) : en fonction de l'évolution des effectifs de la population, il pourra être déposé un nouveau projet d'extension de la capacité d'accueil de la PUV et de l'animation de jour.

43- Un bâtiment dédié au service.

L'aspect architectural est un support du projet, il permet de concrétiser le service retraité, même si le projet ne peut se limiter à la construction du bâtiment.

Pour conserver l'esprit « familial », il semble opportun de créer une petite unité de vie d'une capacité maximale de 12 places. Il faudra prévoir la création d'une seconde partie, à proximité de la première, les 2 parties pourront être reliées par un sas, afin d'optimiser la gestion du personnel (possibilité d'un seul veilleur de nuit).

Je propose la mise en place d'une commission chargée de réfléchir aux nouveaux besoins architecturaux. Je souhaite : des chambres plus vastes mais aussi des petits studios, des espaces communs de taille réduite pour recevoir des personnes extérieures, la famille, avoir des espaces plus intimes.

Le projet de construction d'un bâtiment pour personnes âgées retraitées suivra les règles des Etablissements Recevant du Public. « *Selon l'article R.123-2 du Code de la Construction et de l'Habitation (CCH), délibéré en Conseil d'Etat, constituent des établissements recevant du public (ERP) tous bâtiments, locaux et enceintes dans lesquels les personnes sont admises, soit librement, soit moyennant une rétribution ou une participation quelconque (...).* »⁴⁰

Les ERP sont classés :

-par type, en fonction de la nature de leur activité : dans notre cas, il s'agit du **type J** : structure d'accueil pour personnes âgées et personnes handicapées (personnes avec une faible autonomie de défense face à un danger imminent),

-par catégorie en fonction de l'effectif admissible du public et du personnel. Le 2^{ème} groupe comprend les ERP de 5^{ème} catégorie (établissements de plus petite taille).

Seule la commission de sécurité peut procéder au classement d'un ERP. Elle est créée par le Préfet et composée du Maire, du commandant de la brigade de gendarmerie, d'un sapeur-pompier, d'un agent de la DDE et de toute personne qualifiée.

La commission de sécurité contrôle l'ensemble des projets de travaux relatifs aux établissements recevant du public. Elle émet un avis sur le projet de travaux qui permet ensuite à l'autorité de police (le Maire) de délivrer l'autorisation d'exploitation en exigeant éventuellement la réalisation des prescriptions émises par la commission.

44- Organisation des professionnels.

a/ Organisation actuelle

Actuellement, l'accompagnement des personnes handicapées retraitées est réalisé sur différents sites : le matin sur 3 foyers d'hébergement, l'après-midi au niveau d'une salle d'activité. La journée est rythmée de la façon suivante :

Le matin :

3 salariées de l'ADMR interviennent sur 3 foyers d'hébergement qui accueillent des retraités dépendants. Elles sont relayées par 3 assistantes de vie du service d'animation jusqu'à la fin de matinée, où les personnes quittent les foyers d'hébergement pour se diriger vers la salle à manger commune située au siège de l'association.

⁴⁰ JACQUET M., COCO C., GOSSELIN C., ouvrage d'origine mars 1997, « La notion d'établissement recevant du public » in La sécurité pour les établissements recevant du public, éditions Dalian. Chapitre 5.2, p1.

L'après-midi :

2 animatrices et une assistante de vie du service animation prennent en charge les personnes. L'après-midi démarre par un temps de pause (sieste), puis les personnes choisissent différentes animations pouvant se dérouler dans la salle d'activité spécifique aux retraités ou dans d'autres lieux en fonction des besoins (par exemple : atelier cuisine sur un foyer d'hébergement).

La soirée et la nuit :

Les personnes retraitées dépendantes sont prises en charge sur 3 foyers d'hébergement. Les monitrices assurent la distribution des médicaments, le suivi du repas et le coucher des résidents (personnes retraitées ou non). Les monitrices de nuit ne reçoivent pas d'aide des ADMR pour le coucher des plus dépendants.

Ce fonctionnement se déroule du lundi au vendredi. Les week-end, l'ensemble de la prise en charge (repas de midi et animations des après-midi) se déroule au niveau des foyers d'hébergement et est réalisée par les monitrices des foyers d'hébergement.

b/ Des pistes d'amélioration.

Il ressort du fonctionnement actuel la nécessité d'améliorer la prise en charge des personnes handicapées retraitées, entre salariés et prestataires extérieurs:

Le **travail d'équipe** est primordial pour réaliser un accompagnement de qualité auprès des personnes retraitées. Il convient d'organiser un accompagnement individualisé, et que les différents salariés internes ou prestataires qui interviennent soient au service des résidents. Je serai vigilant à ce que l'organisation du travail des équipes au sein de la petite unité de vie évite le risque de maltraitance pour les résidents.

La **notion de secret partagé** me semble importante à développer entre les différents intervenants ; il est indispensable que la vie des résidents soit préservée et qu'aucun ne souffre d'un étalage public des problèmes personnels.

Les valeurs sur lesquelles je fonde les interventions des professionnels sont :

- le respect mutuel,**
- une solidarité entre salariés et prestataires,**
- une organisation communicante.**

Les salariés de l'association seront au contact d'intervenants extérieurs (ADMR, infirmiers, médecins...), je porterai une attention particulière à la coordination entre ces partenaires dont l'objectif principal est la prise en charge globale et individualisée des personnes accueillies.

Certains **outils** existent déjà et ont fait leur preuve pour assurer la transmission des informations ou des évènements :

-un cahier de transmission, visé quotidiennement par le responsable, indique les évènements qui se déroulent au sein du foyer d'hébergement,

-des temps de liaison jour/nuit permettent de transmettre les informations concernant le suivi individuel de chaque usager,

-des réunions mensuelles d'équipe,

Je pense fiabiliser cette organisation par une plus grande formalisation :

-instaurer des réunions en équipes pluridisciplinaires avec des synthèses écrites,

-établir des conventions avec les prestataires extérieurs, définissant les responsabilités de chacun,

-mettre en œuvre des procédures contre la maltraitance avec un appui du comité de bienveillance déjà en place dans l'association.

Les besoins d'amélioration doivent également s'inscrire dans une réflexion globale de la **prise en charge des personnes handicapées retraitées**. Nous pouvons citer quelques exemples :

-éviter les déplacements pour les déjeuners,

-améliorer l'organisation des animations des week-end (durant lesquels se déroulent des manifestations),

-insister sur la vocation « accompagnement et suite » du service pour renforcer l'autonomisation des personnes handicapées retraitées en logement individuel et l'ouverture vers l'extérieur.

45- Laisser la personne choisir son mode de vie.

Un travail préparatoire doit être réalisé en amont de la prise de la retraite, lorsque la personne est encore en activité. Ce travail doit être mené à plusieurs niveaux :

→ **Un recueil des souhaits de la personne :**

- rester au sein de l'association ou non,

- envisager un autre projet,

- connaître ses repères, ses angoisses, ses craintes de l'avenir,

- répondre à ses désirs en termes d'activité, d'hébergement.

Ce qui implique la nécessité d'informer, d'expliquer ce que l'association peut lui proposer, lui apporter, mettre en œuvre pour répondre à ses attentes.

Dans le cas où la personne souhaite rester au sein de l'association ou est indécise, il me semble réalisable de proposer une intégration progressive à travers la participation aux animations, la prise de repas sur site, un hébergement temporaire...

De plus en plus, les travailleurs de l'ESAT vieillissants émettent le souhait dans leur PPA de diminuer leur rythme de travail en raison d'une plus grande fatigabilité. Il me semble que proposer d'aller passer quelques heures au sein de la PUV permettrait un transfert progressif vers un arrêt total de l'activité professionnelle.

Une intégration adaptée, une installation dans la sérénité sont des facteurs clés pour réussir le passage d'une vie professionnelle active à une vie retraitée épanouie.

L'absence de parole, d'expression, de projet, et de reconnaissance sociale constituent des éléments d'enfermement, destructeurs pour la personne.

→ **Un accompagnement psychologique :**

La « valeur travail » est importante chez la personne handicapée : c'est une source de reconnaissance sociale, de ressources financières, elle génère des habitudes de vie et de repères sociaux et spatiaux.

Le passage à la retraite doit être soutenu et accompagné afin qu'il ne soit qu'une étape et non une rupture douloureuse. Un travail peut être réalisé avec la psychologue pour :

- permettre aux travailleurs de l'ESAT d'aborder la retraite avec plus de sérénité,
- permettre d'aborder favorablement la vie de retraité et de s'y préparer tant sur le plan psychologique que personnel et social,
- apporter aux participants des éléments de réflexion sur la gestion du temps libre.

Ces échanges avec la psychologue doivent faciliter la prise de conscience de la situation en abordant positivement la rupture avec le travail et en identifiant les changements liés à la retraite (statut, relations, rythme, activités).

→ **Une réflexion des professionnels :**

Un travail préparatoire doit être réalisé en équipe pluridisciplinaire : Directeur, chefs des services hébergement - ESAT - retraités, psychologue, monitrices et moniteurs référents pour étudier les aptitudes de la personne à intégrer la petite unité de vie.

L'équipe de professionnels doit s'interroger quant au libre choix de la personne : la personne est-elle en mesure de choisir ? Puis après une éventuelle intégration au sein de la PUV, sera-t-elle en mesure de contractualiser avec les services extérieurs proposés ?

L'accompagnement proposé au sein de la PUV implique également un rapport d'égalité entre les parties : on « fait avec » le résident et non à sa place, on aide le résident à accomplir sa vie et à garder le plus longtemps possible son identité psychique et sa dimension de personne reconnue.

Des évaluations régulières à l'aide des grilles MAP et AGGIR permettront de percevoir les évolutions des personnes et ainsi de mesurer les besoins d'accompagnement, de mise sous protection juridique.

La PUV a pour objectif de favoriser la vie des personnes handicapées et de prévenir leur déclin. Une bonne organisation et un fonctionnement harmonieux nécessitent une prise en charge multidimensionnelle respectueuse du rythme de vie des personnes.

V- Le projet en chiffres.

Le projet de Petite Unité de Vie entraîne des modifications de l'organisation actuelle du service pour les retraités. Il me semble important d'aborder les deux modes de prise en charge des personnes handicapées retraitées.

51- Les modifications envisagées.

a/ L'animation semaine.

Le service animation actuel compte 19 places. Il prend en charge les personnes dépendantes les matins et après-midi et il offre des animations aux personnes autonomes les après-midi.

Avec la création de la petite unité de vie, j'envisage de diminuer sa capacité d'accueil à 15 places (au 31/12/2012, 17 personnes en logement individuels) et de limiter son ouverture les après-midi du lundi au vendredi. Je souhaite que cette animation développe les accompagnements individuels pour que les personnes les plus autonomes tissent des liens avec la société. Cette démarche d'accompagnement serait un moyen d'évaluer le besoin de création d'un SAVS. De plus, la prise en charge individuelle permettrait d'évaluer l'évolution de l'autonomie des personnes, et de repérer celles qui sont incapables de vivre seules et qui auraient besoin d'une place dans la PUV.

b/ La Petite Unité de Vie

Cette Petite Unité de Vie serait un lieu d'hébergement et d'animation ouvert toute l'année. Elle prendrait en charge nuit et jour les personnes handicapées retraitées les plus dépendantes et aurait une capacité d'accueil de 12 places (au 31/12/2012, 12 personnes sont en foyers d'hébergement collectifs).

La prise en charge pourrait être organisée de la façon suivante :

-les nuits seraient assurées par un surveillant (nuits éveillées) avec rondes régulières.

-les matinées seraient réalisées par une auxiliaire de vie sociale avec le renfort de salariés de l'ADMR pour les personnes bénéficiant de l'APA.

-les après-midi seraient gérés par une animatrice et une auxiliaire de vie sociale, cette dernière réalisant la soirée avec l'ADMR pour coucher les personnes bénéficiant de l'APA.

Le tableau suivant présente les principales caractéristiques du projet.

Tableau n°9 : Présentation synthétique du projet.

	Projet		
	Service d'animation actuel	Service d'animation semaine	Petite Unité de Vie
Capacité	19 places	15 places	12 places
Jours d'ouverture	Lundi au vendredi	Du lundi au vendredi	365 jours par an
Durée quotidienne	7 heures 30	4 heures les après midis	24 heures
Nombre de journées par an	260 jours	260 jours	365 jours
Activité totale théorique	260 j X 19 p = 4940 journées/an	260 jours X 15 p = 3900 journées / an	365 X 12 places= 4380 journées/an
Activité totale	4940 j X 7,5 H = 37050 heures/an	3900 j X 4 H = 15 600 heures/an	4380 j X 24 H = 105120 heures/an
Type de personnel	Animatrice, assistante de vie	Animatrice, assistante de vie	Animatrice, assistante de vie, surveillant de nuit
Ratio d'encadrement	4,35/19 = 0,23 ETP / place	1,8 / 15 = 0,12 ETP / place	7,6 / 12 = 0,63 ETP / place

52- Approche du prix de journée.

a/ Prix de journée de la Petite Unité de Vie.

S'il est délicat d'établir un budget prévisionnel au stade actuel du projet, il est indispensable de savoir ce que coûterait un tel projet en termes d'investissement et d'exploitation.

Les calculs suivants ont été réalisés à partir d'un avant projet de bâtiment réalisé par un cabinet d'architecte, les coûts de fonctionnement du bâtiment ont été calculés sur la base d'un foyer d'hébergement de l'association ouvert en 2004.

Groupe 1 : dépenses afférentes à l'exploitation courante :

Assurance, maintenance, chauffage, eau, électricité... : 30 € / m² soit pour un bâtiment de 630 m² : 18900 € arrondis à 20 K€.

Groupe 2 : dépenses afférentes au personnel:

Les dépenses afférentes au personnel sont présentées dans le tableau suivant.

Tableau n°10 : Présentation du groupe 2 : dépenses afférentes au personnel :

	Coût pour 1 ETP	Nombre d'ETP	Coût total
Encadrement	40,6 K€	0,2 ETP	8,1
Administration	31,4 K€	0,3 ETP	9,4
Services généraux	26,3 K€	0,2 ETP	5,3
Veilleur de nuit	37,3 K€	2,1 ETP	78,3
Assistante de vie	34,5 K€	3,4 ETP	117,3
Animatrice	32,7 K€	0,9 ETP	29,4
Psychologue	41,5 K€	0,1 ETP	4,2
Infirmière	38,2 K€	0,1 ETP	3,8
		Total groupe 2	255,8 K€

Groupe 3 : dépenses afférentes à la structure :

Coût estimatif du bâtiment 1 200 K€

Location (pour couvrir l'amortissement du bâtiment sur 25 ans : 1200 K€ / 25 = 48 K€/ an)

Soit un prix de journée pour la PUV de :

$(20\ 000 + 255\ 800 + 48\ 000) / (12\ \text{places} \times 365\ \text{jours}) = \mathbf{73,9\ \text{€ / jour}}$

Pour un ratio d'encadrement de **0,63 ETP / place.**

Pour comparaison :

Le prix de journée 2010 de l'EHPAD Balthazar Besnard de Ligueil est de : 67,60 €/ jour pour une personne en GIR 3-4. Le ratio d'encadrement moyen en EHPAD est de 0,58 ETP / place. La différence de prix est liée à l'importance donnée à l'animation dans le projet pour adultes handicapés retraités.

Le prix de journée 2010 du Foyer Occupationnel de l'association est de : 81,25 €/ jour pour un ratio d'encadrement de 0,77 ETP / place.

Le prix de journée 2010 de l'hébergement de l'association est de : 48,27 €/ jour pour un ratio d'encadrement de 0,28 ETP / place.

b/ Prix de journée de l'animation semaine.

Le budget 2010 du service de maintien à domicile, d'accompagnement et de suite pour adultes handicapés ayant atteint l'âge de la retraite pourra être modifié comme suit :

Tableau n°11 : Budget de l'animation semaine :

Libellé	Budget 2010	Proposition de budget 2012
Groupe 1	26 K€	27 K€ (actualisation sur base de 2% / an)
Groupe 2	143 K€	62,1 K€ (cf. calcul ci-dessous)
Groupe 3	12 K€	12,5 K€ (actualisation sur base de 2% / an)
Total groupes	181 K€	101,6 K€
Nombre de journées	260 j X 19 = 4940 j	260j X 15= 3900 j
Prix de journée	36,6 € / jour	26 € / jour

Tableau n°12 : Groupe 2 de l'animation semaine :

	Coût pour 1 ETP	Nombre d'ETP	Coût total
Encadrement	40,6 K€	0,1 ETP	4,1
Administration	31,4 K€	0,2 ETP	6,3
Assistante de vie	34,5 K€	0,65 ETP	22,4
Animatrice	32,7 K€	0,65 ETP	21,3
Psychologue	41,5 K€	0,1 ETP	4,2
Infirmière	38,2 K€	0,1 ETP	3,8
		Total groupe 2	62,1 K€

Le rattachement des personnes les plus dépendantes à la petite unité de vie génère une diminution des besoins en encadrement et permet ainsi une diminution du coût d'animation pour les plus autonomes.

53- Financement du projet de Petite Unité de Vie.

Le financement du projet touche de multiples aspects :

- investissement immobilier,
- investissements mobiliers
- exploitation du projet.

Au stade actuel, il est prématuré de savoir quels montants seront nécessaires à la réalisation et au fonctionnement du projet. Cependant, le financement du projet pourrait s'organiser de la façon suivante :

Investissement immobilier :

La construction du bâtiment serait financée pour partie sur les fonds propres de l'association et pour partie par l'emprunt. Ce choix permet à l'association de rester maître de la construction (surtout dans le contexte actuel de mise en concurrence) et de revoir l'affectation du bâtiment si le service pour retraités venait à fermer.

Investissements mobiliers :

L'association pourra solliciter différents partenaires (MSA, Caisse d'Épargne, Fondation de France, Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse...) qui subventionnent ou proposent des emprunts à taux réduit. Les éventuelles subventions serviront à financer les biens mobiliers, les équipements (amortis sur 5 ans) ; en effet, ces subventions sont moins contraignantes que des subventions sur le bâti.

Exploitation de la Petite Unité de Vie :

Le Conseil Général sera un interlocuteur incontournable en raison des financements dans de multiples domaines : aide sociale, hébergement pour personnes handicapées ou âgées, dépendance. C'est le Conseil Général qui financera l'exploitation du service retraités via un prix de journée ou une dotation globale.

Je souhaite solliciter les financeurs en faisant valoir l'intérêt du projet pour les personnes handicapées retraitées et non adapter le projet pour coller aux modes de financement proposés.

54- Conséquences financières pour les personnes retraitées

a/ Les ressources et dépenses actuelles de la personne handicapée retraitée.

Les retraités du CAT ou de l'ESAT ont des retraites qui varient du simple au double : de 493,75 € à 1050,23 €. En moyenne, les retraités de l'association perçoivent une retraite de 720,83 € (régime de base + retraite complémentaire + éventuellement pension de réversion).

En parallèle, les retraités financent leur pension et l'hébergement.

Une participation aux frais de pension (repas, entretien du linge, ...) égale à 5 fois le minimum garanti⁴¹, par jour (soit 4 pour les frais d'hébergement et 1 pour le repas du midi), soit au 1er juillet 2010, 16,55 € par jour.

Cette participation est diminuée de moitié (soit 2,5MG) en cas d'hospitalisation sur la durée de l'hospitalisation.

La participation aux frais d'hébergement demandée est arrêtée à 37 fois le minimum garanti par mois, soit au 1er juillet 2010, 122 € mensuels (participation totalement ou partiellement compensée par l'allocation logement).

Le versement des frais de pension et d'hébergement apparaît en recettes en atténuation sur le budget hébergement, financé par le département.

L'animation de jour est habilitée à l'aide sociale. Elle fait l'objet d'un prix de journée fixé par le département : 36,6 €/jour.

⁴¹ Minimum Garanti : 3,31 €

A la fin du mois, les personnes handicapées retraitées disposent de :

Tableau n°13 : Ressources des personnes retraitées :

	Charges	Produits
Retraite moyenne		721 €
Participation aux frais de pension (5 X Minimum Garanti /jour) soit 16,55€/jour	495 €	
Participation aux frais d'hébergement (pour ceux qui ne sont pas propriétaires) (37 X Minimum Garanti) :	122 €	
Allocation Logement		120 €
Animation de jour (36,6 €/jour) prise en charge par l'aide sociale		
TOTAL	617 €	841 €
Reste pour vivre		224 €

Une fois toutes les charges payées, l'argent de poche qui reste aux personnes handicapées retraitées est de 224 €

b/ Les ressources et dépenses futures de la personne handicapée retraitée.

Les ressources des personnes handicapées retraitées sont calculées sur la vie professionnelle des intéressés. Elles n'augmenteront pas avec la création de la petite unité de vie. Avec de telles ressources, il est impossible pour les personnes handicapées retraitées de financer le prix de journée de la PUV. Un financement par l'aide sociale est indispensable.

L'aide sociale est un droit personnel pour les personnes qui ne peuvent faire face à une situation de besoin, par elles-mêmes ou par leurs débiteurs. Le département récupère partiellement cette aide sur les ressources de la personne. Les personnes handicapées comme les personnes âgées font partie des bénéficiaires de l'aide sociale, cependant les règles sur le minimum à laisser à la personne varient :

Ainsi, dans le cas d'**une personne handicapée** qui ne travaille pas, l'aide sociale ne peut récupérer plus de 30% de l'AAH, (soit $697 \text{ €}^{42} \times 0,3 = 209 \text{ €}$). Il reste à la personne **209 € par mois** comme « argent de poche ». C'est le cas pour les personnes handicapées retraitées de l'association.

Dans le cas d'**une personne retraitée** accueillie en établissement pour personnes âgées, 90% des ressources sont récupérées par le département qui doit toutefois laisser

⁴² Montant de l'Allocation Adulte Handicapé au 1^{er} juillet 2010 : 696,63 €

à sa disposition un minimum de 10 % du minimum vieillesse⁴³. Il reste donc à la personne **71 € par mois** comme « argent de poche ».

Au stade actuel du projet, il est difficile de dire quel montant d'argent de poche le département laissera aux personnes handicapées retraitées, cependant étant donné les difficultés financières du département, il est fortement probable que la personne ne conserve que 10% du minimum vieillesse (71 € par mois).

VI- Travail en réseau, partenariat.

La réalisation des projets passe aujourd'hui par une ouverture sur l'extérieur. En effet, l'ouverture sur l'extérieur permet :

- un appui sur des ressources extérieures et pas exclusivement internes,
- une dynamique interne/externe plutôt qu'un positionnement autocentré,
- une insertion dans un processus de coopération,
- une mobilisation d'autres outils pour l'accompagnement.

Il convient ici de distinguer le réseau du partenariat. D'après le dictionnaire du handicap⁴⁴, « *le réseau est corrélé à l'innovation, à la souplesse, au décloisonnement (...) et à la mutualisation d'informations, de ressources et d'expériences entre structures collectives (...),* » le partenariat « *indique plutôt des relations stables entre organismes, entreprises ou institutions à la recherche de complémentarités, entre un établissement social et un secteur de santé mentale par exemple. Les outils utilisés sont en général formels (une convention)...* »

Plus le partenariat mobilise des engagements institutionnels et des ressources, plus il sera nécessaire de formaliser la convention finale et d'officialiser la démarche.

61- Mise en œuvre du partenariat.

Pour mettre en œuvre le partenariat avec d'autres acteurs, j'envisage de suivre la démarche suivante :

-recenser les institutions, les services, avec qui l'association peut développer des contacts.

-proposer des rencontres, visites, groupes de réflexion, travaux autour de certains cas de personnes handicapées retraitées, qui permettront de mieux connaître les valeurs spécifiques ou communes et ainsi de mesurer les intérêts de chacun.

⁴³ Le minimum vieillesse est de 708,95 € au 1^{er} juillet/2010.

⁴⁴ ZRIBI G., POUPEE-FONTAINE D., 2007, Dictionnaire du handicap, 6^{ème} édition, Editions ENSP, p270.

-fidéliser les liens et proposer la formalisation d'un partenariat. Cette dernière précisera :

- les intérêts de chacun,
- les valeurs idéologiques et éthiques, spécifiques ou communes,
- le contenu du projet commun,
- le calendrier des actions communes.

Si, à ce jour, aucun partenariat officiel n'existe entre les différents secteurs, l'association travaille tout de même déjà en étroite collaboration avec les secteurs gériatrique, médico-social et sanitaire.

62- Les partenaires potentiels.

Des partenariats peuvent se développer avec différents types d'organismes et être plus ou moins formalisés en fonction des enjeux :

-les EHPAD :

Je pense demander à ce que des visites de l'EHPAD soient organisées pour les retraités mais aussi pour les salariés afin de casser l'image de mouvoir encore trop présente. Je souhaite organiser des échanges entre le personnel des 2 structures pour préparer les transferts des retraités devenus trop dépendants, et ce, afin de transmettre le relais, l'histoire des personnes. Je désirerais que des liens puissent perdurer avec des visites des anciens collègues de la petite unité de vie au nouveau résident de l'EHPAD.

L'association pourrait en retour proposer d'accueillir des personnes retraitées valides pour participer ponctuellement à des animations communes.

-les services de tutelle aux personnes :

Le vieillissement peut s'accompagner de difficultés pour comprendre, réaliser des choix. Il conviendra de s'assurer que les personnes handicapées retraitées soient bien en mesure de contractualiser afin qu'il n'y ait pas un déséquilibre dans la relation contractuelle, sinon, une mise sous protection juridique sera demandée.

Il semble difficile d'envisager des conventions avec les organismes de tutelle. En effet, ceux-ci sont missionnés par le juge des tutelles pour représenter les majeurs protégés et n'ont pas à créer de partenariat avec les structures qui les accueillent. Ils doivent pouvoir rester neutres et libres de leurs décisions. Cependant la collaboration avec les organismes de tutelle est indispensable lorsqu'un changement de structure s'impose pour des raisons médicales ou autres.

-les services médicaux : secteur psychiatrique, HAD, SSIAD :

Les services médicaux peuvent être amenés à intervenir au niveau de la Petite Unité de Vie. Une connaissance du fonctionnement de chacun permettra d'éviter les tensions entre les personnels de culture différente.

-l'ADMR :

Les personnes handicapées retraitées dépendantes auront recours « en direct » au personnel de l'ADMR. Les prestations réalisées sont payées dans le cadre de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie individuelle, la MARPA reste en dehors de la relation contractuelle personne handicapée dépendante – ADMR. Ainsi, lorsque la personne décède, le contrat avec l'ADMR s'éteint, ce qui ne serait pas le cas si l'APA était versée au niveau de l'association (cas des EHPAD).

L'association formalisera cependant un partenariat avec l'ADMR pour coordonner les interventions des différents intervenants auprès des personnes handicapées de la petite unité de vie, afin de s'adapter aux besoins des résidents et non l'inverse.

-les autres associations pour handicapés :

Des partenariats pourront se développer avec les autres associations locales pour personnes handicapées. Elles pourront prendre la forme de groupements de coopération pour des formations, pour la mise en commun de personnel de remplacement...

- les associations locales (club du 3^{ème} âge, chorale, théâtre...) :

Il semble difficile d'envisager un partenariat très formalisé avec les associations locales. Il s'agit plus, ici, d'une ouverture sur l'extérieur : proposer une salle pour les animations du club du 3^{ème} âge, les répétitions de la chorale...

Conclusion

Depuis plusieurs décennies, la société connaît un accroissement de l'espérance de vie, et notamment depuis la fin de la seconde guerre mondiale, et tous les individus, handicapés ou non, sont concernés. Cette longévité nous oblige à nous interroger sur la qualité d'accueil que nous offrons aux personnes démunies.

L'augmentation du nombre de personnes retraitées au sein des foyers d'hébergement de l'association Foyer de Cluny modifie l'équilibre et limite l'accueil de nouveaux travailleurs de l'ESAT.

Aujourd'hui ma mission est de trouver des solutions pour répondre aux souhaits des retraités et à l'évolution de leurs besoins. Le fonctionnement actuel, expérimental, a donné de bons résultats mais semble aujourd'hui avoir atteint ses limites. Le diagnostic a permis d'évaluer les limites qualitatives et quantitatives des réponses apportées par l'association.

Plusieurs hypothèses ont été émises : conduire les résidents vers les EHPAD, les réorienter avant 60 ans en foyer de vie, créer une petite unité de vie.

C'est cette dernière hypothèse que j'ai retenue, avec pour objectif de devenir une structure passerelle vers l'EHPAD.

Deux logiques peuvent s'opposer dans l'organisation de l'accueil pour personnes âgées :

-Une logique de protection qui met en avant la nécessité de l'adaptation de la personne à l'institution, parce qu'elle est considérée comme malade, incapable de s'occuper d'elle-même...

-Une logique d'autonomisation tournée vers un accompagnement de la personne le plus individualisé possible, et qui prend en compte les désirs de la personne.

Je souhaite privilégier cette dernière logique au niveau de la Petite Unité de Vie. En effet, je n'envisage pas une médicalisation trop lourde de la structure mais plutôt un travail en partenariat avec les établissements de soins locaux et l'ADMR pour la dépendance. Lorsqu'une médicalisation ou une dépendance trop importante apparaîtront, il faudra passer le relais à d'autres établissements spécialisés.

Il ne me semble pas souhaitable que la petite unité de vie véhicule l'image d'un lieu de « fin de vie » auprès des jeunes retraités. Si cela arrive, la structure devra y répondre en adaptant les moyens médicaux (soins palliatifs) et humains.

La particularité de la Petite Unité de Vie sera d'offrir une animation renforcée, ce qui pourrait en faire une structure expérimentale, présentée comme telle à la commission d'appel à projet. D'ailleurs, les orientations politiques départementales semblent

favorables à ces solutions innovantes pour les personnes handicapées retraitées ; le PRIAC de la région Centre pour 2009-2013 n'évoque pas les orientations régionales, quant à la prise en charge des personnes handicapées âgées de plus de 60 ans.

Dans l'organisation actuelle et future, d'autres pistes seront également à explorer et notamment la création d'un SAVS qui permettrait de rendre autonomes certains travailleurs d'ESAT qui, faute de suivi adapté, ne peuvent quitter les foyers d'hébergement encadrés.

Au jour où je termine ce mémoire, un certain nombre d'incertitudes sont cependant présentes et notamment l'écho que pourra trouver un tel projet dans le contexte actuel de réorganisation administrative (RGPP, loi HPST, création des ARS...), difficultés financières du département d'Indre-et-Loire.

Bibliographie

Ouvrages :

-Aymé S., Henrard J-C., Colvez A., Ravaud J-F., Sabouraud O., Triomphe A., 1996, *Handicap et vieillissement : politiques publiques et pratiques sociales*, Paris : INSERM, 347p.

-BASCOUL J-L, DOISNEAU O., EYNARD C., ROTHKEGEL P., WERLEN F., - Fondation de France, *Les accompagner jusqu'au bout du chemin – l'accueil des personnes handicapées mentales vieillissantes*, Editions de l'ENSP, 2000, 187p.

-BAUDURET Jean-François, JAEGER Marcel, *Rénover l'action sociale et médico-sociale*, 2^{ème} édition Dunod, 2005.

-BELIN B (CCAH : Comité national de Coordination de l'Action en faveur des personnes Handicapées), 2001, *Les personnes handicapées vieillissantes*, Paris : L'Harmattan, 238 p.

-BORGETTO Michel, LAFORE Robert, juillet 2004, *Droit de l'aide et de l'action sociales*, Cahors : Montchrestien, 653p.

-CARADEC V., 2001, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris : Nathan, 127 p.

-CUNIN J-CI, octobre 2008, *Le handicap en France ; chroniques d'un combat politique*, Paris, Dunod, 236 p.

-LEFEVRE Patrick, *Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social*, Dunod, 1999.

-LENOIR René, 1974, *Les exclus. Un Français sur dix*, éditions du Seuil, 185 p.

-MIRAMON Jean-Marie, COUET Denis, PATURET Jean-Bernard, *Le métier de directeur, techniques et fictions*, Editions ENSP, 2001.

Rapports et études :

-ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux), *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, juin 2008, 47 p.

-ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux), *Eléments de cadrage pour la lettre de mission destinée aux membres du groupe de travail, recommandation concernant la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, février 2008, 6 p.

-ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux), *Revue de littérature, recommandation « la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre »*, février 2008, 29 p.

-ASSOCIATION FOYER DE CLUNY, 4 Juillet 2008, *Assemblée Générale*, Foyer de Cluny 15 avenue Léon Bion 37 240 Ligueil, 26 p.

-ASSOCIATION FOYER DE CLUNY, novembre 2006- décembre 2007, *Projet d'établissement du Foyer Occupationnel -Service d'Accueil et d'Animation de Jour*, Foyer de Cluny 15 avenue Léon Bion 37 240 Ligueil, 76 p.

-ASSOCIATION FOYER DE CLUNY, novembre 2006- décembre 2007, *Projet d'établissement de l'ESAT*, Foyer de Cluny 15 avenue Léon Bion 37 240 Ligueil, 48 p.

-BLANC P., BERTHOD-WURMSER M., 11 juillet 2006, *Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge*, Inspection Générale des Affaires Sociales, 99p.

-BONNET M., Février 2004, *Pour une prise en charge collective, quel que soit leur âge, des personnes en situation de handicap*, Conseil Economique et Social, 74 p.

-Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, « *La création d'un droit universel d'aide à l'autonomie* », in Rapport d'activité 2008, pp65-66.

-CONSEIL GENERAL D'INDRE-ET-LOIRE, 2005, *Schéma départemental en faveur des personnes handicapées en Touraine, 2005-2010*, Tours, 51 p.

-CONSEIL GENERAL D'INDRE-ET-LOIRE, 2007, *Schéma en faveur des personnes âgées d'Indre-et-Loire 2008-2012*, Tours, 85 p.

-CONSEIL GENERAL D'INDRE-ET-LOIRE, *avenant du 9 avril 2009, Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées- Bien vieillir en Touraine 2009-2013*, Tours, 30 p.

-Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, 5 avril 2006, *Rapport d'inspection des structures d'accueil d'adultes handicapés de l'association « Foyer de Cluny de la Région de Ligueil » 15 avenue Léon Bion, 37240 Ligueil – Inspection des 7, 8, 9 décembre 2005, 18, 19, 20 janvier 2006, 24 février 2006*, Tours, 49 p.

-Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques, décembre 2002, « *Les personnes handicapées vieillissantes : une approche à partir de l'enquête HID* », *Etudes et Résultats*, n°204, 12 p

-Direction du Budget, « *handicap et dépendance – 47,5 Md d'€ de dépenses publiques* », Mai 2007.

-DUFLOT V., PIETRI M., RIMBERT G., juin 2008, Foyer de Cluny – *Dysfonctionnements organisationnels et souffrance au travail – rapport d'expertise*, Technologia SAS, 109 p.

-FARDEAU M., 11 janvier 2003, *Personnes handicapées : analyse comparative et prospective du système de prise en charge*, DGAS, 125p.

-PREFECTURE DE LA REGION CENTRE, 17 avril 2009, *PRIAC (PRogramme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie) 2009-2013* - Région Centre, 47p.

Articles :

-ARGOUD D., novembre 2007, « Des grands établissements aux petites unités de vie ; l'hébergement collectif pour personnes âgées », *Généralités*, n°10-11-12, pp19-22.

-A.S., 29 juin 2009, « l'UNAPEI et l'APAJH sonnent l'alarme sur le vieillissement des personnes handicapées », *Actualités Sociales Hebdomadaires*.

-AZEMA B., MARTINEZ N., 2005, « Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie et de santé ; qualité de vie », *RFAS*, n°2, pp. 297-333.

-CLAVAGNIER B., 1er mai 2006, « L'action sanitaire et médico-sociale soumise aux lois de la concurrence ? », *Juris Associations*, n°338, pp. 27-29.

-CHASSAT-PHILIPPE S., 16 novembre 2009, « Personnes handicapées vieillissantes : quelle prise en charge ? », *TSA*.

-CHASSAT-PHILIPPE S., 29 juin 2009, « Handicap mental : 15 500 personnes âgées « dans l'impasse » selon l'UNAPEI », *TSA*.

-DURIBREUX Marie, mars 2007, « Recrutement des directeurs, sortir de l'amateurisme », *Directions* n°39, p.22-26.

-GAZE DESJARDINS M-L, novembre 2006, « petites unités de vie, une pertinence réaffirmée », *le BIMSA*, n°68, pp11-14.

-« Handicap et vieillissement : le Conseil de l'Europe indique la voie à suivre », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, 28 août 2009, n°2621, p25.

-LEOTOING Marion, janvier 2007, « Une direction à cinq têtes », *Directions*, n°37, p.14-15.

-« Le modèle scandinave, précurseur du droit au répit », *TSA*, n°1, avril 2009, p22.

-LEFEBVRE C., 23 avril 2009, « Personnes handicapées vieillissantes : des structures adaptées en nombre insuffisant », *Lien Social*, n°926, pp10-14.

-MARTIN Laure, septembre 2010, « Prendre sa « retraite » sans perdre ses repères », *TSA*, n°15, pp 25-27.

-PAQUET Michel, 29 juin 2007, « Sortir du prêt-à-porter pour accompagner sur mesure les personnes handicapées », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2414-2415, p.43-45.

-« Personnes handicapées vieillissantes : les conditions du maintien de leur régime d'aide sociale enfin connues », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°259, 27 février 2009, p12.

-SEDRATI-DINET C., 13 février 2009, « Des bâtiments pour bien vieillir », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2596, p35.

-VINSONNEAU A., 15 juin 2007, « Les incidences de la LOLF dans le domaine particulier du sanitaire et du social. », *Juris Associations*, n°361, pp. 24-25.

Références juridiques

-Loi n°75-534 du 30 juin 1975, loi d'orientation en faveur des personnes handicapées.

-Loi n°75-535 du 30 juin 1975, loi relative aux institutions sociales et médico-sociales.

-Loi 2001-647 du 20 juillet 2001, loi relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée à l'autonomie

-Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, loi rénovant l'action sociale et médico-sociale.

-Loi n°2005-102 du 11 février 2005, loi sur l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées.

Liste des tableaux, graphiques et figures

Tableau n°1 : Répartition de la population de plus de 60 ans en Indre-et-Loire en 2006 :..	4
Tableau n°2 : Répartition de la population handicapée d'Indre-et-Loire par tranches d'âge :.....	8
Tableau n°3 : Une tendance au maintien à domicile dans quelques pays d'Europe :.....	13
Tableau n°4 : Les services d'aide à la personne dans quelques pays d'Europe :.....	14
Tableau n° 5 : Population accueillie par l'association au 31/12/2009.....	24
Graphique n°1 : Evolution du nombre de retraités de l'ESAT entre 2010 et 2015	26
Graphique n°2 : Répartition des retraités de l'ESAT par tranches d'âges.....	28
Tableau n°6 : Catégorisation des retraités de l'ESAT	31
Graphique n°3 : Départs à la retraite des travailleurs de l'ESAT entre 2010 et 2015.....	35
Graphique n°4 : Lieu de retraite souhaité par les futurs retraités de l'ESAT.	36
Tableau n°7 : Estimation des besoins en personnel.....	57
Schéma n°1 : Trajectoire possible au niveau de l'hébergement :.....	62
Schéma n°2 : Trajectoire possible au niveau de l'animation :	62
Tableau n°8 : Estimation de la capacité d'accueil.	63
Tableau n°9 : Présentation synthétique du projet.....	69
Tableau n°10 : Présentation du groupe 2 : dépenses afférentes au personnel :.....	70
Tableau n°11 : Budget de l'animation semaine :	71
Tableau n°12 : Groupe 2 de l'animation semaine :.....	71
Tableau n°13 : Ressources des personnes retraitées :.....	73

Liste des annexes

Annexe 1 : Tableau des trajectoires de vie des retraités du CAT ou de l'ESAT..... II

Annexe 2 : Etude des Projets Personnalisés d'Accompagnement des retraités de l'ESAT V

Annexe 3 : Tableau des trajectoires de vie des futurs retraités de l'ESAT (retraite entre 2010 et 2015)..... IX

Annexe 4 : Souhaits des futurs retraités de l'ESAT (âgés de 58 à 60 ans) XIII

Annexe 1 : Tableau des trajectoires de vie des retraités du CAT ou de l'ESAT.

Lecture du tableau : Chaque colonne représente une personne. La case grisée correspond à la situation de la personne.

Exemple : l'individu n°1 est un homme, âgé entre 60 et 64 ans, originaire du département...

PERSONNES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19			
Sexe																						
Homme																				16	84,2%	
Femme																				3	15,8%	
Âge																						
60-64																				4	21,1%	
65-69																				7	36,8%	
70-74																				4	21,1%	
75-79																				2	10,5%	
80 et plus																				2	10,5%	
																				Total	19	100,0%
Origine géographique																						
Canton																				6	31,6%	
Département																				11	57,9%	
Région																				2	10,5%	
France																				0	0,0%	
																				Total	19	100,0%
Âge d'entrée au Foyer de Cluny																						
30 - 39,9 ans																				6	31,6%	
40 - 49,9 ans																				7	36,8%	
50- 59,9 ans																				6	31,6%	
>= 60 ans																				0	0,0%	
																				Total	19	100,0%
Ancienneté au Foyer de Cluny																						
< 10 ans																				0	0,0%	
10 - 14 ans																				3	15,8%	
15 - 19 ans																				0	0,0%	
20 - 24 ans																				5	26,3%	
25 ans et plus																				11	57,9%	
																				Total	19	100,0%
Scolarité																						
Sait lire																				16	84,2%	
Ne sait pas lire																				3	15,8%	
Sait écrire																				16	84,2%	
Ne sait pas écrire																				3	15,8%	
Sait compter																				16	84,2%	
Ne sait pas compter																				3	15,8%	

PERSONNES 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19

Santé																				
Déficiência intellectuelle légère			■	■				■							■			■	5	26,3%
Déficiência intellectuelle moyenne		■			■		■		■		■	■	■				■		8	42,1%
Déficiência intellectuelle lourde										■								■	2	10,5%
Trouble du comportement		■					■						■						3	15,8%
Déficiences psychiques intermittentes																	■		1	5,3%
Déficiences du langage et de la parole									■										1	5,3%
Déficiences visuelles		■																	1	5,3%
Déficiences motrices membres inf								■											1	5,3%
Autres déficiences	■													■					2	10,5%

Situation avant entrée foyer de cluny																					
En institution spécialisée (IME...)																			0	0,0%	
Hospitalisation psy		■				■							■						3	15,8%	
Autre ESAT																			0	0,0%	
Autonome			■	■	■			■					■		■	■	■	■	8	42,1%	
Dans sa famille (frère et sœur)								■							■				2	10,5%	
Chez père et ou mère	■						■		■	■	■							■	6	31,6%	
																			Total	19	100,0%

Cause entrée au foyer de cluny																					
Accident travail - maladie			■	■	■												■		6	31,6%	
Décès famille	■		■	■	■	■	■	■	■									■	6	31,6%	
Retraite employeur															■				1	5,3%	
Pas de travail										■	■	■	■				■		4	21,1%	
Non connu								■									■		2	10,5%	
																			Total	19	100,0%

Travail milieu ordinaire																				
Ouvrier agricole DANS LA FAMILLE								■							■				2	10,5%
Ouvrier agricole HORS DE LA FAMILLE		■	■	■	■			■				■				■	■	■	8	42,1%
Entraide ouvrière / contrats aidés							■												1	5,3%
Salarié / e sans qualification								■		■	■		■						4	21,1%
Salarié / e qualifié /e																	■		1	5,3%
Pas travaillé	■					■		■	■									■	5	26,3%

PERSONNES 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19

Durée travail milieu ordinaire																					
0	■					■				■									■	4	21,1%
< 3 ans																				0	0,0%
3 - 4,9 ans										■										1	5,3%
5 -9,9 ans		■						■						■						3	15,8%
10 - 14,9 ans											■									1	5,3%
15 - 19,9 ans					■				■			■		■		■	■	■	■	6	31,6%
>= 20 ans			■	■											■				■	4	21,1%
																			Total	19	100,0%
Situation familiale																					
Célibataire	■	■	■		■	■			■	■	■					■	■	■	■	12	63,2%
Veuf / veuve																		■	■	1	5,3%
Marié / e				■				■					■		■		■			5	26,3%
Divorcé / e									■										■	1	5,3%
																			Total	19	100,0%
Hébergement																					
Foyer collectif	■	■			■	■		■	■	■							■	■	■	9	47,4%
Logement annexé			■								■								■	3	15,8%
Résidence indépendante				■			■					■	■	■	■	■	■	■	■	7	36,8%
Dans sa famille																				0	0,0%
																			Total	19	100,0%
Relations familiales																					
Pas de famille		■		■							■									3	15,8%
Parents												■							■	1	5,3%
Frères et sœurs			■		■	■			■			■	■	■	■	■	■	■	■	13	68,4%
Enfants										■									■	2	10,5%
Cousins - cousines	■							■											■	2	10,5%
Dépendance																					
GIR 1																				0	0,0%
GIR 2	■										■								■	3	15,8%
GIR 3		■						■		■				■				■	■	5	26,3%
GIR 4					■			■			■							■	■	4	21,1%
GIR 5																				0	0,0%
GIR 6																				0	0,0%
Typologie des retraités																					
Retraités autonomes				■							■				■				■	4	21,1%
Retraités inactifs			■			■									■				■	3	15,8%
Retraités dépendants	■	■			■		■	■	■	■		■	■	■	■	■	■	■	■	12	63,2%

Annexe 2 : Etude des Projets Personnalisés d'Accompagnement des retraités de l'ESAT

Lecture de l'annexe : Le premier tableau présente les demandes des personnes handicapées retraitées de l'ESAT

Les autres tableaux présentent les objectifs retenus dans les PPA et les moyens utilisés par les équipes pour les atteindre.

Demandes des personnes handicapées retraitées de l'ESAT

Maintenir l'existant	
continuer à aller à la messe	maintenir les activités actuelles
continuer à aller au supermarché de Ligueil	maintien de l'aide à domicile et de la monitrice de foyer
faire des activités rappelant le travail en ESAT	continuer les activités d'animations actuelles
continuer à participer au séjour de Lourdes	continuer les animations
continuer à vivre au sein de son foyer	poursuivre la pratique de la pêche
continuer à aider le service restauration	pas de demande, maintenir la situation actuelle
poursuivre ses activités	regarder la télévision
rester dans son foyer	rester dans son logement
maintenir la participation aux activités	rester dans une chambre individuelle
Améliorer le cadre de vie	
aménager son logement	souhaiter la construction d'un pôle d'accueil pour retraités plus dépendants
avoir un lit médicalisé pour le sécuriser	reprendre contact avec son frère
changer de foyer d'hébergement mais rester au rez-de-chaussée	
Etre accompagné, rassuré	
faire des courses en dehors de Ligueil	bénéficier d'explications sur ses ressources
souhaiter un accompagnement pour acheter les vêtements	savoir à quel montant correspond sa retraite
Participer aux animations, avoir un rôle social	
participer aux séjours et sorties	proposer ses services pour les petites tâches domestiques
participer ponctuellement aux activités "retraités"	faire de l'équitation
partir en séjour	faire des séjours

Objectifs et moyens retenus pour les atteindre dans les PPA.

Objectifs	Moyens
Accompagner dans la vie sociale, lors des difficultés relationnelles.	
être accompagné dans la vie sociale	continuer à aller aux fêtes, aux brocantes
être accompagné dans sa vie sociale	proposer des séjours, des sorties
être accompagné si rencontre de difficultés relationnelles	continuer à proposer des temps d'échanges individuels
être accompagné si difficultés relationnelles	rappeler qu'il peut solliciter un suivi psychologique
être accompagné s'il rencontre des difficultés relationnelles	accorder des temps d'échange individuels, rappeler la présence de la psychologue
être accompagné s'il rencontre des difficultés relationnelles	rappeler la présence de la psychologue, rappeler les règles de la vie collective, le respect d'autrui
entretenir les liens familiaux	maintenir la situation actuelle
entretenir les liens familiaux	prendre contact avec la famille, organiser des visites
maintenir les relations familiales	accompagner dans l'entretien des relations familiales
rechercher le contact avec son frère	vérifier les souhaits du frère
garder des contacts familiaux	maintenir la situation

Accompagner pour gérer les angoisses, pour exprimer les besoins des retraités.

accompagner à verbaliser davantage	accorder des temps d'échanges individuels
accompagner dans la gestion de ses angoisses	suivi psychologique, temps individuels d'échange
accompagner dans l'expression de ses émotions	consacrer des temps individuels d'expression, rassurer
apaiser les angoisses	proposer des temps individuels de discussion, proposer un suivi psychologique
apaiser ses angoisses sur ses finances	être accompagné par le personnel encadrant, encourager à verbaliser ses inquiétudes, inciter à rencontrer le conseiller financier de la Poste
continuer à exprimer ses émotions	accorder des temps de parole individuels
diminuer le sentiment d'insécurité	mettre en place des repères temporels, développer la participation au sein des groupes
éviter de recourir aux insultes	inviter à verbaliser son mal-être, proposer une écoute
éviter les situations anxiogènes	maintenir l'activité peinture avec temps de repos et d'observation, respecter sa posture contemplative sur certains temps

éviter les situations anxiogènes	permettre des temps de repos, accompagner dans le choix des activités
retrouver optimisme et estime de soi	proposer un suivi psychologique
atténuer la peur de l'échec	responsabiliser, valoriser
maintenir la situation, instaurer un contexte rassurant	respecter ses habitudes de vie, ses gestes
travailler sa confiance en lui	accorder des temps d'écoute, en prévention d'abus éventuels (extrême gentillesse)
verbaliser ses angoisses par rapport à sa santé, son devenir	accorder des temps individuels, poursuivre le soutien psychologique, stimuler pour éviter toute régression
se déplacer à pied, sans crainte	accompagner, rassurer sur ses capacités
gagner confiance en lui	maintien du suivi psychiatrique

Accompagner dans les gestes de la vie quotidienne, maintenir l'autonomie, les acquis.

accompagner à l'autonomie pour l'hygiène	stimuler par personnel encadrant
accompagner dans la perte des capacités physiques	réfléchir aux compensations face aux limitations physiques
compenser la perte d'autonomie	poursuite de l'intervention de l'aide à domicile
aider à l'entretien du logement	maintien de l'aide à domicile pour l'entretien du logement
continuer à partir en séjour	voir les propositions de séjours
continuer à permettre l'expression de sa vie religieuse	organiser son accompagnement à la messe
développer le sentiment de sécurité	maintien de l'aide à domicile
encourager à exprimer ses besoins	être attentif à ses demandes, permettre des temps individuels de discussion
entretien des capacités physiques et intellectuelles	continuer à accueillir sur le groupe d'activités
maintien et développement de l'aide au déplacement	stimulation par personnel encadrant pour marcher, rechercher une aide technique maniable (déambulateur à roulettes)
poursuite de la mobilisation physique	proposer activités de relaxation, gymnastique
poursuivre la mobilisation physique et mentale	proposer des animations en lien avec ses goûts
poursuivre mobilisation physique et mentale	proposer une activité balnéo
organisation des tâches ménagères	maintien de l'intervention extérieure pour le ménage
maintenir les acquis	stimulation par personnel encadrant
maintenir les acquis	maintenir l'accompagnement
maintenir la participation à la vie du foyer	maintenir la situation, l'aider à participer
maintenir son autonomie	entretenir et consolider ses acquis
maintenir son autonomie	maintien de la situation par le personnel encadrant
maintien de l'aide pour l'entretien du logement	maintien de la situation
maintien des acquis	stimulation par personnel encadrant

maintien des acquis	suivi et vigilance du personnel encadrant
travailler sur l'organisation de la chambre	aider à ranger, à faire du vide tout en respectant son organisation qui la sécurise
travail autour de l'hygiène	encouragement par le personnel encadrant
travailler les notions de sécurité lors des déplacements	rappeler les règles de sécurité routière
gagner en autonomie pour l'entretien de sa chambre	stimulation et vigilance du personnel encadrant
maintenir l'accompagnement pour l'hygiène et l'entretien	maintenir la situation

Participer aux animations de groupe, stimulation physique et mentale, avoir un rôle.

encourager à intégrer les activités de groupe	proposer des sorties, séjours en adéquation avec ses goûts
encourager à verbaliser émotions et inquiétudes	accorder des temps individuels de discussion
faire participer à la vie du groupe	proposer de rejoindre le groupe pour les animations, les sorties, en adéquation avec ses goûts.
stimulation physique et mentale	solliciter, stimuler dans le cadre des activités proposées
continuer à apporter de l'aide aux services restauration, administratif	continuer à responsabiliser par des tâches simples (porter le courrier, chercher du pain...)

Respecter le rythme de la personne et le suivi médical.

prendre en compte son besoin de repos	alterner temps d'activité, temps de repos et de contemplation
permettre un temps de repos en raison de sa fatigabilité	respecter l'alternance de temps d'activité et temps de repos, aménager ses horaires
maintien du traitement médical	suivi médical actuel
prendre conscience de se raisonner sur le mode d'alimentation	dialoguer avec elle sur le sujet
suivi du diabète	maintien des soins infirmiers à domicile
accompagner dans une adhésion plus importante pour le suivi médical et de soin	verbaliser, expliquer, rassurer

Annexe 3 : Tableau des trajectoires de vie des futurs retraités de l'ESAT (retraite entre 2010 et 2015)

Lecture du tableau : Chaque colonne représente une personne. La case grisée correspond à la situation de la personne.

Exemple : l'individu n°1 est un homme, qui aura 60 ans au 31/12/2010, originaire du département et qui est entré au Foyer de Cluny alors qu'il avait entre 20 et 30 ans.

PERSONNES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28				
Sexe																																
Homme	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	19	67,9%		
Femme		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		9	32,1%			
Âge au 31/12/2010																																
60 ans (personnes nées en 1950)	■	■	■	■																								4	14,3%			
59 ans (personnes nées en 1951)				■	■	■	■																					3	10,7%			
58 ans (personnes nées en 1952)							■	■	■	■																		4	14,3%			
57 ans (personnes nées en 1953)											■	■	■	■	■													5	17,9%			
56 ans (personnes nées en 1954)																■	■	■	■	■								5	17,9%			
55 ans (personnes nées en 1955)																										■	■	■	■	■	7	25,0%
																												Total	28	100,0%		
Origine géographique																																
Canton												■						■										2	7,1%			
Département	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	17	60,7%		
Région																							■	■	■	■	■	3	10,7%			
France											■											■				■		4	14,3%			
Etranger						■							■															2	7,1%			
																												Total	28	100,0%		
Âge d'entrée au Foyer de Cluny																																
20 - 29,9 ans	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	15	53,6%			
30 - 39,9 ans		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	8	28,6%			
40 - 49,9 ans			■									■													■		3	10,7%				
50- 59,9 ans									■					■														2	7,1%			
																												Total	28	100,0%		

Annexe 4 : Souhaits des futurs retraités de l'ESAT (âgés de 58 à 60 ans)

Lecture du tableau : Chaque colonne représente une personne. La case grisée correspond à la situation ou à la réponse de la personne.

Exemple : l'individu n°1 souhaite rester au Foyer de Cluny pour sa retraite, dans son hébergement actuel ; sa famille n'est pas prête à l'accueillir ...

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11			
1-Lorsque vous prendrez votre retraite, quels sont vos souhaits pour votre lieu de vie ?													11	
Rester au Foyer de Cluny													8	72,7%
Aller en maison de retraite													1	9,1%
Vous rapprocher de votre famille													2	18,2%
Autre souhait de lieu de vie (vivre ailleurs, partir)													1	9,1%
Ne sait pas													0	0,0%

2-Si vous restez au Foyer de Cluny, préférez-vous :

Conserver votre hébergement actuel													8	72,7%
Vivre en foyer d'hébergement avec d'autres retraités													0	0,0%
Vivre en logement individuel (si c'est possible)													0	0,0%
Autre souhait :													0	0,0%
Ne sait pas													0	0,0%
													Total	72,7%

3-Avez-vous éventuellement de la famille prête à vous accueillir à la retraite ?

Oui													0	0,0%
Non													9	81,8%
Ne sait pas													1	9,1%
													Total	90,9%

4-Quels types d'animations ou d'occupations vous intéresseraient pendant votre retraite ?

rester avec mon mari													1	9,1%
souhaite continuer à travailler avec Yves ou Jean-Jacques à temps partiel													1	9,1%
aller chez les particuliers faire le jardin													1	9,1%
me promener													3	27,3%
être seul													1	9,1%
Accueillir les amis, avoir de la visite chez moi													1	9,1%
Regarder la télévision													1	9,1%
Faire le ménage chez moi													1	9,1%
Faire du vélo													2	18,2%
Pêcher													2	18,2%
Rendre visite à mon frère													1	9,1%
Etre avec ma femme													1	9,1%
n'y a pas trop réfléchi													1	9,1%
Ne sait pas													2	18,2%

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		11
5-Pour vos occupations, pendant votre retraite, qu'auriez-vous envie de faire ?													
Retourner sur les ateliers pour voir les anciens collègues				■			■			■		3	27,3%
Participer aux activités du Foyer (cours, rôle social...)												0	0,0%
Des animations (jeux, bricolages...),	■											1	9,1%
Des sorties organisées par le foyer en groupe	■	■	■									3	27,3%
Des occupations personnelles, seul (cours, balades, jardinage,...)		■					■	■		■		4	36,4%
Un accompagnement dans des activités individuelles.								■				1	9,1%
Ne sait pas					■							1	9,1%

6-Si vous devenez moins autonome, que la vie quotidienne devient difficile, préférez-vous :

Etre pris en charge par le foyer de Cluny avec une aide de l'ADMR,	■	■	■					■		■		5	45,5%
Aller en maison de retraite.				■								1	9,1%
Ne sait pas					■		■					2	18,2%
												Total	72,7%

7-Connaissez-vous les animations proposées aux personnes retraitées ?

Oui	■									■		2	18,2%
Non			■	■	■			■				3	27,3%
Ne sait pas		■			■							2	18,2%
												Total	63,6%
Lesquelles?												0	0,0%
Sorties, jeux de société	■											1	9,1%
pas intéressé							■	■		■	■	4	36,4%

8-Avez-vous des propositions d'amélioration de l'accompagnement des personnes retraitées ?

Oui												0	0,0%
Non	■	■	■	■						■		5	45,5%
Pourquoi :												0	0,0%
ça ne m'intéresse pas				■				■			■	3	27,3%
Ne sait pas					■		■					2	18,2%
												Total	90,9%

9-Désirez-vous participer aux animations proposées aux retraités?

Oui	■											1	9,1%
Non		■	■	■			■	■		■		6	54,5%
Ne sait pas					■							1	9,1%
												Total	72,7%

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		11
10-Avez-vous des inquiétudes par rapport à votre retraite ?													
Oui												2	18,2%
Non												7	63,6%
Ne sait pas												1	9,1%
												Total	90,9%

Lesquelles ?

Voudrait savoir combien on gagne d'argent par mois.												2	18,2%
veut rester au foyer dans son petit logement												1	9,1%
dommage de faire moins de voyages												1	9,1%