



**EHESP**

---

**Directeur d'établissement  
sanitaire, social et médico-social**

Promotion : **2008-2009**

Date du Jury : **Décembre 2009**

---

**Quelle démarche pour un accompagnement  
institutionnel de qualité pour les personnes  
handicapées mentales vieillissantes ?  
L'exemple du Centre Hospitalier de Carvin**

---

**Aurélie Morel**

---

# Remerciements

---

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Brigitte REMMERY, Directrice adjointe du Centre Hospitalier de Carvin, pour son accueil, sa disponibilité et sa confiance. Son expérience et ses compétences m'ont été précieuses durant ces huit mois.

Je remercie également Monsieur François LECLERCQ, Directeur Général du Centre Hospitalier de Carvin et du Centre Hospitalier de Seclin dans le cadre d'une direction commune, pour m'avoir accueillie dans ces deux établissements.

Je tiens à remercier chaleureusement toutes les personnes qui ont contribué au bon déroulement de mon stage et à l'élaboration de ce mémoire.

Un grand merci à l'ensemble des équipes grâce auxquelles j'ai pu réaliser ce travail, pour la qualité de leur accueil, de leurs échanges et pour leur disponibilité.

Enfin, je remercie les personnes que j'ai pu rencontrer en entretiens et qui m'ont permis d'enrichir ma réflexion par leurs multiples apports.

---

# Sommaire

---

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Introduction .....</b>  | <b>1</b>  |
| <b>1 Les personnes handicapées mentales vieillissantes, une multitude de situations interrogeant nos systèmes d'accompagnement .....</b> | <b>5</b>  |
| <b>1.1 Les personnes handicapées mentales vieillissantes : une population difficile à définir .....</b>                                  | <b>5</b>  |
| 1.1.1 Le handicap mental : une hétérogénéité de situation .....  | 5         |
| A) La notion de handicap.....  | 5         |
| B) Le handicap mental :.....   | 7         |
| 1.1.2 La réalité du vieillissement des personnes handicapées mentales : .....  | 8         |
| A) Le vieillissement : un concept flou mais une réalité chez les personnes handicapées.....  | 8         |
| B) La particularité du vieillissement des personnes handicapées mentales .....   | 9         |
| <b>1.2 Les limites d'une politique sociale catégorielle : vers un rapprochement des prises en charge .....</b>                           | <b>11</b> |
| 1.2.1 Une différenciation historique de la prise en charge du handicap et de la dépendance.....  | 12        |
| A) La construction d'une distinction :.....  | 12        |
| B) La distinction entre le handicap et la dépendance.....  | 13        |
| 1.2.2 La remise en cause de la différenciation des politiques sociales nécessitant un rapprochement des prises en charge .....           | 14        |
| A) Les limites de la différenciation des prises en charge du handicap.....   | 14        |
| B) Vers un rapprochement des deux secteurs .....   | 15        |
| <b>1.3 Une prise en compte de cette problématique par les collectivités publiques .....</b>  | <b>17</b> |
| 1.3.1 Une prise de conscience du vieillissement des personnes handicapées par les autorités de tarifications.....                        | 17        |
| 1.3.2 Le développement de cette problématique au sein du département du Pas de Calais.....   | 18        |
| <b>2 Un accompagnement difficile des personnes handicapées âgées au sein du Centre Hospitalier de Carvin .....</b>                       | <b>21</b> |
| <b>2.1 Le Centre Hospitalier face à de nouveaux besoins engendrés par le vieillissement des personnes handicapées accueillies .....</b>  | <b>21</b> |

|            |   |           |
|------------|---|-----------|
| 2.1.1      | La réalité du vieillissement des personnes handicapées accueillies au Centre Hospitalier de Carvin .....  | 21        |
| A)         | Un accueil des personnes handicapées et des personnes âgées historique : de l'Hospice aux structures sanitaires, sociales et médico-sociales .....                  | 21        |
| B)         | Le vieillissement des personnes handicapées du foyer de vie.....  | 23        |
| 2.1.2      | Les besoins de prise en charge engendré par le vieillissement des personnes handicapées accueillies .....   | 24        |
| A)         | Un repérage des besoins nécessaire mais difficile .....   | 24        |
| B)         | Les caractéristiques des besoins des personnes handicapées âgées.....   | 25        |
| <b>2.2</b> | <b>L'accompagnement du vieillissement des résidents du foyer de vie lacunaire malgré une volonté d'adaptation progressive aux besoins .....</b>                     | <b>27</b> |
| 2.2.1      | Une démarche d'adaptation de l'accompagnement .....   | 27        |
| A)         | Une re-motivation au préalable de l'équipe .....  | 27        |
| B)         | Les adaptations réalisées au foyer de vie afin d'être en adéquation avec les besoins .....  | 28        |
| 2.2.2      | Des difficultés dans l'accompagnement toujours perceptibles .....   | 29        |
| A)         | La difficulté d'accompagner deux générations : des besoins et des attentes différents.....  | 29        |
| B)         | L'absence de véritable projet personnalisé et l'impossibilité d'un véritable projet de soins personnalisé.....  | 31        |
| <b>2.3</b> | <b>Une population aux besoins spécifiques : une prise en charge difficile au sein de l'EHPAD « Les Orchidées » .....</b>  | <b>32</b> |
| 2.3.1      | Les difficultés d'intégration des personnes handicapées vieillissantes au sein de l'EHPAD .....   | 32        |
| A)         | Une orientation insuffisamment préparée ?.....  | 32        |
| B)         | La cohabitation des personnes handicapées âgées et des personnes âgées difficile ?.....   | 33        |
| 2.3.2      | L'inadaptation du projet de service de l'EHPAD .....  | 34        |
| A)         | Des besoins spécifiques insuffisamment pris en compte à l'EHPAD .....   | 35        |
| B)         | Des équipes en difficulté face aux troubles du comportement .....   | 36        |
| <b>3</b>   | <b>La nécessité d'individualiser, de professionnaliser et de diversifier les réponses offertes : les outils et méthodes pour le directeur d'établissement .....</b> | <b>39</b> |
| <b>3.1</b> | <b>Manager les ressources humaines afin d'impliquer le personnel dans la recherche de réponses de qualité .....</b>   | <b>39</b> |
| 3.1.1      | Un renforcement des compétences et des connaissances par le développement d'une politique dynamique de formation et d'échange .....                                 | 39        |

|   |           |
|---|-----------|
| A) Le management des ressources humaines par la mise en place d'une politique dynamique de formation .....  | 40        |
| B) La promotion des échanges de compétences et de connaissances .....   | 41        |
| 3.1.2 Des changements possibles par une implication et une mobilisation de l'ensemble des acteurs.....  | 42        |
| A) Mobiliser l'ensemble des professionnels .....  | 42        |
| B) Développer le management participatif sur la question du handicap vieillissant ..  | 43        |
| <b>3.2 Individualiser les accompagnements : impulser une démarche de projet personnalisé et de projet de service spécifique .....</b>                       | <b>44</b> |
| 3.2.1 L'élaboration des projets personnalisés pour des réponses de qualité .....  | 44        |
| A) Instaurer une démarche des projets de vie personnalisé .....   | 44        |
| B) Les projets personnalisés des personnes handicapées vieillissantes .....   | 46        |
| 3.2.2 La prise en compte des spécificités dans les projets de services.....   | 47        |
| A) Un projet de service permettant une continuité de l'accompagnement au sein de l'EHPAD .....  | 47        |
| B) La nécessaire prise en compte du vieillissement dans le projet de service lors de l'extension du foyer de vie .....                                      | 49        |
| <b>3.3 Un projet innovant afin de diversifier les réponses : la mise en œuvre d'une orientation stratégique de l'établissement .....</b>                    | <b>51</b> |
| 3.3.1 Une démarche à développer pour concrétiser l'orientation stratégique de l'établissement.....  | 52        |
| A) Une orientation stratégique affirmée.....  | 52        |
| B) La mise en œuvre d'une démarche projet pour concrétiser l'orientation stratégique de l'établissement .....   | 52        |
| 3.3.2 Des nouvelles offres d'accompagnement diversifiées et innovantes afin de répondre aux besoins des personnes handicapées âgées et de leurs familles .. | 53        |
| A) La mise en place d'hébergements spécifiques en lien avec le foyer de vie et l'EHPAD .....  | 54        |
| B) Faciliter la prise de contact avec l'établissement par la création d'alternative à l'institutionnalisation .....   | 55        |
| <b>Conclusion.....</b>  | <b>57</b> |
| <b>Sources et bibliographie.....</b>  | <b>59</b> |
| <b>Liste des annexes .....</b>  | <b>I</b>  |

---

## Liste des sigles utilisés

---

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources  
ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux  
APA : Aide Personnalisée d'Autonomie  
AMP : Aide Médico Psychologique  
CAT : Centre d'Aide par le Travail  
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles  
CH : Centre Hospitalier  
CIH : Classification Internationale du Handicap  
CIF : Classification Internationale du Fonctionnement et de la santé  
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie  
CREAI : Centre interrégional de Recherche pour l'Enfance et l'Adolescence Inadapté  
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens  
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales  
DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques  
EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique  
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé  
GEVA : Guide d'Evaluation  
GIR : Groupe Iso Ressources  
GMP : GIR Moyen Pondéré  
HID : Enquête Handicaps-Incapacités-Dépendances  
MAP : Modèle d'Accompagnement Personnalisé  
ODAS : Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
PCH : Prestation de Compensation du Handicap  
PMP : Pathos Moyen Pondéré  
PRIAC : PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie  
PSD : Prestation Spécifique Dépendance  
SMAF : Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle  
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

## Introduction

« Ceux que nous avons longtemps qualifiés de « jeunes » ont pris de l'âge, sans que l'on ait vu le temps passé »<sup>1</sup>.

Comme l'ensemble de la population, les personnes handicapées bénéficient d'une augmentation de leur longévité quels que soient l'origine, la nature et le niveau de gravité du handicap. Ce vieillissement qui ne devrait que s'amplifier est considéré comme un « véritable défi » pour notre société<sup>2</sup>, la question de leur accompagnement qualitatif et quantitatif n'a été que peu anticipée.

Il s'agit d'un phénomène constaté dans tous les pays comparables à la France. Depuis une vingtaine d'années, le vieillissement des personnes handicapées fait l'objet de multiples travaux. Les États-Unis ont pris très tôt conscience de la question du vieillissement des personnes handicapées. En Europe les situations diffèrent selon les pays. En effet les Pays Bas, la Grande-Bretagne, l'Irlande, la Belgique, la Suède et la Finlande se sont énormément mobilisés au plan humain et scientifique sur le sujet. L'Allemagne et l'Autriche se trouvent dans une situation singulière, puisque ces pays ont découvert de manière très décalée ce phénomène pour des raisons historiques, la politique nazie d'extermination systématique des personnes handicapées ayant abouti à faire disparaître une grande partie des personnes handicapées nées avant guerre. Le Conseil de l'Europe s'est également investi dans la recherche et la réflexion sur ce sujet. En France il faut attribuer à René LENOIR la première prise de conscience de la nouvelle longévité des personnes handicapées, lui qui, dès 1976 indiquait : « les débilés profonds mouraient presque tous à l'adolescence. Ils atteignent maintenant l'âge mûr et nous aurons dans dix ou quinze ans, de grands handicapés du troisième âge »<sup>3</sup>.

Longtemps bien en dessous des personnes dites « valides », l'espérance de vie des personnes handicapées s'est considérablement améliorée ces trente dernières années

---

<sup>1</sup> BREITENBACH N., 1999, *Une saison de plus, handicaps et vieillissements*, Paris : Desclée et Brouwer, p21.

<sup>2</sup> MINISTÈRE DÉLÉGUÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE AUX PERSONNES ÂGÉES ET AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET À LA FAMILLE, RAPPORT de M Paul Blanc, 11 juillet 2006, Une longévité pour les personnes handicapées vieillissantes un nouveau défi pour leur prise en charge.

<sup>3</sup> LENOIR R., 1974, *Les exclus : un français sur 10*. Paris : Seuil, 173p

grâce au progrès de la recherche médicale , l'amélioration des conditions de vie et d'hygiène alimentaire, le suivi et l'accompagnement des personnes handicapées dans les différentes structures existantes ou à domicile.

La réflexion et la prise de conscience du vieillissement des personnes handicapées à d'abord eu lieu au sein des Centres d'aide par le travail (CAT) où l'avancée en âge semblait être associée à une baisse de rentabilité et où la question de la cessation d'activité pouvait se poser. Or, on sait aujourd'hui que les difficultés, les incertitudes liées au vieillissement des personnes handicapées mentales sont plus complexes.

Cette complexité est d'abord due à la difficulté de définir les personnes désignées comme « personnes handicapées vieillissantes ». Le handicap et la vieillesse, l'un et l'autre de ces termes souffrent de tracés notionnels imprécis et mouvants renvoyant à une multitude de situations particulières et d'histoires de vie. Une personne handicapée vieillissante pourrait être définie comme « une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap (quels qu'en soit la nature ou la cause) avant de connaître les effets d'un vieillissement »<sup>4</sup>. Cette catégorie de population renvoie donc à une réalité très hétérogène.

Cette hétérogénéité doit être prise en compte et des réponses adaptées à la diversité des handicaps et des parcours de vie doivent leur être proposées. Ainsi la question de leur accompagnement interroge les établissements pour adultes handicapés mais également les établissements pour les personnes âgées, qui depuis déjà quelques années accueillent des personnes handicapées âgées.

C'est également le système français de prise en charge qui est en question. En effet en France la vieillesse et le handicap font l'objet de deux politiques publiques bien distinctes entraînant des prises en charge différenciées. Or les personnes handicapées âgées se situent au croisement de ces deux chemins, à la fois atteintes d'un handicap et souffrant de troubles du vieillissement ce qui contraint à repenser la structure globale du dispositif français.

Face à ce nouveau besoin, de par la volonté du directeur, appuyé par les équipes, chaque établissement essaye de développer les réponses qui lui paraissent les plus

---

<sup>4</sup> AZEMA B., MARTINEZ N., 2003, « Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie et de santé ; qualité de vie ». *Revue française des affaires sociales, une revue de la littérature*, pp 297-333.



adaptées. En effet un directeur d'établissement doit être le garant de la qualité du service rendu et doit savoir adapter l'offre et les prestations de son établissement à l'évolution des besoins afin de répondre le mieux possible aux situations individuelles et diverses.

Ces propos trouvent écho au Centre Hospitalier (CH) de Carvin. Le CH de Carvin est un établissement à vocation sanitaire, social et médico-social, situé dans le Pas de Calais. Il assure des missions de soins de proximité et d'hébergement. Il dispose d'un foyer de vie pour adultes handicapés mentaux. Ce foyer de vie accueille 20 personnes en hébergement permanent et est confronté au quotidien à la prise en charge du vieillissement de ses résidents. Deux résidents de ce foyer ont été récemment orientés à l'EHPAD du CH pour permettre un meilleur accompagnement notamment médical. Cependant l'EHPAD accueille 80 résidents dont la dépendance est élevée, l'accompagnement est donc très différent.

Face à ce constat, le directeur doit se poser la question de savoir si l'accompagnement actuellement proposé répond aux besoins et spécificités des personnes handicapées vieillissantes. Les projets de vie développés par les services (foyer de vie et EHPAD) répondent-ils suffisamment aux besoins et attentes de ces personnes, le personnel a-t-il les compétences nécessaires, une véritable individualisation de l'accompagnement est-elle développée afin de répondre à l'hétérogénéité des situations et des parcours de vie ?

Afin de répondre à ces interrogations, ce travail s'appuie sur des recherches bibliographiques diverses (livres, revues spécialisées, rapports administratifs, enquêtes...) et la consultation de documents internes. Pour évaluer les conditions d'accueil et de prise en charge de cette population il a été nécessaire de faire de l'observation directe au sein du foyer de vie et de l'EHPAD du CH de Carvin. Des entretiens ont également été réalisés avec du personnel de ces deux structures sur le mode semi-directif<sup>5</sup>. Ils avaient pour objectif de situer le problème du vieillissement des personnes handicapées dans l'institution, de voir les réponses qui avaient été développées et d'évoquer les améliorations possibles. Ces entretiens ont été retranscrits dans une grille d'analyse de type classificatoire<sup>6</sup>. Enfin, afin de recueillir des points de vue aussi variés que possible sur le sujet, j'ai rencontré des personnes ressources à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et au Conseil

---

<sup>5</sup> La grille d'entretien est jointe en annexe n°1.

<sup>6</sup> C'est-à-dire que chaque idée formulée a été classée dans une catégorie prédéterminée : prise en charge de la personne handicapées vieillissantes, difficultés rencontrées, aspects médicaux, solutions à envisager...

général du Pas-de-Calais, ainsi que des responsables d'établissements confrontés à cette problématique.

Le vieillissement des personnes handicapées mentales est aujourd'hui un phénomène reconnu par tous, auquel il convient d'apporter des réponses. Cependant cela recouvre une multitude de situations et remet en cause les systèmes actuels d'accompagnement de la perte d'autonomie (1). Le CH de Carvin est lui aussi confronté à ce nouveau besoin et a essayé d'y apporter des solutions, qui apparaissent cependant aujourd'hui insuffisantes(2). Afin de développer des réponses de qualité, individualisées le directeur doit développer un management et s'appuyer sur des outils pour mobiliser l'ensemble des acteurs dans une dynamique de changement et de projet (3).

# **1 Les personnes handicapées mentales vieillissantes, une multitude de situations interrogeant nos systèmes d'accompagnement**

Si le vieillissement des personnes handicapées est une réalité, déjà en 2002 l'enquête Handicaps, Incapacités-Dépendances (HID) en recensait 635 000<sup>7</sup>, la prise en compte de cette réalité (1.3) nécessite un effort de clarification. Toute la difficulté réside dans la recherche d'une définition précise de cette population appelée « personnes handicapées vieillissantes » (1.1) et dans sa position, au croisement de deux secteurs, celui de la prise en charge de l'âge et celui de la prise en charge du handicap (1.2).

## **1.1 Les personnes handicapées mentales vieillissantes : une population difficile à définir**

Il est difficile de déterminer précisément le nombre de personnes handicapées mentales vieillissantes, tant les situations de ces personnes sont hétérogènes. En effet le handicap mental renvoie à une multitude de situations (1.1.1) auxquelles s'ajoute un vieillissement dont le processus n'est pas homogène (1.1.2).

### **1.1.1 Le handicap mental : une hétérogénéité de situation**

Malgré un effort de définition de la notion de handicap (A), il est toujours difficile de définir précisément le handicap mental tant il recouvre une multitude d'origines et de caractéristiques (B).

A) La notion de handicap

Lorsque l'on doit aborder la question des personnes handicapées, dans quelque domaine que ce soit, nous nous heurtons au problème de la définition du handicap. Le contenu notionnel du handicap est difficile à appréhender, « le handicap est un terme

---

<sup>7</sup> Ce chiffre doit être apprécié au regard de la définition : « personnes de 40 ans ou plus qui présentent au moins une déficience survenue avant l'âge adulte et une incapacité apparue avant 20 ans ». DREES, décembre 2002, *Les personnes handicapées vieillissantes une approche à partir de l'enquête HID*, Études et résultats, n°204.

générique qui englobe des difficultés de nature (psychique, sensorielle...), de gravité (sévère, grave...), de configurations (surhandicaps, handicaps associés...) et de causes (psychologiques, génétiques, traumatiques...) très diverses »<sup>8</sup>.

Avant les années 50 la notion de handicap et de personne handicapée n'existait pas, les personnes atteintes de déficiences physiques, sensorielles ou intellectuelles étaient avant tout perçues comme impotentes, invalides, mutilées, débiles... Le terme handicapé, n'est apparu dans le droit français qu'avec le texte de la loi du 23 novembre 1957 relatif au reclassement des travailleurs handicapés. Il a été repris en 1975 dans la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées. Cependant cette notion n'est pas définie laissant ce soin à des commissions.

L'élaboration par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1980, à partir des travaux du Professeur WOOD, de la classification internationale des handicaps (CIH) peut être considérée comme une « révolution conceptuelle » dans le domaine du handicap. Cette conceptualisation de la notion de handicap a le mérite de distinguer la maladie du handicap, en ne considérant plus le handicap comme une cause de la maladie mais comme une conséquence de celle-ci. Le handicap peut donc être défini comme « l'ensemble des déficiences, incapacités et désavantages sociaux, présenté par une personne en raison d'un problème de santé »<sup>9</sup>. Les déficiences résultant en général d'une maladie, sont les pertes ou les dysfonctionnements des diverses parties ou fonctions du corps. L'incapacité, résultant d'une déficience, s'entend comme toute réduction, partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain. Le désavantage correspond aux difficultés ou à l'empêchement rencontré par les personnes dans l'exercice de leurs divers rôles sociaux (vie professionnelle, familiale, amicale...), résultant à la fois de l'environnement naturel et social et des caractéristiques individuelles.

Cette conceptualisation a été largement utilisée pour rénover la législation française. Il faut cependant attendre la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées<sup>10</sup> pour que le législateur pose une réelle définition du handicap : « constitue un handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une

---

<sup>8</sup> ZRIBI G. in ZRIBI G., SARFATY J., 2003, *Le vieillissement des personnes handicapées mentales*, Rennes : ENSP, p8

<sup>9</sup> Ibidem p 24

<sup>10</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal officiel, n°36 du 12 février 2005, page 2353. Titre I article 2 qui insère l'article L 114 dans le CASF.

personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble invalidant ». Sans toutefois reprendre le vocable de « personne en situation de handicap » propre à la nouvelle classification internationale<sup>11</sup>, la définition légale intègre la dimension environnementale. Aujourd'hui cependant aucune disposition spécifique n'intègre le vieillissement de ces personnes.

Malgré des définitions du terme handicap, le contenu notionnel du handicap est difficile à appréhender, le handicap est une notion relative et toute réflexion sur ce sujet met en jeu l'hétérogénéité de cette population.

Le handicap peut donc être de nature très divers et comprend notamment le handicap mental. Cependant la catégorie du handicap mental n'est pas non plus une notion bien définie.

B) Le handicap mental :

Le handicap mental est une « catégorie nébuleuse »<sup>12</sup> qui recouvre une multitude d'origines et de caractéristiques, ainsi en témoignent les diverses expressions utilisées pour désigner ces personnes : déficiences intellectuelles, retard mental, déficience mentale, déficience de l'intelligence...

On a longtemps distingué le handicap mental de la folie et des troubles psychiques. Pour les handicapés mentaux il était affirmé que le problème résidait dans le déficit d'intelligence, qui était fixé pour toujours et pour les personnes atteintes de troubles psychiques, c'était la notion de maladie qui était mise en avant et donc de mobilité et de réversibilité. Cependant il n'est pas possible d'être si catégorique que cela. R. LIBERMAN considère lui que « la population considérée comme handicapée mentale ne recouvre pas seulement des personnes dites déficientes intellectuelles mais aussi des personnes psychotiques et même des adultes non déficitaire intellectuellement mais qui ne parviennent plus à s'insérer socialement ».<sup>13</sup>

Ainsi l'expression handicapé mental est employée pour désigner « des types et des niveaux de déficiences très différents : les malades mentaux stabilisés et les déficients

---

<sup>11</sup> Classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de 2001

<sup>12</sup> BREITENBACH N., 1999, *Une saison de plus, handicaps et vieillissements*, Paris : Desclée et Brouwer, p49.

<sup>13</sup> LIBERMAN R., 1988, *Handicap et maladie mentale*, Paris : PUF, collection «Que sais-je »,

intellectuels, des handicapés légers, moyens ou profonds, des personnes avec ou sans trouble du comportement, les trisomiques et les non trisomiques»<sup>14</sup>.

Ces différentes définitions du terme handicap mental représentent bien la population accueillies au sein des établissements français pour adultes handicapés mentaux. En effet ces établissements accueillent aujourd'hui des personnes, considérées comme handicapées mentales, qui sont très différentes par l'origine de leur handicap et par leur niveau d'autonomie personnelle et sociale.

Il existe dans cette population autant de variété que dans celle des gens « valides » et, par extension, tout autant d'individualité dans leur façon de vieillir.

### **1.1.2 La réalité du vieillissement des personnes handicapées mentales :**

Pour aborder la question du vieillissement des adultes handicapés affectés de handicap mental, il est nécessaire de poser la question préalable du vieillissement en général et du constat de celui-ci chez les personnes handicapés (A) avant de voir les particularités du vieillissement de cette population (B).

A) Le vieillissement : un concept flou mais une réalité chez les personnes handicapées

La notion de vieillissement semble aller de soi, cependant cerner et définir cette notion s'avère assez difficile, et pour le moins complexe.

Le vieillissement commence à la naissance, il peut être défini comme la transformation avec l'âge de tout être vivant. Pour l'OMS c'est un « processus graduel et irréversible de modification des structures et des fonctions de l'organisme résultant du passage du temps ». Le vieillissement évoque donc une évolution, nous changeons et il faut sans cesse s'adapter à ces changements.

Les effets du vieillissement sont pluriels, ils se caractérisent par un affaiblissement, une baisse des performances et des capacités, par des transformations sur le plan biologique (structures et fonctions physiologiques, mentales, cognitives...) et sur le plan

---

<sup>14</sup> BREITENBACH N., op. cit. p22.

psychologique et social. Ces effets résultent « d'une imbrication de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, culturels et environnementaux dont les influences respectives varient selon les individus »<sup>15</sup>. Le vieillissement et la vieillesse n'ont pas le même impact selon les personnes, ce n'est pas un changement uniforme et linéaire. « Chacun vieillit en partie comme il s'est construit ».

Aujourd'hui les personnes handicapées jouissent d'une longévité de plus en plus importante et accède à cette étape de la vie qu'est la vieillesse. En effet même si les personnes handicapées ont toujours une espérance de vie réduite par rapport aux personnes « valides », celle-ci a augmenté fortement en quelques décennies.

Les travaux du docteur Ph. GABBAI effectués à la fondation « John Bost » en 1991 confirme cette tendance. En comparant l'espérance de vie entre deux périodes (1972-79 et 1980-90) il constate, pour toutes les catégories de handicaps confondues, une augmentation de 12 ans d'espérance de vie, elle passe de 48 ans à 60 ans.

En 2002, l'enquête HID avait identifié 635000 personnes de 40 ans ou plus qui présentaient au moins une déficience apparue avant 20 ans<sup>16</sup>. Cette définition peut cependant être considérée comme restrictive car le handicap peut apparaître après 20 ans. Il est donc très difficile de chiffrer précisément le nombre de personnes considérées comme handicapées vieillissantes. En effet si le recensement des personnes handicapées de plus de 40 ans présentes dans les structures du secteur du handicap mais également de la gérontologie peut être réalisé, il est très difficile de chiffrer le nombre de personnes handicapées vieillissantes qui vivent à leur domicile ou au domicile de leurs parents et ce d'autant plus que certaines peuvent être totalement inconnues des services et vivre sans aucune aide liée à la reconnaissance d'un handicap. Il existe donc une véritable difficulté à chiffrer précisément le nombre de personnes handicapées vieillissantes.

## B) La particularité du vieillissement des personnes handicapées mentales

De nombreux troubles comportementaux ou de phénomènes régressifs sont observés chez les personnes handicapées mentales dès 30 ou 40 ans, ce qui a pu laisser croire à un vieillissement précoce chez ces personnes.

---

<sup>15</sup> ZRIBI G. in ZRIBI G., SARFATY J., 2003, *Le vieillissement des personnes handicapées mentales*, Rennes : ENSP, p8.

<sup>16</sup> DREES, décembre 2002, *Les personnes handicapées vieillissantes une approche à partir de l'enquête HID*, Études et résultats, n°204.

Le vieillissement précoce serait le décalage entre l'âge où apparaîtraient des manifestations de vieillissement et l'âge attendu normalement pour ces manifestations. Leur vieillissement s'enclencherait plus tôt, c'est à dire à un âge moins avancé que dans le reste de la population. Cela voudrait dire que des bornes concernant les effets du vieillissement soient fixées et que celles-ci soient communes à tous les êtres, ce qui peut paraître difficile à concevoir tant les variations individuelles sont importantes.

La précocité du vieillissement des handicapés mentaux est loin de faire l'unanimité chez les praticiens et les chercheurs. Pour le Pr GABBAI « l'impression d'un vieillissement précoce si souvent évoqué tient en fait à la survenue fréquente de « phénomènes de régressions » plus ou moins intenses, plus ou moins rapides, survenant entre 40 et 60 ans. Il s'agit en fait de situation de désadaptation, de rupture d'équilibre précaire, de crise existentielle »<sup>17</sup> qui peuvent prendre l'aspect de manifestations dépressives. Ces phénomènes de régression, de désadaptation peuvent être expliqués par de nombreux facteurs : isolement social et affectif, ruptures de cadres affectifs ou émotionnels, une moins bonne surveillance de la santé, des difficultés de dépistage (problème d'alimentation, de sommeil...) et également la disparition de « la dimension projectuelle »<sup>18</sup>. Ces facteurs n'ont que peu de rapport avec l'âge mais correspondent plus à des carences de prise en charge.

Cependant le vieillissement prématuré peut s'observer chez « certaines pathologies génétiques (dont la trisomie 21), dans certains syndromes d'arriération mentale profonde, dans les affections surajoutées ou encore dans les phénomènes d'usure articulaire précoce spécifiques aux handicapés moteurs »<sup>19</sup>. Ce phénomène de vieillissement prématuré demeure cependant exceptionnel.

En effet en dehors de ces cas particuliers, l'avancée en âge des personnes handicapées s'effectue en règle générale de façon superposable et parallèle à celle de la population générale mais des spécificités peuvent apparaître dues aux conditions de vie. En effet comme pour la population « normale », le vieillissement dépend de causes multifactorielles. Or pour les personnes atteintes d'un handicap les modes de vies peuvent contribuer à un vieillissement spécifique. En effet la prise de neuroleptiques et leurs effets à long terme, l'institutionnalisation et ces effets aliénants, la

---

<sup>17</sup> GABBAI P., septembre 2004, « Longévité et avancée en âge des personnes handicapées mentales et physiques ». *Gérontologie et société, âges et handicaps*, n°110, pp.47-73.

<sup>18</sup> ibidem

<sup>19</sup> AZEMA B., MARTINEZ N., 2003, « Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie et de santé ; qualité de vie ». *Revue française des affaires sociales, une revue de la littérature*, p 310.



sédentarité... « autant d'éléments qui alimentent des trajectoires toujours singulières dans leur apparente similitude »<sup>20</sup>.

De plus, pour les personnes handicapées, les maladies chroniques invalidantes survenant lors du processus de vieillissement normal, viennent ajouter de « l'incapacité à l'incapacité »<sup>21</sup> pré-existante. Le vieillissement aggrave les déficiences, accroît les incapacités et augmente les handicaps, ce qui fragilise encore plus ces personnes.

Chez les personnes handicapées il est donc plus judicieux de parler de vieillissement spécifique ou différentiel, du à leurs conditions de vie, à leur handicap. Comme pour la population générale il y a autant de façon de vieillir que de personnes handicapées.

Comme nous pouvons le déduire de ces constats, il est très difficile de déterminer une limite chronologique de ce qu'on appelle être vieux. Cette limite est très variable d'une personne à une autre et un seuil ne semble pas pouvoir être définis. Celui des 60 ans ne trouve pas de justification pour nombre de personnes handicapées, le vieillissement n'est pas seulement une question d'âge mais dépend également de la vie de chaque individu. Pourtant ce critère d'âge est au fondement de notre système dual de prise en charge de la perte d'autonomie, avec d'un coté le dispositif pour les personnes handicapées et de l'autre le dispositif pour les personnes dépendantes considérées comme âgées. Deux dispositifs au milieu desquels les personnes handicapées vieillissantes se situent.

## **1.2 Les limites d'une politique sociale catégorielle : vers un rapprochement des prises en charge**

Historiquement la prise en charge du handicap et celle de la dépendance se sont différenciées (1.2.1). Cependant l'apparition d'une catégorie intermédiaire composée des personnes handicapées vieillissantes réinterroge ce système et conduit à le repenser (1.2.2).

---

<sup>20</sup> Ibidem p310

<sup>21</sup> Ibidem p311

### 1.2.1 Une différenciation historique de la prise en charge du handicap et de la dépendance

Une représentation sociale historiquement différente du handicap et de la dépendance, a conduit le législateur à développer deux politiques sociales différentes et cloisonnées (A). Le renoncement au terme de handicap pour les personnes âgées au profit de celui de dépendance est une confirmation de cette politique duale (B)

A) La construction d'une distinction :

La distinction entre personnes handicapées et personnes âgées n'a pas toujours été si marquée. Avant les années 1960, la politique commune était celle de l'assistance aux pauvres et se faisait sous la forme d'attribution d'aides en espèce ou en nature. La politique « asilaire » d'institutionnalisation en hospice a eu pour conséquence de faire cohabiter des jeunes infirmes et des personnes âgées. Les personnes âgées et les personnes handicapées ont alors en commun d'avoir des incapacités, des handicaps au sens large.

Cependant ces handicaps n'ont pas la même origine, ceux des personnes âgées sont liés à l'âge, ceux des personnes handicapées sont apparus avant le vieillissement. On peut donc distinguer le handicap inné des handicaps acquis lié à l'âge<sup>22</sup>.

Dés lors deux conceptions du handicap ont été développées. L'accompagnement des personnes handicapées est fondé sur un modèle socio-éducatif où prédominent des valeurs de développement individuel, d'accroissement de capacité et de promotion de l'autonomie des personnes. La prise en charge des personnes âgées est quant à elle plus fondée sur un modèle médical ou sanitaire, que social.

Ainsi en France ont été développés deux dispositifs distincts : celui pour les personnes âgées dont les origines se trouvent dans le rapport Laroque de 1962 et celui pour les personnes handicapées issu du rapport Bloch-Lainé de 1969 et de la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées<sup>23</sup>. Des politiques sociales par population cible ont été développées avec des règles, des institutions et des professionnels distincts.

---

<sup>22</sup> Cette distinction permet notamment de faire la différence entre la notion de handicap mental et de démence.

<sup>23</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. Journal officiel du 1<sup>er</sup> juillet 1975.

Cette différenciation a été accentuée en 1997 avec la création de la Prestation Solidarité Dépendance (PSD)<sup>24</sup> et de la distinction entre le handicap et la dépendance.

## B) La distinction entre le handicap et la dépendance

En 1997 avec la création de la PSD, les pouvoirs publics renoncent à la notion de « handicap » pour parler de la « dépendance » des personnes âgées.

La notion de dépendance en apparue en France au début des années 1970 et a été consacrée par le rapport Arreckx en 1979. La dépendance est « l'état de la personne qui a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ». La notion de dépendance est propre au secteur des personnes âgées.

Afin de démarquer le champs du handicap et de la dépendance le critère d'âge des 60 ans, âge de départ à la retraite, a été repris, légitimant ainsi l'idée qu'une personne de plus de 60 ans doit suivre des procédés d'accompagnement et de compensation différents de ceux d'une personne handicapée plus jeune.

La dépendance des personnes âgées est actuellement évaluée par la grille AGGIR. Cette grille présente un défaut majeur, elle prend en compte essentiellement la dépendance physique et sous évalue la dépendance psychique. Ainsi une étude du CREAL d'Alsace<sup>25</sup> visant à tester l'éventuelle validité de la grille AGGIR pour mesurer le degré de dépendance des personnes handicapées mentales vieillissantes conclue que l'outil n'est pas adapté car il est insuffisamment détaillé sur les variables relevant de la dépendance psychique. Ainsi la grille AGGIR ne peut pas être utilisée pour évaluer les besoins d'aide des personnes handicapées. Ceci renforce l'idée d'une différence entre les personnes âgées et les personnes handicapées.

Le handicap et la dépendance nous sont présentés comme deux réalités distinctes avec comme critère de distinction l'âge. La frontière des 60 ans est une limite importante car elle conditionne des prises en charges institutionnelles et financières différentes.

Cependant comme nous l'avons détaillé précédemment cette barrière ne semble aujourd'hui plus pertinente, l'apparition du vieillissement des personnes handicapées le démontre.

---

<sup>24</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 relative à l'institution d'une prestation spécifique dépendance. Journal officiel, n°21 du 25 janvier 1997, page 1280

<sup>25</sup> CREAL Alsace, mars 1998 « Evaluation de la dépendance des personnes handicapées accueillies en foyers d'accueil pour handicapés graves : à propos de l'utilisation des grilles de dépendance MIF et AGGIR » in ZRIBI G., SARFATY J., 2003, *Le vieillissement des personnes handicapées mentales*, Rennes : ENSP, p 40.

## 1.2.2 La remise en cause de la différenciation des politiques sociales nécessitant un rapprochement des prises en charge

L'apparition d'une catégorie se situant à mi-chemin entre le secteur du handicap et de la gérontologie, les personnes handicapées vieillissantes, a permis de montrer les limites de ce système dual de prise en charge (A). Cela contraint donc à le repenser, pour rapprocher les deux secteurs (B).

### A) Les limites de la différenciation des prises en charge du handicap

L'avancée en âge des personnes handicapées a mis en exergue les limites du système français. En effet le seul critère de l'âge, et non les besoins et attentes, pouvait faire perdre à une personne son statut de personne handicapée.

D'après un arrêt du Conseil d'Etat<sup>26</sup>, arrivé à 60 ans, le statut de l'établissement d'accueil prévalait sur celui de la personne, afin de déterminer le régime d'aide sociale qui lui était applicable. Des lors une personne handicapée de plus de 60 ans qui était hébergée en établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (et non dans un établissement spécialisé pour adultes handicapés) se voyait de manière générale, appliquer le régime d'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées, et non celui spécifique aux personnes handicapées. Or cette situation était défavorable aux personnes handicapées dans la mesure où le régime d'aide sociale à l'hébergement spécifique aux établissements qui leurs sont réservés s'avère plus avantageux que celui applicable aux personnes âgées (par exemple les proches des personnes âgées peuvent être tenus de contribuer au financement de son hébergement au titre du recours aux obligés alimentaires, une telle contribution financière ne peut en aucun cas être demandée pour les parents des personnes handicapées). A l'inverse une personne handicapée de plus de 60 ans hébergée dans un établissement pour adultes handicapés conservait le bénéfice de l'aide sociale aux personnes handicapées. Deux personnes aux besoins similaires pouvaient avoir un statut différent en fonction de leur lieu d'hébergement.

Les récentes évolutions législatives ont essayé d'atténuer cette limite d'âge. Depuis la loi du 2 janvier 2002<sup>27</sup>, les établissements et services qui ont vocation à accueillir des adultes handicapés peuvent continuer à le faire au delà de l'âge de 60 ans. En effet

---

<sup>26</sup> Conseil d'état, 25 avril 2001, Garofalo, n° 214252

<sup>27</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel, n°2 du 3 janvier 2002, page 124

l'article L 312-1 du CASF précise que sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux « les établissements et les services qui accueillent des personnes adultes handicapées, quelque soit leur degré de handicap ou leur âge ».

La loi du 11 février 2005 vise également à faciliter la continuité des prises en charge. La loi pose en effet le principe qu'une personne handicapée de plus de 60 ans peut conserver le bénéfice du régime d'aide sociale des personnes handicapées lorsqu'elle est hébergée dans un établissement pour personnes âgées. Il faut toutefois qu'elle ait, soit été accueillie dans un établissement ou un service pour personnes handicapées adultes soit un taux d'incapacité d'au moins 80% lorsqu'elle n'a pas été accueillie ou suivie par un établissement ou un service pour adultes handicapés. De plus le droit à la prestation de compensation du handicap (PCH) peut être maintenu si le handicap a été reconnu avant 60 ans. La personne ayant alors le choix avec l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Malgré ces progrès pour les adultes handicapés vieillissants, des difficultés sont encore perceptibles et des disparités liées à l'âge posent des problèmes d'équité. En effet deux personnes présentant des déficiences ou des incapacités identiques, n'auront pas droit aux mêmes avantages si elles ne se trouvent pas dans la même catégorie. Cependant les évolutions et les débats récents démontrent une volonté de rapprochement des deux secteurs.

## B) Vers un rapprochement des deux secteurs

Les difficultés liées à deux systèmes de prise en charge différents, fondés surtout sur un critère d'âge, ont été entendues, des volontés de rapprochement des deux secteurs sont perceptibles.

La création par la loi du 30 juin 2004, relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées<sup>28</sup>, de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), offre un cadre au rapprochement des deux secteurs : personnes âgées et personnes handicapées.

---

<sup>28</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Journal officiel, n°151 du 1 juillet 2004, page 11944

Elle contribue au financement de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire. Elle contribue ainsi au financement de l'APA et de la PCH. Elle intervient donc sur les deux champs même si les enveloppes sont encore séparées.

De plus le législateur a explicitement prévu dans la loi du 11 février 2005 la nécessité de faire évoluer ce dispositif dual en prévoyant que « dans un délai maximum de 5 ans, les dispositions de la présente loi, opérant une distinction entre les personnes handicapées en fonction de critère d'âge, en matière de compensation du handicap et de prise en charge des frais d'hébergement en établissements sociaux et médico-sociaux seront supprimées ».

La création d'un cinquième risque de protection sociale pour le financement des aides à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées serait l'aboutissement de cette convergence des secteurs. Le souhait est d'avoir un droit à compensation du besoin d'aide à l'autonomie ouvert à toute personne en situation de handicap quel que soit son âge. Cela pourrait passer par la mise en place d'une prestation unique de compensation, en lieu et place des actuelles APA et PCH, dont l'allocation reposerait sur une évaluation individualisée des besoins et de la situation, consignée dans un plan individualisé de compensation prenant en compte le projet de vie des personnes. Le projet de loi est actuellement en écriture.

Toutefois sans attendre les évolutions législatives, plusieurs départements expérimentent ou compte expérimenter des « maisons de l'autonomie » soit sous la forme d'un regroupement de structures, soit par la mutualisation d'outils. Certains départements « s'engagent dans un rapprochement géographique de leurs équipes d'accueil et d'évaluation des personnes âgées et handicapées », d'autres « réfléchissent à une convergence de leurs pratiques professionnelles, considérant que les outils, les méthodes, les professionnels, et les dispositifs mobilisés pourraient être communs ». Certains de ces projets allant vers une convergence des politiques sont soutenus par le CNSA. Le département du Pas de Calais est site expérimental d'une maison de l'autonomie et de l'intégration des personnes malades d'Alzheimer (MAIA), avec une forte dimension de convergence.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> CNSA Lettre, aout 2009, « Qu'est ce qu'une maison de l'autonomie ». <http://www.lalettrecnsa.fr>.

Ce rapprochement des deux secteurs peut également être perceptible à travers les établissements pour personnes âgées.

En effet depuis quelques années ces établissements sont confrontés à l'accueil des personnes handicapées vieillissantes. Ainsi l'accueil de cette population est l'occasion d'un rapprochement du secteur de la gérontologie et du handicap, d'un partage de connaissances, d'outils et œuvre à l'interdisciplinarité. Le directeur doit œuvrer dans ce sens afin de lever les peurs et d'apporter un accompagnement de qualité aussi bien pour les personnes handicapées âgées que pour les personnes âgées handicapées.

Cette recherche de synergie entre les deux types de prise en charge ne doit pas être perçue comme une négation des attentes spécifiques de chaque secteur mais bien comme une mutualisation des moyens pour mieux s'adapter à des situations individuelles et plurielles quelque soit l'origine de la perte d'autonomie.

### **1.3 Une prise en compte de cette problématique par les collectivités publiques**

Malgré une législation encore prudente concernant les personnes handicapées vieillissantes, de nombreuses initiatives d'établissements accompagnant les personnes handicapées vieillissantes ont vu le jour. Cela a été possible grâce à une prise en compte de cette problématique au niveau des autorités de tarifications départementales (1.3.1). Le département du Pas de Calais est également confronté à une augmentation du nombre de personnes handicapées âgées et tente de développer lui aussi des structures permettant de répondre à la diversité des besoins des personnes handicapées vieillissantes (1.3.2).

#### **1.3.1 Une prise de conscience du vieillissement des personnes handicapées par les autorités de tarifications**

Les réflexions, les études, les rapports menés sur le vieillissement des personnes handicapées a permis une prise de conscience. Malgré les difficultés liées au clivage entre les politiques sociales pour les personnes handicapées et les personnes âgées ce sont développé en France des solutions tenant compte de la vieillesse des personnes handicapées mentales.

Ainsi des structures ont fait l'objet d'expérimentation dans nombre de départements : des foyers de vie spécialisés, des sections spécifiques dans les maisons de retraite, des

maisons de retraites spécialisées, des accueils conjoints personnes handicapées vieillissantes et leurs parents. Des aménagements ont été effectués : temps partiel de travail en CAT, ouvertures de foyers d'hébergement dans la journée, accueil de jour... Des soutiens à la vie à domicile ont pu être développés notamment par des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) spécialisés pour personnes handicapées. Autant d'expériences qui montrent que des adaptations souples sont possibles dans le système actuel, c'est le résultat d'une volonté et des capacités d'adaptation des directeurs des établissements concernés et des autorités de tarification qui ont accompagné ces expériences.

Ces diverses formules répondant aux besoins des personnes handicapées âgées ou vieillissantes montrent bien qu'il n'y a pas de solution unique dans la réponse au vieillissement des personnes handicapées.

Ces expérimentations sont précieuses et ouvrent la voie à un développement plus généralisé. En effet une prise en compte de la nécessité de développer un accompagnement de qualité pour les personnes handicapées vieillissantes est perceptible chez les autorités publiques. Dans les schémas départementaux en faveur des personnes handicapées en cours d'application ou en cours d'élaboration, la question du vieillissement des personnes handicapées est quasi systématiquement abordée, avec la volonté de diversifier les propositions d'accueil et de promouvoir les propositions intéressantes. Cependant on peut déplorer que le travail sur le schéma départemental en faveur des personnes handicapées soit rarement mis en commun avec celui des personnes âgées. D'après l'enquête de l'observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS) en 2006<sup>30</sup> seuls 4 départements avaient organisé une mise en commun du travail d'observation. Les schémas restent donc encore cloisonnés.

Convaincre, expliquer, débattre, étudier, autant de démarches que le directeur doit être capable de mener auprès des pouvoirs publics et des autorités de tarifications pour étayer et argumenter la mise en œuvre de réponses adéquates.

### **1.3.2 Le développement de cette problématique au sein du département du Pas de Calais**

Dans le département du Pas de Calais l'espérance de vie des personnes handicapées s'est également considérablement accrue

---

<sup>30</sup> Rapport ODAS, 2006, *Maison départementale des personnes handicapées, une réforme bien engagée*, Paris, 28p



Entre 2001 et 2005 le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans accueillies en foyer de vie, en foyer d'accueil médicalisé (FAM), en foyer d'hébergement, en accueil de jour ou suivies par un service d'accompagnement a progressé de 112% et le nombre de personnes âgées de 45 à 60 ans accueillies dans ces mêmes structures a progressé de près de 50%. Près de 2000 personnes handicapées résidant dans le Pas de Calais sont concernées par la problématique du vieillissement : environ 600 personnes handicapées âgées de plus de 45 ans sont en établissement, 700 personnes âgées de plus de 45 ans vivent à domicile et 500 travailleurs handicapés peuvent, dans les 5 à 10 ans à venir, faire valoir leurs droits à la retraite.

Dès le schéma départemental en faveur des personnes handicapées 2003-2008 la thématique du vieillissement des personnes handicapées a été identifiée comme une priorité. Une réflexion a été menée depuis mars 2005 à l'échelle du département afin de déterminer les différents types de réponses, l'objectif étant de proposer une palette de solutions d'accompagnement diversifiées aussi bien à domicile qu'en établissement, permettant de répondre aux différentes situations. Ainsi des solutions d'accompagnement nouvelles et spécifiquement dédiées à l'accompagnement du vieillissement ont été imaginées pour répondre au mieux aux besoins de la personne : les établissements ou sections pour personnes handicapées vieillissantes (PHV) et les établissements d'hébergement pour personnes âgées handicapées (EHPA-H).

Les établissements ou sections « PHV » sont destinés aux personnes handicapées âgées de plus de 45 ans, dont l'accompagnement actuel n'est plus satisfaisant compte tenu des signes de vieillissement que présente la personne. Les EHPA-H sont destinés aux travailleurs handicapés retraités, âgés d'au moins 55 ans, ou aux personnes handicapées âgées de 60 ans ou plus, et ayant conservés certaines capacités d'autonomie. Le souhait est également de transformer des places déjà existantes en établissement (foyer de vie, FAM, MAS) en places dédiées à l'accompagnement du vieillissement.

Ce programme d'équipement constitue un premier pas. L'écriture du schéma départemental 2009-2013 permet de poursuivre la réflexion, afin d'étayer les réponses d'accompagnement. Les grandes orientations du schéma ont été adoptées début 2009. Une des orientations est « d'adapter l'offre médico-sociale aux besoins des personnes handicapées notamment aux besoins nouveaux tel que les personnes handicapées vieillissantes ».

## Conclusion I :

Même si les personnes handicapées considérées comme vieillissantes sont difficile à appréhender du fait de la très grande hétérogénéité des situations, « il y a autant de façon de vieillir qu'il y a de personne », elles sont de plus en plus nombreuses à atteindre un âge élevé. Ces personnes aux besoins spécifiques nécessitent une adaptation qualitative et quantitative de l'offre en établissement afin de leurs offrir des réponses diversifiées prenant en compte toute l'individualité des parcours de vie, et leur permettant ainsi un véritable choix, afin qu'elles vivent le plus dignement possible cette période de la vie.

L'ensemble des acteurs, pouvoirs publics, autorités de tarification, directeurs d'établissements doivent se mobiliser ensemble afin de trouver des solutions adaptées. La diversification de l'offre locale implique de fait un travail partenarial entre les divers acteurs de la question des personnes handicapées âgées, le directeur d'établissement en étant incontournable, voir à l'origine car de nombreux établissements, de par la volonté du directeur, appuyé par celle des équipes, essayent de développer des solutions qu'ils considèrent être les mieux adaptées.

## **2 Un accompagnement difficile des personnes handicapées âgées au sein du Centre Hospitalier de Carvin**

L'émergence d'un besoin réel et spécifique, en matière d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes accueillies au CH de Carvin (2.1), a nécessité une évolution et une adaptation des prises en charges. Cependant malgré une adaptation progressive aux besoins des personnes handicapées vieillissantes au sein du foyer de vie, cet accompagnement semble encore poser des difficultés (2.2). Une autre réponse possible est l'accueil de ces personnes au sein de l'EHPAD. Cependant celui-ci semble également être aujourd'hui inadapté (2.3).

### **2.1 Le Centre Hospitalier face à de nouveaux besoins engendrés par le vieillissement des personnes handicapées accueillies**

Le foyer de vie du CH de Carvin voit aujourd'hui ses résidents avancer en âge (2.1.1). Afin d'offrir un accompagnement de qualité à ces personnes, il est nécessaire que l'on repère leurs besoins (2.1.2).

#### **2.1.1 La réalité du vieillissement des personnes handicapées accueillies au Centre Hospitalier de Carvin**

De par son histoire, le CH a développé un accompagnement pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées (A). Comme de nombreuses structures pour adultes handicapés mentaux, le foyer de vie est aujourd'hui confronté à un vieillissement de ses résidents (B).

A) Un accueil des personnes handicapées et des personnes âgées historique : de l'Hospice aux structures sanitaires, sociales et médico-sociales

L'hospice de Carvin a été fondé en 1854 au moyen d'une donation, d'une souscription des habitants, d'une subvention de la commune et du bureau de bienfaisance. Des activités sanitaires, un service de chirurgie générale (30 lits) ouvert en 1904 et une maternité (20 lits) créée en 1963 ont été développés autour de l'Hospice de 96 lits. La restructuration du secteur sanitaire a fait que le CH de Carvin a souhaité développer des réponses aux besoins de la population locale. Ainsi suite à la fermeture du service de

chirurgie en 1995, 30 lits de soins de suite et de réadaptation de gériatrie clinique sont créés au service de la population âgée du secteur. Puis en 2004, 20 lits de soins de suite et de réadaptation en addictologie (alcoologie) sont créés à la suite de la fermeture de la maternité en 1992.

A coté de ce secteur sanitaire le CH a développé un secteur médico-social.

Dés 1978 il est créé un établissement médico-social, la maison de retraite « La Roseraie » de 80 lits. Suite à la fermeture de l'Hospice en 1986, 80 lits de maison de retraite « Les Orchidées » sont créés dont 20 lits de cure médicale. Elle a eu au début vocation à accompagner des résidents de l'Hospice. En 1999, la maison de retraite « La roseraie » est fermée, elle sera démolie en 2008. La maison de retraite « Les Orchidées » a accompagné des personnes handicapées qui étaient autrefois à l'hospice. En 2009, 11 résidents de l'ancien Hospice sont encore présent à l'EHPAD « Les Orchidées », avec une moyenne d'âge de 74 ans et une durée moyenne de séjour au sein du CH de 31 ans. L'EHPAD « Les Orchidées » a pour caractéristique d'accueillir une population considérée comme « lourde » en termes de prise en charge. Ceci peut s'expliquer par son histoire avec la présence de lits de cure médicale et par les liens développés avec le service de soins de suite de gériatrie clinique. Fin 2008 le GMP était de 907 et le PMP de 267. La grande dépendance, la poly-pathologie, l'âge avancé des résidents (moyenne d'âge de 81.4 ans), l'importance des troubles cognitifs sont la réalité quotidienne du service nécessitant des prises en charge adaptées. Une reconstruction de l'EHPAD va être réalisée. Le nouveau bâtiment aura 120 lits et 5 places d'accueil de jour (cela correspond aux 80 lits existant actuellement et 40 lits des 80 lits de l'ancienne « Roseraie »).

Le souhait était de créer un foyer de vie pour adultes handicapés mentaux au sein du Centre Hospitalier. Celui-ci a ouvert ses portes en 1999. L'agrément permet d'accueillir 20 personnes handicapées de 20 à 60 ans. Il est destiné à des personnes déficientes intellectuelles « à autonomie plus ou moins réduite, ne pouvant pas travailler en atelier protégé, mais gardant une capacité à accomplir les gestes de la vie quotidienne ». Les pathologies et déficiences rencontrées au foyer sont diverses : retard mental, schizophrénie, troubles du comportement, troubles du développement psychologique, autisme... avec souvent des pathologies associées (de la fonction respiratoire, de la fonction cardio-vasculaire, diabète, obésité...). Environ 40% des résidents proviennent de services psychiatriques. Une extension du foyer de vie de 30 lits est en cours, passant ainsi de 20 places à 50 places.

## B) Le vieillissement des personnes handicapées du foyer de vie

Depuis quelques années, les personnes les plus âgées au sein du foyer de vie représentent une part croissante de la population accueillie.

La moyenne d'âge des résidents du foyer de vie, début 2009, était de 48.5 ans. 4 personnes ont entre 55 ans et 60 ans et 9 personnes ont entre 50 ans et 54 ans, 65% de la population ont donc plus de 50 ans<sup>31</sup>.

Avec cette avancée en âge se pose la question de savoir jusqu'où il est possible d'accompagner ces personnes et quelles sont les limites de la mission du service dont la vocation était d'accueillir des personnes « ayant la capacité à accomplir les gestes de la vie quotidienne », ce qui n'est aujourd'hui parfois plus le cas.

De nombreuses demandes d'admission au foyer de vie sont formulées (plus de 500 personnes sont actuellement sur la liste d'attente). Depuis quelques années parmi ces demandes de placements, certaines concernent des personnes de plus de 50 ans voir de plus de 55 ans.

Cette longue liste d'attente fait naître des interrogations. Le fait de prolonger l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes notamment au delà de 60 ans ne risque-t-il pas de perturber l'ensemble du système de prise en charge en ne pouvant plus accueillir des plus jeunes faute de place disponible. Le risque est « de voir apparaître un engorgement comparable à celui constaté dans les années 1990 dans les établissements pour enfants handicapés et qui a conduit, faute de mieux, à adopter dans l'urgence « l'amendement Creton » ». <sup>32</sup>

Deux résidents du foyer de vie ayant atteint 60 ans ont récemment été orientés à l'EPHAD du CH de Carvin notamment à cause de l'inadaptation du service à leurs besoins spécifiques, surtout au niveau médical. En effet en avançant en âge des nouveaux besoins apparaissent et lorsque les besoins de soins deviennent réguliers ou s'accroissent, ils apparaissent comme les repères clés des limites de l'accueil au sein du foyer de vie.

---

<sup>31</sup> Voir l'étude quantitative sur l'âge des résidents du foyer de vie « Les genets » en Annexe 1

<sup>32</sup> MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE AUX PERSONNES AGEES ET AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE, RAPPORT de M Paul Blanc, 11 juillet 2006, *Une longévité pour les personnes handicapées vieillissantes un nouveau défi pour leur prise en charge*, p 13.

## 2.1.2 Les besoins de prise en charge engendré par le vieillissement des personnes handicapées accueillies

Certaines conséquences de l'avancée en âge des personnes handicapées mentales peuvent être perceptibles par les équipes assez tôt, dès 40-45 ans parfois. Ces conséquences sont diverses il y a des signes physiques, psychologique mais également des aspects médicaux(B). Ceux-ci doivent être bien repérés afin d'y apporter des réponses convenables (A).

### A) Un repérage des besoins nécessaire mais difficile

C'est par le repérage et l'analyse des besoins que peut commencer la quête de réponses aux besoins des usagers. En effet « l'analyse des besoins peut devenir la pierre angulaire d'une démarche qualité »<sup>33</sup>. Cependant la tâche n'est pas toujours facile. D'abord des conceptions différentes du besoin peuvent s'opposer ou se compléter. Comme l'explique Philippe DUCALET et Michel LAFORCADE, trois types de besoins coexistent : « les besoins subjectifs ressentis par la personne concernée, par son entourage ou par les professionnels qui interviennent auprès d'elle. Les besoins objectifs repérés par l'analyse des difficultés sociales d'une personne, par l'analyse de son handicap, par la biologie, l'imagerie médicale, l'épidémiologie, ou par le diagnostic clinique. Les besoins qui peuvent être créés ou façonnés par les institutions elles même, l'offre créant en partie le besoin ».<sup>34</sup>

Puis la présence d'une déficience intellectuelle rend souvent délicate la reconnaissance de l'émergence de pathologies liées à l'âge. En effet de telles pathologies (baisse de leur acuité visuelle, de leurs capacités auditives...) sont déjà parfois difficilement dépistées et acceptées auprès de personnes ayant toutes leurs facultés intellectuelles. Se pose donc la question du dépistage chez les personnes handicapées mentales qui ne se rendent pas toujours compte de ces phénomènes ou n'arrivent pas à les exprimer à cause de difficultés de communication.

La recherche des besoins réels des personnes handicapées mentales vieillissantes peut donc être difficile, et ceci d'autant plus qu'il n'existe pas de référentiel médical permettant de déterminer vers quoi il convient de porter l'attention, ni comme on a pu le voir de

---

<sup>33</sup> DUCALET P., LAFORCADE M., 2003, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales. Sens, enjeux et méthodes*, Paris : Seli Arstan, p 52-53.

<sup>34</sup> Ibidem

référentiel pour mesurer la dépendance et donc le besoin d'accompagnement qu'elles nécessitent, qui soit adapté aux personnes handicapées âgées<sup>35</sup>.

Enfin aucune généralité ne peut être faite concernant les effets du vieillissement et les besoins que cela génère chez les personnes handicapées. Cependant quelques caractéristiques peuvent être énoncées

## B) Les caractéristiques des besoins des personnes handicapées âgées

A la lecture des dossiers des résidents, lors des informations transmises lors de réunions d'équipe, lors de mes entretiens j'ai pu noter que certains résidents vieillissants présentaient des signes de vulnérabilités physiques, psychiques et médicales particuliers.

L'avancée en âge diminue les capacités motrices et aggrave les dépendances physiques. Les personnes éprouvent des difficultés pour se déplacer, ainsi il est parfois nécessaire de faire appel à du matériel adapté (fauteuil roulant, déambulateur...). Le plus souvent les équipes évoquent les dépendances liées au nursing, la toilette doit être accompagnée, des difficultés de transfert dans la baignoire apparaissent. En vieillissant les personnes handicapées semblent avoir besoin d'avantage de soins de nursing qu'auparavant.

Des rythmes de vie différents sont également évoqués par le personnel. Ainsi les personnes handicapées âgées semblent changer leurs habitudes de vie, ils avancent leur heure de coucher. Ils sont davantage fatigués, ils s'endorment plus fréquemment ou ont des états de somnolence de plus en plus fréquents. Le personnel évoque également la recherche de calme, les personnes vieillissantes cherchent à fuir le bruit et donc parfois les activités. Selon le personnel « ils ont moins d'entrain pour les activités » et « il faut constamment les solliciter sinon ils ne feraient rien ».

Une des conséquences de l'avancée en âge des personnes handicapées est également une perte de relation sociale et familiale. Les adultes handicapés mentaux sont pour l'essentiel célibataires, n'ont pas de descendance et l'existence de parents diminue au fur et à mesure de l'avancée en âge des personnes handicapées. Le vieillissement du réseau familial laisse la personne dans un certain isolement relationnel. L'institution devient la source unique de la dimension relationnelle et leurs attentes relationnelles et affectives vont se concentrer sur le personnel. De plus l'expérience de deuil peut être source

---

<sup>35</sup> L'outil AGGIR ne semble pas adapté pour évaluer les besoins d'aide des personnes handicapées vieillissantes. Voir sur ce point le 1.2.1 B.

d'anxiété importante et de rupture de l'équilibre psychique souvent fragile de ces personnes.

Ces différents effets qui peuvent paraître comme « classiques » de l'avancée en âge sont toutefois chez les personnes handicapées remarqués parfois assez tôt, vers 40-45 ans. Ceci peut s'expliquer notamment par leurs conditions de vie : la prise à long terme de neuroleptiques, les activités physiques insuffisantes ou les états d'immobilités prolongées, l'alimentation difficile, l'isolement social et affectif... peuvent être des facteurs accélérateurs des effets du vieillissement.

Comme ont pu le faire remarquer les personnes interrogées, il n'est pas possible de généraliser ces effets à tous les résidents. En effet comme nous l'avons déjà évoqué, le vieillissement n'a pas les mêmes conséquences selon les individus. Pour certains résidents considérés comme âgés peu de signes sont observés. Ainsi Mme M, handicapée mentale légère, à 61 ans va pratiquement chaque après-midi en ville et rejoint parfois le club des anciens ou passe « faire un bonjour » à des connaissances au sein de l'EHPAD. Elle dit souvent « moi aussi j'irais à la maison de retraite mais pour l'instant je ne suis pas encore vieille, j'irais quand je serais vieille ». Mme M semble avoir encore plein d'énergie malgré quelques problèmes médicaux qui sont apparus depuis quelques années.

Les problèmes médicaux sont également souvent évoqués par le personnel. D'après une étude de Van Schrojenstein Lantman-de Valk<sup>36</sup> le taux de prévalence des problèmes de santé sont 2.5 fois plus élevés chez les personnes handicapées qu'en population générale. Des difficultés d'ordre pathologique et médical apparaissent : troubles digestifs, troubles respiratoires ou circulaires...La prévalence des surdités ou des troubles de l'audition est très élevée chez les personnes déficientes intellectuelles, tout comme les troubles visuels très sévères (cécité) ou sévères. Des problèmes de diabète, d'obésité sont également très fréquents. Certains résidents âgés deviennent également incontinents et des protections sont alors nécessaires.

La dépendance liée à l'âge ajoute à la situation de la personne handicapée de nouveaux besoins d'accompagnement, car elle aggrave les déficiences, accroît les incapacités et augmente les handicaps. L'identification de ces besoins est importante car elle va

---

<sup>36</sup> AZEMA B., MARTINEZ N., 2003, « Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie et de santé ; qualité de vie ». *Revue française des affaires sociales, une revue de la littérature*, p312.



permettre aux structures pour adultes handicapées de trouver des solutions afin d'adapter leur accompagnement.

## **2.2 L'accompagnement du vieillissement des résidents du foyer de vie lacunaire malgré une volonté d'adaptation progressive aux besoins**

Face au vieillissement des personnes handicapées accueillies, le foyer de vie a progressivement, grâce à une remotivation du personnel, adapté son fonctionnement afin d'accompagner au mieux ces personnes (2.2.1). Cependant ces adaptations semblent être sur certains points insuffisantes pour permettre l'accompagnement de l'ensemble des résidents du foyer de vie (2.2.2).

### **2.2.1 Une démarche d'adaptation de l'accompagnement**

Une prise en compte du vieillissement des résidents du foyer de vie permettant d'aménager et d'adapter l'accompagnement (B) à nécessité un travail de renouvellement de la motivation de l'équipe (B).

#### **A) Une re-motivation au préalable de l'équipe**

L'équipe du foyer de vie a présenté des difficultés à accepter le vieillissement des résidents, la diminution de leurs facultés mentales et physiques, d'où des difficultés pour adapter leurs pratiques et leurs comportements aux besoins. Il y avait un véritable déni du vieillissement de la part du personnel.

L'historique de la structure peut expliquer cela. La création du foyer de vie a été réalisée à la fermeture d'une des maisons de retraite du CH. Certaines personnes travaillant alors à la maison de retraite ont souhaité évoluer professionnellement et être formées à l'accompagnement d'adultes handicapés. La grande majorité du personnel du foyer de vie a eu ce parcours professionnel. De profession initiale d'aide soignant, ils ont donc développé un accompagnement éducatif basé sur les apprentissages, la progression « des jeunes », l'acquisition de nouvelles compétences, de nouveaux savoirs.

Le vieillissement des résidents leur demande une nouvelle fois un travail d'adaptation de leurs pratiques. Cependant le vieillissement leur rappelle leur ancienne fonction qu'ils avaient choisis de quitter et donc réinterroge leur identité professionnelle. Ainsi certains

professionnels considéraient « qu'ils étaient revenu à l'EHPAD » alors « que ce n'était plus leur travail », lorsque la dépendance des résidents a augmenté. Comme a pu l'évoquer le Dr GABBAI « ces patients vieillissants, déprimés ou déments, privent les équipes des satisfactions attachées aux progrès accomplis, mais aussi des satisfactions attachées « aux lignes de fuite » que constituent sorties, courses, repas au restaurant, camps et autres animations moins faciles ou impossibles maintenant à réaliser »<sup>37</sup>. Ceci peut faire naître un sentiment de frustration et une démotivation.

Un travail autour de la remotivation de l'équipe a du être effectué. La mise en place de rencontres afin d'échanger sur ce sujet, et de réfléchir sur un accompagnement axé sur un maintien des acquis plutôt que sur l'apprentissage a été réalisé. Un véritable accompagnement de l'équipe a du être effectué par l'encadrement et la direction.

La réalisation d'une extension du foyer de vie de 30 lits pour accueillir les personnes handicapées mentales adultes, a fait naître également, malgré les peurs liées au changement, un espoir de pouvoir à nouveau jouer un rôle éducatif et de pouvoir enrichir les activités, car la population qui sera accueillie sera plus jeune que la population actuelle du foyer.

Cette acceptation du phénomène du vieillissement des résidents « qu'ils pensaient qu'ils allaient rester jeunes », a permis à l'équipe de réaliser des adaptations dans l'accompagnement pour les personnes handicapées vieillissantes.

B) Les adaptations réalisées au foyer de vie afin d'être en adéquation avec les besoins

Au sein du foyer de vie depuis quelques années une prise de conscience du vieillissement des résidents a été ressentie. Des adaptations ont été apportées par les professionnels, dans la prise en charge des résidents vieillissants, avec l'aide et le soutien de la direction, afin de répondre au mieux à leurs besoins.

Le rythme de la journée a été adapté au rythme de vie des résidents. Le lever du matin est libre. La matinée est notamment consacrée aux soins corporels et d'esthétique avec les toilettes, à la réalisation des tâches domestiques telles que le rangement des chambres... Depuis quelques années l'activité du matin est mise en place seulement si cela est possible et si il y a du temps de disponible. Un temps de sieste ou de pause est prévu après le déjeuner avant de commencer les activités.

---

<sup>37</sup> BREITENBACH N., 1999, *Une saison de plus, handicaps et vieillissements*, Paris : Desclée et Brouwer, p 46.

Les activités de l'après-midi ont été adaptées aux capacités et aux aspirations des résidents tout en essayant de maintenir leurs acquis et de poursuivre leur développement à chaque fois que cela est possible. Les activités sportives ont été réduites dans la durée et dans leur intensité. Les sorties pédestres se font plus prudemment, il est parfois emmené un fauteuil lorsque des difficultés de motricité se sont développées chez le résident.

Les professionnels essayent de consacrer davantage de temps en individuel, ils sont plus dans le soin relationnel afin d'être plus à l'écoute de la personne, d'aller à leur rythme et de les stimuler.

Des actions de préventions ont été développées afin d'éviter une dégradation de l'état général. Des dépistages, des suivis médicaux sont réguliers et des points de vigilances ont été développés (lutte contre les fausses routes, suivis et surveillance des sels...). Des aides techniques ont été mises en place, il s'agit principalement d'appareillages visant à compenser une mobilité réduite : déambulateur, fauteuil roulant, 5 lits médicalisés ont été installés dont un à hauteur variable, un lève-malade...

Progressivement l'accompagnement s'adapte aux besoins et aux demandes des résidents vieillissants. Cependant des difficultés sont encore présentes.

### **2.2.2 Des difficultés dans l'accompagnement toujours perceptibles**

Malgré les adaptations que nous avons détaillées précédemment, il existe toujours des difficultés pour permettre un accompagnement de qualité pour l'ensemble des résidents du foyer de vie. En effet se pose la question de la cohabitation entre les personnes handicapées « jeunes » et les personnes handicapées vieillissantes, les attentes et les besoins étant différents, les réponses apportées devraient donc être différentes (A). L'absence de médicalisation de la structure constitue également une difficulté pour la prise en charge des personnes vieillissantes (B).

A) La difficulté d'accompagner deux générations : des besoins et des attentes différents

Le vieillissement de résidents du foyer de vie et la volonté de les maintenir le plus longtemps possible, en adaptant la structure, fait naître une interrogation concernant l'accompagnement de personnes de différentes générations. En effet des nombreuses études ont été réalisées concernant la cohabitation des personnes handicapées vieillissantes avec des personnes âgées mais peu s'intéressent aux difficultés liées à la

cohabitation de deux générations de personnes handicapées et pourtant des interrogations peuvent naître.

A côté des personnes handicapées vieillissantes, vivent aussi des personnes plus jeunes ayant ici entre 30 et 45 ans, pour certaines très demandeuses d'activités, dont les besoins, les capacités d'acquisitions et de consolidations des acquis sont importants. Or le fait d'avoir ajuster le rythme de vie, les activités au sein du foyer de vie pour répondre au mieux aux besoins des personnes handicapées vieillissantes a pour conséquence une diminution des activités pour les plus jeunes, et parfois un rythme de vie qui ne leur convient peut être pas. Actuellement la capacité et les moyens du foyer de vie ne permettent pas de faire des groupes de niveau plus homogènes pour les activités et donc pour le moment peu de prestations peuvent correspondre à leurs besoins et capacités. Se pose donc la question de savoir si une cohabitation de personnes handicapées vieillissantes et de personnes handicapées plus jeunes est judicieuse d'autant plus qu'une individualisation des accompagnements n'est pas véritablement réalisée.

Outre l'analyse des besoins et attentes, les professionnels évoquent également des difficultés de cohabitation pour les résidents les plus âgés. Les résidents plus jeunes peuvent faire du bruit, se disputer, s'embêter, faire des plaisanteries, et ils bougent beaucoup. Cela peut ne pas être supporté par les personnes handicapées âgées qui recherchent souvent du calme et de la tranquillité.

Mais à l'inverse la présence de personnes plus jeunes peut également être une source de dynamisme pour l'ensemble des résidents et des professionnels. Celles-ci peuvent être des personnes entraînant dans les animations, « ils remettent de la joie, de la vie à un groupe ». De plus une entraide peut se développer par exemple au moment des repas ou des activités.

Cette question de la cohabitation entre personnes handicapées plus jeunes et personnes handicapées vieillissantes va se poser encore plus fortement avec l'extension du foyer de vie. En effet le passage de 20 à 50 lits va entraîner l'admission de nouveaux résidents beaucoup plus jeunes. Avec cette extension, le projet du service doit être retravaillé afin de proposer un accompagnement de qualité à l'ensemble des résidents, l'aspect éducatif deviendra prépondérant du fait du plus jeune âge des nouveaux arrivants et se posera encore une fois la question de l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes. Cette cohabitation nécessite que soit développé un projet répondant à l'ensemble des besoins et nécessite donc un véritable travail pour les professionnels, de réflexion et d'individualisation des accompagnements.

B) L'absence de véritable projet personnalisé et l'impossibilité d'un véritable projet de soins personnalisé

La mise en place d'un accompagnement de qualité passe par une individualisation de celui-ci et donc par la réalisation d'un projet de vie individualisé.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale reconnaît pour l'usager le « droit à une prise en charge et à un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit être systématiquement recherché ou, à défaut, celui de son représentant légal »<sup>38</sup>.

La notion de projet de vie personnalisé, est présente au foyer de vie. Il y a quelques années une ébauche de projet de vie avait été réalisée pour chaque résident présent avec l'aide d'une personne extérieure. Cependant la situation des personnes est en constante évolution. La pertinence du projet personnalisé est à interroger régulièrement pour vérifier qu'il va toujours dans le sens souhaité après un dialogue avec le résident et ses proches. Or les projets de vie individualisés du foyer de vie ne sont pas réactualisés et à aucun moment ces projets de vie prennent en compte le vieillissement des personnes et leurs souhaits pour cette étape importante de la vie. Pour expliquer cette absence de réactualisation le manque de temps et donc de moyens est unanimement évoqué par les professionnels. Ceux-ci expliquent ne pas avoir de temps pour effectuer d'autres tâches. De plus l'organisation du travail ne prévoit pas de temps de mise en commun, permettant de prendre en considération les besoins et les attentes du résident, et de réaliser un travail de formalisation.

En vieillissant les personnes du foyer de vie sont soumises à de nombreux problèmes de santé. Le suivi médical des personnes (atteintes de diabète ou de pathologies plus graves) se réalise avec plus ou moins de difficultés. En effet le foyer de vie n'est pas médicalisé et ne dispose donc pas d'infirmière. Le recours aux services infirmiers libéraux ne permet pas toujours d'assurer de manière satisfaisante le besoin du fait notamment de leur insuffisance d'un point de vue quantitatif. De plus le personnel paramédical ou médical des autres services du CH n'intervient pas au foyer de vie.

En outre le suivi par un psychiatre ou une équipe de psychiatrie est également difficile, les rencontres ne sont pas régulières et peu de lien avec le Centre Hospitalier Spécialisé sont créés.

---

<sup>38</sup> Article L.311-3 3° du CASF

La non médicalisation du service est donc une réelle problématique qui a pour conséquence une nécessaire orientation des résidents ayant des besoins médicaux vers un service médicalisé notamment du champ de la gériatrie. Ainsi le foyer de vie a depuis le début 2009 réorienté deux de ses résidents à l'EPHAD du CH. Ces orientations font naître des interrogations concernant leur accompagnement au sein d'une structure de culture différente, hébergeant des personnes aux caractéristiques différentes.

## **2.3 Une population aux besoins spécifiques : une prise en charge difficile au sein de l'EHPAD « Les Orchidées »**

L'orientation des personnes handicapées vieillissantes à l'EHPAD est une réponse possible pour les résidents âgés du foyer de vie. Cependant des difficultés d'intégration peuvent être perceptibles et le projet de service semble actuellement inadapté aux besoins des personnes handicapées mentales vieillissantes.

### **2.3.1 Les difficultés d'intégration des personnes handicapées vieillissantes au sein de l'EHPAD**

Lors d'un transfert d'un résident vieillissant du foyer de vie à l'EHPAD, des difficultés d'intégration peuvent être observées. Elles peuvent être expliquées en partie par une orientation insuffisamment préparée (A) et par une cohabitation de deux populations avec des caractéristiques différentes et des besoins différents : les personnes handicapées âgées et les personnes âgées dépendantes (B).

A) Une orientation insuffisamment préparée ?

L'orientation des personnes handicapées vieillissantes à l'EHPAD doit être préparée pour les résidents mais également pour les personnels des deux structures.

Les personnes handicapées vieillissantes provenant d'une structure du handicap y ont souvent passés de nombreuses années. Elles y ont forgés des liens, l'accommodation au mode de vie s'est faite depuis longtemps. La personne s'est investie dans l'institution comme si c'était son domicile. Le transférer d'une structure à l'autre, à un moment où la dépendance fait son apparition et altère la faculté d'adaptation de la personne, peut être un véritable bouleversement. Le transfert peut entraîner une perte de repère, une rupture

des liens affectifs et nécessite un effort constant à la personne afin qu'elle recompose son cadre de vie.

Une telle modification dans la trajectoire de la personne doit être préparée pour permettre un passage en douceur d'une structure à l'autre. Le travail d'accompagnement et de suivi est fondamental. Cependant lorsque j'ai évoqué la question de l'évocation du vieillissement et de l'orientation avec les résidents, certaines personnes du foyer de vie m'ont confié que cette question était très peu évoquée avec les personnes concernées. Cette question n'apparaît pas non plus dans les ébauches de projet de vie qui sont réalisés.

Le fait que le foyer de vie et l'EHPAD dépendent tout deux du CH de Carvin et sont sur le même site pourrait faciliter ce travail de préparation. Les résidents du foyer de vie connaissent l'EHPAD car ils sont parfois invités aux animations festives de celui-ci, cependant ils ne viennent jamais seul, sans être accompagné par du personnel et des résidents du foyer. De plus lors de mes entretiens j'ai pu constater qu'un certain nombre de professionnels, aussi bien du foyer de vie et de l'EHPAD, considèrent que la préparation des récents transferts de deux résidents était insuffisante. La rapidité de la décision est souvent évoquée, rapidité pour le résident avec lequel un travail approfondi de préparation n'a pas pu être effectué mais également pour les professionnels. L'insuffisance d'échange d'information entre l'équipe du foyer de vie et de l'EHPAD est évoquée. Certains professionnels de l'EHPAD pensent qu'ils étaient insuffisamment informés sur la personne accueillie, sur ses habitudes de vie. Ceci peut avoir des conséquences néfastes pour l'intégration du résident à sa nouvelle structure ceci d'autant plus qu'aucun accompagnement spécifique n'est mis en place à l'EHPAD afin d'aider la personne dans son appropriation d'un nouveau cadre et de nouveaux rythmes de vie, aucune continuité d'accompagnement avec le foyer de vie n'a été pensée, par exemple le résident n'est plus du tout suivi par le référent qu'il avait au foyer.

B) La cohabitation des personnes handicapées âgées et des personnes âgées difficile ?

La cohabitation met en présence des individus avec leurs caractéristiques particulières et les entraîne dans un côtoiement journalier. La cohabitation entre les personnes handicapées mentales vieillissantes et les personnes âgées est d'après les textes et les études jugée difficile. Ces difficultés proviennent la plupart du temps de comportement qui inquiètent car ils sont perçus comme agressifs, ou d'une perception négative du handicap mental ce qui a pour conséquence une exclusion des personnes handicapées. Ces

difficultés sont assez souvent évoquées par les structures, c'est le cas de certaines structures que j'ai pu visiter et qui évoquaient que l'orientation à l'EHPAD était quasi impossible du fait du rejet du handicap mental par les personnes âgées. Ces propos peuvent être nuancés pour l'EHPAD « Les orchidées » du CH de Carvin.

A l'EHPAD, du fait de l'historique du CH, la cohabitation personnes handicapées et personnes âgées est ancienne. Nous pouvons constater que les relations entre les personnes âgées et les personnes handicapées ne semblent pas présenter de difficultés particulières si ces dernières restent discrètes dans leur comportement. En effet dès lors que des signes plus visibles, tel que des cris, de l'agressivité, s'expriment cela peut poser problème, c'est le cas notamment d'une personne handicapée, qui dès lors fait peur à certaines personnes âgées. Nous pouvons donc penser que certains profils de personnes handicapées ne pourraient pas être orientés à l'EHPAD car cela pourrait poser des difficultés, créer des peurs et un rejet de la personne. Cette idée de « sélection » des personnes se confirme à travers les propos de certains professionnels qui considèrent que les personnes récemment orientées à l'EHPAD « ne sont pas des personnes à problème », « leur handicap est stabilisé et elles sont calmes ».

Cependant si actuellement il n'existe pas de difficulté perceptible dans la cohabitation, cela ne veut pas non plus dire que tout se passe bien, en effet l'intégration des personnes handicapées est difficile. Les personnes handicapées n'ont que peu de contacts et de relations avec les autres résidents. Des explications peuvent être apportées, un décalage d'âge entre les deux populations fait que les préoccupations et les besoins sont différents, leurs parcours sont également différents, les personnes handicapées ayant souvent un long parcours institutionnel. Leurs difficultés à communiquer, leurs difficultés de faire et de suivre une conversation du fait de leur handicap, peuvent également les isoler.

Cette cohabitation de deux populations aux caractéristiques différentes amène à s'interroger sur l'accompagnement développé pour ces personnes au sein de l'EHPAD.

### **2.3.2 L'inadaptation du projet de service de l'EHPAD**

L'accueil des personnes handicapées mentales vieillissantes n'a pas été spécialement réfléchi, pensé et organisé au sein de l'EHPAD. Dans la mise en œuvre de la prise en charge, nous pouvons constater qu'il n'existe pas de distinction entre les personnes handicapées et les autres résidents, que cela soit au niveau de l'hébergement ou des activités. La conséquence est que les besoins spécifiques des personnes handicapées sont insuffisamment pris en compte (A). L'absence de réflexion préalable fait également



que les équipes se sentent en difficulté dans la prise en charge de ces personnes, notamment face aux troubles psychiques (B).

#### A) Des besoins spécifiques insuffisamment pris en compte à l'EHPAD

Comme nous avons pu le détailler précédemment<sup>39</sup>, l'EHPAD du CH de Carvin accueille une population « très dépendante ». Cela a des conséquences sur le projet d'accompagnement développé dans le service. L'axe de prise en charge prioritaire à l'EHPAD est celui des soins beaucoup plus que celui de l'accompagnement social et éducatif. Ainsi il n'existe à l'EHPAD qu'une seule aide médico-psychologique (AMP) qui occupe la fonction d'animatrice. L'animation est peu développée à l'EHPAD, la participation de l'équipe soignante étant très difficile à obtenir. L'animatrice est très souvent seule à réaliser les activités et à mettre en place des projets. Cela peut s'expliquer par le fait que l'équipe a une culture soignante se rapprochant de celle du sanitaire et n'intègre pas l'animation dans le soin. Le personnel soignant évoque souvent une charge en soins et en nursing importante ne lui permettant pas de s'investir dans l'animation.

Du fait de la très grande dépendance des résidents âgés, l'axe est mis sur une animation plus individuelle que collective<sup>40</sup>. Or les personnes handicapées vieillissantes, beaucoup plus jeunes, plus actives et moins dépendantes attendent plus de sollicitations que les résidents âgés accueillis. En effet en foyer de vie l'animation et l'occupationnel étaient très présents. Les activités actuellement proposées au sein de l'EHPAD « Les orchidées » semblent inadaptées au rythme et aux besoins des personnes handicapées âgées, comme peut le résumer certains propos du personnel du foyer de vie : « Mr J se plait bien à l'EHPAD mais rien n'est mis en place à côté alors qu'il sait faire plein de chose », « on ne lui propose plus rien ». Ce manque de sollicitations, d'activités est évoquée par le personnel du foyer de vie mais également par le personnel de l'EHPAD : « Au foyer de vie, ils avaient beaucoup d'animations, beaucoup de sorties, ici ils ne font plus rien ».

Les personnes handicapées mentales ont également besoin de plus d'affection, de contacts, de rapports avec les professionnels. En effet, l'institution est souvent leur seul

---

<sup>39</sup> Voir II, 2.1 1.A

<sup>40</sup> Des animations sont réalisées dans les chambres des résidents les plus dépendants qui ne descendent pas dans la salle d'animation: chants, soins d'esthétisme, intervention des « cht'is clown », intervention des bénévoles...

horizon affectif, les parents ayant souvent disparus, d'où leur demande importante en direction du personnel. Cette demande ne peut pas toujours être satisfaite de la même façon qu'au foyer de vie où les résidents étaient moins nombreux et où l'approche de l'individu est différente. A l'EHPAD, le personnel semble avoir moins de disponibilité pour répondre à cette demande et semble également surpris par ces demandes, dans la mesure où ils ne la comprennent pas toujours. Cette difficulté de compréhension, qui se retrouve également concernant les troubles du comportement, met le personnel en difficulté.

## B) Des équipes en difficulté face aux troubles du comportement

L'équipe de l'EHPAD est composée quasi exclusivement de personnel soignant, seule une AMP a été recrutée pour la fonction animation et malgré un accueil historique les professionnels sont très peu formés à la spécificité des personnes handicapées mentales. En effet les formations proposées au personnel de l'EHPAD correspondent aux problématiques spécifiques rencontrées par les personnes âgées. Ces problématiques peuvent également se rencontrer chez les personnes handicapées vieillissantes mais cela ne permet pas de comprendre leurs comportements.

Lors des entretiens que j'ai pu réaliser et lors d'un travail sur la formation continue, les soignants m'ont fait part de leur insuffisante formation et demandent que des formations sur le handicap mental, sur la prise en charge d'un adulte handicapé mental, et sur leur vieillissement soient effectuées.

Cette absence de formation a eu pour conséquence une appréhension, une peur lorsque des résidents du foyer de vie ont été transférés à l'EHPAD. Il existe une peur du handicap mental et de ses manifestations mais également une peur de ne pas savoir faire. Ainsi une aide soignante de l'EHPAD m'a confié qu'elle s'était interrogée de savoir s'ils seront « assez compétents pour s'occuper du résident provenant du foyer de vie ».

Parfois l'équipe se sent également impuissante face aux comportements des résidents handicapés mentaux. Ils se sentent démunis face à certains troubles du comportement, face à un repli de la personne. Ceci s'explique notamment par une incompréhension due à une absence de formation sur cette problématique. Cette absence de formation peut donc avoir un effet dévalorisant pour les professionnels.

## Conclusion 2 :

L'analyse du vieillissement chez les personnes handicapées mentales montre que cela recouvre une hétérogénéité de situations et que dès lors « la promotion d'un modèle unique pour la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes n'est pas justifiée. Mais ce constat ne signifie pas qu'il faille se contenter de solutions individuelles improvisées »<sup>41</sup>.

Le vieillissement des personnes handicapées mentales est une réalité au sein du CH de Carvin. L'analyse des besoins de ces personnes et l'évaluation de leur accompagnement actuel au sein du CH de Carvin montre que des solutions d'accompagnement ont été développées mais que celles-ci n'ont été pour l'instant que peu réfléchies, travaillées. En effet les réponses apportées ne sont pas individualisées, il n'y a pas véritablement de distinction entre l'accompagnement proposé aux personnes handicapées vieillissantes et aux personnes handicapées jeunes au sein du foyer de vie ou à l'EHPAD entre les personnes handicapées vieillissantes et les personnes âgées dépendantes, malgré des différences de besoins, de capacités et d'attentes.

Il appartient donc au directeur d'élaborer des scénarios et de faire des propositions afin d'assurer l'organisation d'une prise en charge individualisée de qualité pour les personnes handicapées vieillissantes. Pour cela le directeur peut s'appuyer sur des outils et des méthodologies afin de conduire les changements requis par l'évolution des besoins. Il doit également s'appuyer sur un travail mené par une équipe nécessairement interdisciplinaire. Ce travail en interdisciplinarité doit être recherché par le directeur afin de répondre convenablement aux besoins spécifiques de cette population touchant différents secteurs, le secteur du handicap, de la gérontologie mais également de la psychiatrie.

---

<sup>41</sup> MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE AUX PERSONNES AGEES ET AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE, RAPPORT de M Paul Blanc, 11 juillet 2006, *Une longévité pour les personnes handicapées vieillissantes un nouveau défi pour leur prise en charge*, p 29.



### **3 La nécessité d'individualiser, de professionnaliser et de diversifier les réponses offertes : les outils et méthodes pour le directeur d'établissement**

Les constats effectués précédemment nous conduisent à s'interroger sur la mise en place d'améliorations et de nouveaux projets afin de proposer au sein du CH un accompagnement de qualité, répondant aux besoins des personnes handicapées avançant en âge. Pour cela le directeur doit développer des stratégies afin de pouvoir impliquer l'ensemble du personnel dans une dynamique de changement et d'amélioration de la qualité de l'accompagnement (3.1). L'amélioration de l'offre proposée aux personnes handicapées vieillissantes ne peut se faire que par une meilleure individualisation des réponses. Une individualisation des prises en charge doit donc être recherchée par le directeur. Dans ce but d'individualisation, celui-ci peut dans un premier temps impulser une démarche pour la réalisation des projets de vie individualisés et pour améliorer les projets de services (3.2). Cette individualisation suppose également une diversité de solutions d'accompagnement. Dans ce but, une des orientations du CH est de « mettre en place un projet d'accueil spécifique des adultes handicapés vieillissants » (3.3). Afin d'arriver à son objectif, accompagner dignement la personne handicapée vieillissante jusqu'au bout de la vie, le directeur dispose de nombreux outils et méthodologies qu'il doit savoir maîtriser.

#### **3.1 Manager les ressources humaines afin d'impliquer le personnel dans la recherche de réponses de qualité**

Afin d'insuffler une dynamique de changement et d'amélioration de la qualité de l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes le directeur doit développer une réelle stratégie de management des ressources humaines pour renforcer les compétences et les connaissances de l'ensemble des acteurs et pour les mobiliser et les impliquer.

##### **3.1.1 Un renforcement des compétences et des connaissances par le développement d'une politique dynamique de formation et d'échange**

L'amélioration des prises en charge passe dans un premier temps par une meilleure connaissance de la population accueillie. Pour cela le directeur doit développer une

politique de formation sur ce sujet (A). La mise en place d'échanges entre les services pourrait également permettre une augmentation des connaissances et des compétences sur l'accompagnement du handicap et de la vieillesse (B).

A) Le management des ressources humaines par la mise en place d'une politique dynamique de formation

Un manque de connaissance sur les besoins et l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes a été constaté au sein du foyer de vie et de l'EHPAD. Pour y remédier le directeur d'établissement doit accompagner le personnel en place dans une démarche de formation continue. Les actions de formation permettent d'améliorer le professionnalisme des agents en maintenant et renforçant leur niveau de compétence et de qualification et permet d'adapter le personnel à l'évolution de l'établissement et des populations accueillies.

D'après l'enquête de satisfaction du personnel que j'ai menée début 2009<sup>42</sup>, seul 65% du personnel considérait que l'accès à la formation était facile au sein du CH de Carvin. Il est donc nécessaire de réaliser un travail sur l'amélioration de la réalisation du plan de formation afin que les formations proposées répondent au mieux aux besoins de l'établissement (exigences réglementaires, projet d'établissement), aux besoins des services (projet de service, difficultés rencontrées...) mais également aux besoins individuels. « C'est dans cette articulation individuel/collectif que peuvent être envisagées une politique et une dynamique de formation qui viennent servir et accompagner des évolutions et des transformations dans un triple mouvement de développement de la technicité, de la socialisation et du changement culturel »<sup>43</sup>.

Le souhait est que le plan de formation résulte d'un travail de l'ensemble des professionnels et que les cadres et responsables de service soient responsabilisés en ayant la mission de déterminer et d'argumenter les besoins concernant leur service, de les prioriser et d'en définir un contenu.

Ce travail de détermination des besoins de formation avec les équipes a révélé qu'il était nécessaire de former les professionnels de l'EHPAD à la connaissance du handicap mental et à l'étiologie des déficiences et l'ensemble du personnel médico-social à l'accompagnement des personnes handicapées mentales vieillissantes. Ces actions de formation seront réalisées en même temps pour le personnel de l'EHPAD et du foyer de vie afin de permettre un rapprochement entre les deux services et des échanges sur les

---

<sup>42</sup> L'enquête de satisfaction du personnel a été menée en février 2009 sur l'ensemble de l'établissement, le taux de retour a été de 66.5%.

<sup>43</sup> LEFEVRE P., 1999, *Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social*, Paris, Dunod, p244

pratiques. Quelques personnes du soins de suite de gériatrie clinique sont également intéressées et seront intégrées dans la mesure où l'avancée en âge de ces personnes peuvent les conduire à des hospitalisations en soins de suite.

De telles formations en commun auront également l'avantage de permettre aux personnels de s'exprimer en groupe sur des événements qui ont pu les mettre en difficulté ou créer des tensions ou des craintes.

## B) La promotion des échanges de compétences et de connaissances

Une réflexion pourrait également être menée sur la mise en place d'échanges sur une courte période entre, dans un premier temps, des professionnels du foyer de vie et de l'EHPAD, afin qu'ils partagent leurs pratiques professionnelles et leurs savoirs faire dans leurs domaines respectifs. Cela permettrait un enrichissement mutuel des connaissances et des pratiques. Ces échanges pourraient également permettre à chacun d'effacer leurs craintes lors d'une réorientation d'une personne handicapée mentale du foyer de vie à l'EHPAD en répondant aux interrogations des uns et des autres. Les professionnels de l'EHPAD ont besoin de savoir quel est le comportement de la personne handicapée mentale qu'ils vont accueillir et de quel accompagnement elle a besoin et le personnel du foyer de vie a besoin de savoir quelle prise en charge pourra être développée à l'EHPAD. Une évaluation de cet échange permettra de savoir s'il est possible d'étendre cette expérience avec des établissements pour personnes handicapées et/ou pour personnes âgées du secteur. Cela permettrait de prendre contact avec des établissements qui peuvent être confrontés à la même problématique et peut être, travailler sur des possibilités de réorientation. Ces échanges ponctuels de personnel avec d'autres établissements pourraient passer par l'élaboration d'une convention entre les deux établissements prévoyant les objectifs du « stage ». Ces échanges seraient une alternative aux formations extra-muros auxquels les agents ne sont pas vraiment favorables malgré les enrichissements que cela peut procurer, et à comme avantage de ne pas réduire trop fortement les équipes contrairement aux formations intra-muros qui nécessite un minimum de personne à la formation.

Cela est un moyen de « faire entrer la gériatrie dans le secteur du handicap et celui du handicap dans la gériatrie »<sup>44</sup>.

---

<sup>44</sup> BELOT A., septembre 2004, « L'accueil des personnes handicapées mentales vieillissantes un nouveau enjeu pour les professionnels du grand âge ? ». *Gérontologie et société*, âges et handicaps, n°110, pp. 295-298

Cette collaboration entre le secteur des personnes handicapées et des personnes âgées ne peut être que bénéfique pour le personnel et les personnes accueillies et doit donc être recherchée par le directeur et un maximum étendu.

La mise en place d'une politique dynamique de renforcement des compétences, des savoirs et des connaissances permet une valorisation du personnel et une anticipation des changements. C'est une action œuvrant dans le sens du changement et de l'amélioration de la qualité des accompagnements.

### **3.1.2 Des changements possibles par une implication et une mobilisation de l'ensemble des acteurs**

Afin de proposer des réponses institutionnelles de qualité aux personnes handicapées vieillissantes un véritable management au changement doit être développé par le directeur. En effet afin de réaliser des projets, des actions d'amélioration le personnel doit adhérer à une volonté de changement, pour cela il est nécessaire que le directeur mobilise et implique l'ensemble des acteurs(A). Le développement d'un management participatif peut en être un des moyens(B).

#### **A) Mobiliser l'ensemble des professionnels**

L'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes doit nécessairement passer par une volonté de changement et une implication de l'ensemble des personnels. Or l'idée de changement provoque toujours des résistances légitimes et inévitables. « Il s'agit du passage du dur et du sur au souple et à l'incertain ». <sup>45</sup>

Le manque de reconnaissance du personnel peut être un obstacle au développement de projet. En effet selon E.MAYO<sup>46</sup> le manque de reconnaissance peut créer chez le personnel un sentiment d'épuisement et de démotivation qui va se traduire par une certaine routine, un mécanisme des actes, à procéder par habitude. Le sentiment de considération perçu par le personnel est donc un élément déterminant afin d'impliquer l'ensemble du personnel dans une démarche de changement.

---

<sup>45</sup> MIRAMON JM., 2001, *Manager le changement dans l'action sociale*, Rennes : ENSP, p 86.

<sup>46</sup> BOUSSARD V., CRAIPEAU S., DRAIS E., GUILLAUME O., METZGER J.L., 2004, *Le socio-Manager, sociologies pour une pratique managériale*, Paris : Dunod, p 25-26.



Leur engagement semble être un préalable indispensable. Or la réalisation d'actions d'amélioration semble actuellement révéler un manque d'implication de la part du personnel. En effet seul 55% du personnel se considère être suffisamment informé des projets de leur service et seulement 48 % ont le sentiment de participer à leur mise en œuvre<sup>47</sup>. Il s'agit donc pour le directeur de développer une véritable stratégie managériale afin de mobiliser tous les acteurs.

Pour lever ces obstacles à l'implication des professionnels et à la mise en place de projets il est donc important que le directeur mette en place une véritable stratégie de communication. Il se doit de communiquer sur les actions mises en œuvre et sur leurs résultats. La valorisation des actions menées est essentielle, elle participe à la reconnaissance et à la mobilisation de l'ensemble des acteurs.

C'est au directeur qu'appartient de trouver des leviers susceptibles de favoriser un engagement individuel et collectif. La mise en place d'un management participatif peut être une solution pour mobiliser le personnel sur une réflexion et des actions concernant l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes.

#### B) Développer le management participatif sur la question du handicap vieillissant

Pour résoudre les difficultés constatées concernant l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes au sein de l'établissement, et pour impliquer l'ensemble des professionnels dans cette réflexion, le directeur peut mettre en place un management participatif. En effet « exercer un management participatif c'est favoriser la coopération active entre les divers acteurs et la mise en place en synergie de leurs multiples compétences ».<sup>48</sup>

Pour cela il peut être envisagé de constituer un groupe de travail composé de personnel du secteur du handicap et de personnel du secteur de la gérontologie afin de réfléchir collectivement sur l'accompagnement des personnes handicapées au sein de l'établissement, sur les actions à développer et sur les réponses à apporter. Cette démarche participative a pour objectif de proposer des actions d'amélioration.

Ce groupe de travail pluridisciplinaire permettra de rassembler différentes professions autour d'objectifs communs et de modalités de changement. La participation aux décisions permet de vaincre les résistances et favorise l'adhésion de tous. La démarche

---

<sup>47</sup> Concernant les projets du CH, autre que ceux de leur service, seul 48% du personnel se considère suffisamment informé et 30% ont le sentiment de participer à leur mise en œuvre. Ces données proviennent de l'enquête de satisfaction du personnel réalisée en février 2009.

<sup>48</sup>MIRAMON JM., 2001, *Manager le changement dans l'action sociale*, Rennes : ENSP, p 52.

participative contribue en outre à donner du sens au travail et à favoriser l'émergence d'un sentiment de reconnaissance.

Ce groupe aura à impulser une démarche d'amélioration de la qualité des prestations par la mise en place d'une démarche d'individualisation des accompagnements et de diversification de l'offre.

### **3.2 Individualiser les accompagnements : impulser une démarche de projet personnalisé et de projet de service spécifique**

Les difficultés actuelles concernant l'accompagnement des personnes handicapées mentales sont surtout le fait d'une inadaptation des réponses aux besoins des personnes vieillissantes. L'apport de réponses de qualité ne peut se faire que par la prise en compte de l'hétérogénéité des situations, chaque personne à des besoins et des attentes spécifiques. Pour ce faire, la formalisation des projets personnalisés (A) et la prise en compte des spécificités de la population des personnes handicapées vieillissantes dans les projets de service(B) semblent être des démarches que le directeur doit impulser et soutenir afin de proposer un accompagnement de qualité.

#### **3.2.1 L'élaboration des projets personnalisés pour des réponses de qualité**

L'amélioration de l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes et des réponses aux besoins et attentes des personnes accueillies nécessite que soit élaboré pour chaque résident un projet personnalisé. Pour cela il est nécessaire que le directeur impulse cette démarche au sein du foyer de vie et de l'EHPAD (A). Ces projets personnalisés doivent nécessairement tenir compte du vieillissement des personnes handicapées mentales et de ses spécificités (B).

A) Instaurer une démarche des projets de vie personnalisé

« Le projet de vie individualisé c'est l'idée, surtout, que c'est à l'institution de s'adapter à la singularité de chaque usager et non le contraire »<sup>49</sup>. Cette démarche doit être réalisée

---

<sup>49</sup> MORATA.S., mai-août 2007, « Deux logiques pour penser le projet dans les établissements sociaux et médico-sociaux ». *Les cahiers de l'actif*, n° 372/375, p.100

aussi bien au foyer de vie où les projets doivent être réactualisés et complétés, qu'au sein de l'EHPAD où les projets de vie individualisés ne sont pas formalisés.

La personnalisation de la prise en charge des résidents doit être une volonté institutionnelle portée par le directeur. Cette volonté doit être également poursuivie par l'ensemble des acteurs. En effet « au sein d'un établissement, l'ensemble des professionnels qui d'une manière ou d'une autre, travaillent autour de la situation de la personne accueillie et/ou accompagnée, sont concernées par l'élaboration des projets personnalisés »<sup>50</sup> Le directeur doit être le garant de la démarche générale et mobiliser l'ensemble des acteurs internes et externes de l'établissement.

Afin de réaliser ou de réactualiser les projets personnalisés des résidents il convient que des temps de travail soit déterminés. En effet l'organisation du temps de travail ne prévoit pas actuellement des temps de mise en commun. Il n'y a pas véritablement de temps de travail pluridisciplinaire défini permettant de prendre en considération les besoins et les attentes du résident et de sa famille. Ainsi le directeur doit impulser la mise en place de réunions pluridisciplinaires pour réaliser les projets de vie individualisés de chaque résident. Ces réunions doivent permettre de définir des objectifs individualisés et d'élaborer un plan d'action personnalisé, concret et réaliste. Elles doivent mobiliser l'ensemble des acteurs internes à la structure mais également les personnes externes qui y interviennent.<sup>51</sup> Les réunions pour les projets de vie individualisés doivent avoir lieu à périodicité définie afin de maintenir une participation active des acteurs et d'inscrire la démarche dans le temps.

L'accueil d'un stagiaire éducateur spécialisé au sein du foyer de vie est l'occasion de mobiliser l'ensemble des professionnels dans cette démarche. Celui-ci sera une aide précieuse afin de coordonner avec la cadre du service, l'ensemble des acteurs mais également en termes de temps pour les professionnels, car il aidera à rédiger l'ensemble des projets.

La démarche des projets personnalisés doit permettre d'accompagner chaque personne, en s'adaptant à ses besoins et attentes. Elle suppose que le personnel dispose de moyens pour les connaître. Cela pose donc la question de la détermination et de l'évaluation des besoins et des attentes des personnes accueillies. Le projet personnalisé doit s'inscrire dans une démarche de co-construction où un dialogue régulier avec la

---

<sup>50</sup> ANESM, décembre 2008, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé, Recommandation de bonnes pratiques professionnelles*, 52p.

<sup>51</sup> Pour les projets de vie individualisés des résidents du foyer de vie, la participation de l'infirmière libérale, du psychiatre sont par exemple souhaitables.

personne et ses proches doit être instauré<sup>52</sup>. Différents outils peuvent être utilisés pour développer les projets personnalisés : des entretiens avec le résident et son entourage, un recueil de l'histoire et des habitudes de vie de la personne, un recueil des goûts et des plaisirs, de l'observation... L'évaluation du besoin d'aide peut cependant être difficile pour les personnes handicapées vieillissantes. En effet différentes grilles sont proposées pour l'évaluation des besoins des personnes handicapées dont le Modèle d'Accompagnement Personnalisé (MAP), de même pour les personnes âgées avec notamment la grille AGGIR, mais pour les personnes handicapées mentales vieillissantes, peu d'outils sont adaptés. Pourtant le vieillissement des personnes handicapées mentales doit nécessairement être intégré à ce projet de vie personnalisé.

## B) Les projets personnalisés des personnes handicapées vieillissantes

Comme pour l'ensemble des résidents, un projet de vie doit être réalisé pour les personnes handicapées vieillissantes du foyer de vie et pour celles déjà accueillies à l'EHPAD.

Le projet de vie des personnes handicapées vieillissantes suppose comme nous avons pu l'évoquer que l'on puisse connaître leurs besoins et attentes. Une grande attention doit être portée « au rythme de la personne, le projet personnalisé ne peut conserver ou acquérir un sens pour elle que si le rythme des actions est adapté à son propre rythme de pensée et d'action »<sup>53</sup> Or peu d'outils d'évaluation sont adaptés à cette population<sup>54</sup>. Dès lors un travail supplémentaire devra être effectué afin de réaliser ou d'adapter un outil permettant d'évaluer leurs besoins. Ce travail doit se réaliser avec l'équipe du foyer de vie et l'équipe de l'EHPAD afin que le même outil soit utilisé pour réaliser le projet de vie individualisé des personnes handicapées mentales vieillissantes. Ce travail pourra s'appuyer sur de nombreux outils déjà disponibles même s'ils ne sont pas toujours adaptés : Modèle d'accompagnement personnalisé(MAP), Guide d'évaluation (GEVA), AGGIR. Mais également sur des outils développés à l'étranger qui paraissent satisfaisant comme le « système de mesure de l'autonomie fonctionnelle »(SMAF), outil officiel québécois, évaluant 29 fonctions couvrant les activités de la vie quotidienne d'une personne en perte d'autonomie ou handicapée, la mobilité, les communications, les

---

<sup>52</sup> Ibidem

<sup>53</sup> Ibidem

<sup>54</sup> Voir sur ce point le 1.2.1 B. sur l'inadaptation de l'outil AGGIR pour les personnes handicapées mentales vieillissantes.

fonctions mentales et les tâches quotidiennes<sup>55</sup>. Des outils divers ont également été réalisés par différents établissements tel que la grille d'observation du vieillissement (GOV) utilisé dans des établissements en Belgique<sup>56</sup>.

L'outil devra être étudié et choisi par les équipes afin que celui-ci corresponde le mieux à leurs souhaits et soit adapté à l'établissement et à la population accueillie. Si nécessaire des formations devront être prévues.

Concernant les personnes handicapées au foyer de vie, il est nécessaire que soit abordée dans les projets de vie individualisés la question de la vieillesse et d'un changement lié à celle-ci. Il s'agit de recueillir l'avis de la personne dans une perspective de choix à formuler et de l'associer autant que possible à l'élaboration de son projet, afin que les réponses proposées prennent en compte les caractéristiques sociales, affectives, médicales... ,de la personne et soit donc individualisées.

Lors de l'orientation, le projet de vie doit être poursuivi. Pour cela une préparation entre le foyer de vie et la structure d'accueil doit être réalisée. Cette préparation doit être réfléchie et inscrite dans le projet de service.

### **3.2.2 La prise en compte des spécificités dans les projets de services**

L'accompagnement de personnes handicapées vieillissantes nécessite que le projet du service intègre leurs spécificités. Il est nécessaire que le projet de l'EHPAD permette une certaine continuité dans la prise en charge de ces personnes(A). Ces spécificités devront également être intégrées dans le nouveau projet du foyer de vie (B).

A) Un projet de service permettant une continuité de l'accompagnement au sein de l'EHPAD

Les entretiens menés dans les deux structures ont mis en évidence un sentiment d'une préparation insuffisante et d'un manque d'échange entre les deux structures, lors de l'orientation d'une personne handicapée âgée à l'EHPAD.

---

<sup>55</sup> Cette démarche permettant d'évaluer les besoins des personnes âgées et des personnes handicapées vivant à domicile ou en établissement, va dans le sens du rapprochement des deux secteurs. Une expérimentation en lien avec le CNSA est en cours dans le département de la Dordogne, des enseignements seront tirés au niveau national.

<http://www.cg24.fr/modules.php?name=News&file=article&sid=866>

<sup>56</sup> DALLA PIAZZA S., 2005, *Handicap congénital et vieillissement*, Bruxelles : De Boeck et Larcier, p81.

Un travail de formalisation d'une procédure pour cette orientation doit être mené dans l'intérêt du résident et des professionnels. En effet le transfert et l'admission dans une nouvelle structure est un moment crucial. Il qui doit être organisé, formalisé par une procédure écrite afin d'offrir un accueil personnalisé au sein de l'EHPAD.

Lorsque le souhait d'une orientation d'une personne du foyer de vie à l'EHPAD est émis, il est nécessaire d'instaurer un échange entre le personnel du foyer de vie et celui de l'EHPAD, afin que soit transmis un certain nombre d'informations sur le résident, sur ses habitudes et ses besoins. Ce moment d'échange peut avoir lieu sous forme d'une réunion entre les professionnels des deux services. Ce sera l'occasion d'échanger sur les craintes de chacun et d'élaborer le projet d'accompagnement futur.

Un changement de structure peut être bouleversant pour une personne handicapée. Afin d'en réduire les effets néfastes et de ne pas couper les liens que la personne avaient créés depuis de nombreuses années, une certaine continuité dans l'accompagnement doit être recherchée. Pourraient être étudiés les possibilités de poursuivre des activités au sein du foyer de vie ou du moins organiser des « visites » dans son ancienne structure notamment à l'occasion d'une fête ou d'un repas animé et à l'inverse organiser la venue de ses camarades lors d'une fête à l'EHPAD.

Il peut être également envisagé, si besoin, un suivi par le référent qui suivait le résident au foyer de vie pendant un certain temps, pour favoriser l'acquisition de nouveaux apprentissages qui peuvent se révéler nécessaires à l'adaptation de la personne dans son nouveau lieu de vie.

Enfin après quelques temps de présence à l'EHPAD, les professionnels des deux secteurs peuvent réaliser un bilan de cette expérience et de l'adaptation de la personne dans son nouveau lieu de vie. Ce sera l'occasion pour chacun de pointer les difficultés rencontrées, d'identifier les besoins d'aides ou d'accompagnements à poursuivre ou à cesser et les éléments de préparation à améliorer si nécessaire<sup>57</sup>.

Cette procédure doit être formalisée par un groupe de travail réunissant des professionnels des deux secteurs et nécessite que soit instaurée une véritable coopération entre l'ensemble des professionnels.

La continuité de l'accompagnement suppose une continuité dans la mise en œuvre du projet personnalisé. Il ne peut être évoqué le projet de vie individuel du résident, gage d'un accompagnement de qualité, sans évoquer le sujet de l'animation. L'accompagnement des personnes handicapées âgées au sein de l'EHPAD et la

---

<sup>57</sup> - CREA BOURGOGNE, juillet 2004, Guide d'accompagnement et de prise en charge des personnes handicapées âgées,

poursuite de leur accueil nécessite qu'une véritable réflexion soit menée concernant l'animation, qui comme nous avons pu le voir n'est actuellement pas adaptée.

Un véritable projet d'animation pour l'EHPAD doit être élaboré. Celui-ci doit insérer une réflexion particulière sur les activités à proposer aux personnes handicapées mentales résidant à l'EHPAD, conformément à leurs projets personnalisés. Avec l'écriture d'un projet d'animation, le souhait est que, du fait de l'hétérogénéité des résidents, de leurs besoins et de leurs attentes, l'animation au sein de l'EHPAD ne dépende pas seulement de l'animatrice. Elle nécessite la participation de tous. Afin de réaliser ce projet d'animation, une présentation de la démarche à l'ensemble du personnel doit être faite puis un groupe de travail doit être mis en place. Il s'agit de créer les conditions permettant aux professionnels de développer des temps de communication avec les résidents et de s'investir dans une ou plusieurs activités et que cela soit un objet de valorisation professionnelle. La mise en place du projet d'animation nécessite également une professionnalisation de l'animatrice qui est actuellement AMP. Des formations concernant l'animation doivent également être proposées aux personnels.

La mise en œuvre d'un véritable projet d'animation au sein de l'EHPAD prenant en compte les spécificités de chacun participe à la réalisation des projets personnalisés des résidents handicapés mais également âgés. Il doit avoir pour but non seulement de maintenir les acquis, mais également de poursuivre leur développement à chaque fois que cela s'avère possible.

Il convient de mettre en place des activités individualisées et adaptées aux rythmes et aux difficultés des personnes handicapées. Il ne s'agit pas de créer de l'activité pour l'adapter ensuite au handicap, mais partir du besoin et de l'intérêt de la personne avant d'initier l'activité.

B) La nécessaire prise en compte du vieillissement dans le projet de service lors de l'extension du foyer de vie

L'extension du foyer de vie, passant de 20 à 50 lits va obliger à revoir l'ensemble du projet de service.

La politique déterminée pour l'admission est l'accueil d'une population relativement jeune. La moyenne d'âge de l'ensemble de la structure va donc fortement diminuer. Un projet axé sur le développement des capacités, de l'autonomie, avec le développement d'activités va devoir être réalisé, afin de répondre aux besoins des plus jeunes. Dans le cadre de la réflexion sur ce nouveau projet de service, il est nécessaire de ne pas oublier

les résidents actuels avançant en âge. En effet ceux-ci seront contrairement à aujourd'hui minoritaires et dès lors il serait facile de ne plus penser à cette problématique.

Des activités et des rythmes de vie devront être conservés pour ces personnes.

Vu le nombre total de résidents, un travail sur une répartition par groupe peut être envisagé contrairement à aujourd'hui. Il peut être envisagé des groupes en fonction des capacités plutôt qu'en fonction de l'âge. En effet comme nous avons pu le voir tout au long de ce travail, l'avancée en âge a des effets différents sur chaque personne, dans une tranche d'âge donnée la capacité des personnes peut être totalement différente. Il est donc plus judicieux de répartir les personnes en fonction des capacités, des attentes et des plaisirs, et dès lors adapter les activités en fonction du groupe.

Il serait également envisageable d'instaurer un rythme de vie plus souple ou adapté pour les personnes handicapées vieillissantes. Le nouveau projet de service va probablement réinstaurer des activités le matin. Ces activités doivent rester facultatives pour les personnes vieillissantes, c'est-à-dire que ces personnes n'y sont intégrées que si elles le désirent. Il est nécessaire de respecter le rythme de vie et les habitudes de la personne (cela fait maintenant plusieurs années que les activités du matin ne sont qu'occasionnelles). Il est également nécessaire de veiller à respecter une alternance entre activités et temps de repos pour ces personnes.

Pourrait également être envisagée une séparation au moment des repas pour les personnes qui désirent plus de calme, car le moment du repas doit être un moment de plaisir. Or un repas à 50 résidents peut être très bruyant pour les personnes handicapées vieillissantes.

Cette recherche de calme et de détente va pouvoir se concrétiser par la création d'un espace snozelen au sein de l'extension du foyer de vie. Cet espace sera multi-sensoriel afin d'éveiller l'ensemble des sens (musique douce, diffuseur d'arome, jeu de lumière, massages...). C'est une approche intéressante pour les personnes handicapées vieillissantes pour lesquelles l'abord sensoriel et corporel répond à un besoin. Cela va permettre une relaxation, des sensations, des stimulations et créer une communication non verbale adaptée à la personne dans un contexte de plaisir partagé.

L'aménagement de l'extension doit également prendre en compte le vieillissement de la population. Ainsi les espaces doivent permettre la circulation de fauteuils roulants, les baignoires doivent être médicalisées... Un travail sur cet aménagement est réalisé avec l'équipe et l'architecte.

Il revient au directeur de faire reconnaître cette prise en compte des spécificités des personnes handicapées avançant en âge auprès des autorités de tarification. L'ouverture de l'extension, mais également la signature d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) va en être l'occasion.



L'augmentation des pathologies liées à l'avancée en âge nécessite d'avantage de soins infirmiers. La présence d'une infirmière au sein du foyer de vie aurait comme avantage une meilleure prévention et permettrait à l'équipe éducative d'être plus rassurée et soutenue dans leurs accompagnements. Cette présence d'une infirmière doit désormais être sollicitée et argumentée auprès du Conseil général du Pas de Calais. Cette spécificité doit être également reconnue lors de la négociation des moyens pour l'ouverture de l'extension du foyer de vie et également lors du CPOM. En effet le Conseil général du Pas de Calais s'est engagé dans une démarche de contractualisation avec les structures du handicap du département. Il est souhaité que pour 2012 l'ensemble des structures du handicap ait signé un CPOM. Ces CPOM visent à l'amélioration de la qualité des structures et à une convergence budgétaire. Une dotation globale sera fixée pour 5 ans. La négociation du CPOM est prévue pour le CH pour le dernier trimestre 2010. Ce sera l'occasion de faire reconnaître l'avancée en âge de certains résidents et ainsi obtenir des moyens notamment en termes de personnel soignant. En effet le profil des personnes accueillies, notamment son niveau de dépendance, doit être pris en compte dans la distribution des moyens. Il est également nécessaire, pour le CH, que soit intégré dans le CPOM la création d'une structure spécialisée dans l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes afin de permettre la mise en place du projet de l'établissement. Il est donc de la responsabilité du directeur de négocier, d'argumenter ces demandes et ces projets auprès des autorités de tarification afin qu'ils soient reconnus.

### **3.3 Un projet innovant afin de diversifier les réponses : la mise en œuvre d'une orientation stratégique de l'établissement**

Une des orientations stratégiques du CH de Carvin est « de mettre en place un projet d'accueil spécifique des adultes handicapés vieillissants en lien avec le foyer de vie » afin de « répondre à l'évolution en âge et au vieillissement des adultes handicapés ». La réflexion sur la réalisation de cette orientation n'a pas encore eu lieu, ainsi j'ai eu pour mission de faire des propositions innovantes permettant une diversification de l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes au sein du CH de Carvin ayant pour but de répondre aux nouveaux besoins. En tant que directeur nous devons avoir une vision stratégique qui tienne compte à la fois des réalités environnementales, politiques, économiques, culturelles, médicales, internes et externes à l'institution. Ainsi la mise en œuvre de cette orientation stratégique nécessite de développer une véritable démarche projet (3.3.1). Enfin diverses offres d'accompagnement innovantes peuvent être proposées pour répondre aux nouveaux besoins des personnes handicapées et de leurs familles (3.3.2).

### **3.3.1 Une démarche à développer pour concrétiser l'orientation stratégique de l'établissement**

Une des orientations stratégiques du CH est de créer une nouvelle structure spécialisée pour les personnes handicapées mentales vieillissantes (A). Afin de la concrétiser le directeur doit impulser une véritable démarche projet (B).

#### **A) Une orientation stratégique affirmée**

Ce projet de création d'une nouvelle structure au sein du CH de Carvin poursuit la volonté de reconstruire « La Roseraie » en termes de capacité d'accueil. A la suite de la fermeture de cette structure et du projet de reconstruction de l'EHPAD le CH dispose de 40 lits de médico-social autorisés mais qui ne sont plus installés<sup>58</sup>. Le CH dispose également d'une capacité foncière à proximité immédiate du foyer de vie et de l'EHPAD<sup>59</sup>, permettant d'accueillir une nouvelle structure.

Le souhait est donc de créer une structure permettant l'accueil d'adultes handicapés mentaux vieillissants ne pouvant rester en foyer de vie et dont l'accueil à l'EHPAD peut être problématique ou ne répond pas à leurs attentes. Cette structure pourra également être pour certains une passerelle entre le foyer de vie et l'EHPAD.

Le projet de construction d'une structure dédiée à l'accompagnement des personnes handicapées âgées est un projet qui s'étend dans la durée. Ce projet doit être le fruit d'une réflexion préalable initiée par le directeur et impliquant l'ensemble des acteurs concernés par le projet à savoir le personnel, les autorités de tarification, les résidents et leurs proches. Pour cela il doit être mis en place une véritable démarche projet.

#### **B) La mise en œuvre d'une démarche projet pour concrétiser l'orientation stratégique de l'établissement**

La réalisation de ce projet ambitieux va nécessiter la mise en place d'une véritable démarche projet. Ce projet nécessite une réflexion approfondie, pilotée par le directeur et à laquelle le personnel doit être associé. Un groupe de pilotage et des groupes de travail devront être réalisés afin de monter un projet solide. En effet des thèmes prioritaires devront être travaillés par des groupes pluridisciplinaires. Pour chaque type de structures souhaitées, structures innovantes, un travail sur le projet de vie, sur le projet

---

<sup>58</sup> Voir sur ce point le 2.1.1.A

<sup>59</sup> Voir annexe n°3 : plan de terrains du Centre Hospitalier de Carvin

pédagogique, sur le projet de soins et sur le projet architectural devra être réalisé. Dans l'ensemble de ces projets il devra être déterminé les actions à engager afin de répondre aux besoins des populations accueillies. L'ensemble de ces réunions devront être planifiées dans le temps.

Cependant avant de lancer les groupes de travail il est nécessaire de faire une étape en amont qui consiste à rencontrer le Conseil général et la DDASS du Pas de Calais pour argumenter les orientations retenues par l'établissement. En effet il est nécessaire d'associer très en amont les autorités de tarification. Ceci n'est pas obligatoirement une validation officielle mais cela permet d'avoir un retour et sentir s'il pourrait y avoir des blocages, des freins et si les orientations doivent être revues, ou complétées.

Il appartient également au directeur de veiller à ce que le projet soit intégré en amont dans les documents pluriannuels. Il me paraît nécessaire de saisir l'opportunité de la négociation du CPOM concernant le secteur du handicap fin 2010 pour engager l'établissement dans cette démarche. Le directeur doit mettre en évidence la dynamique de progrès dans laquelle s'est engagé l'établissement. Le projet doit être argumenté et doit montrer qu'il rentre dans les orientations régionales, départementales et locales.

Ce projet doit également associer les structures pour adultes handicapés mentaux du secteur afin de voir les liens qui peuvent être créés pour répondre aux besoins de leurs résidents avançant en âge.

Il est également nécessaire de trouver des modalités de participation des usagers et de leurs familles dans la réalisation de ce projet. Les résidents doivent être entendus. Ils vivent au quotidien dans l'établissement et ont souvent un autre regard sur la structure, celui de l'utilisateur. Ces préoccupations doivent être entendues. Des rencontres avec les familles, les associations devront être réalisées, afin que l'offre corresponde à leurs attentes et besoins.

### **3.3.2 Des nouvelles offres d'accompagnement diversifiées et innovantes afin de répondre aux besoins des personnes handicapées âgées et de leurs familles**

Au vu du contexte, des besoins du CH et des besoins locaux il convient de proposer des solutions diversifiées par la création de places d'hébergements spécifiques (A) et par la création d'alternatives à l'institutionnalisation(B).

A) La mise en place d'hébergements spécifiques en lien avec le foyer de vie et l'EHPAD

Nous avons pu constater que l'accentuation des problèmes de santé des personnes handicapées avançant en âge posait des difficultés en termes de prise en charge au sein du foyer de vie du fait de l'absence de médicalisation de celui-ci. Cela conduit fréquemment à des réorientations vers un lieu de vie qui apporte davantage de sécurité médicale par la présence permanente d'un dispositif de soins infirmiers et/ou médicaux. Concrètement cela conduit actuellement à une réorientation au sein de l'EHPAD du CH. Ce constat nous oriente donc vers la création d'un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) pour personnes handicapées vieillissantes plutôt qu'un foyer de vie dans la mesure où les foyers de vie ne disposent pas de forfait soin.

De plus le territoire d'Henin-Carvin auquel appartient le CH ne dispose d'aucune place de FAM et d'aucune structure pour les personnes handicapées vieillissantes.

Le FAM permettrait de proposer un projet global d'accompagnement individualisé composé du projet de vie et d'un projet de soins. Du personnel de soins diversifiés permettra de répondre aux besoins spécifiques : du temps de médecin, du temps de psychiatre, de kinésithérapeute, d'ergothérapeute, de psychologue, des infirmières, des aides soignantes et AMP. Les objectifs principaux de la prise en charge paramédicale seront le maintien des acquis, la prévention de l'aggravation des handicaps et de la dépendance. La prise en charge en FAM permet d'assurer aux personnes un suivi médical et paramédical permanent.

Il semble également intéressant de réfléchir sur la mise en place « d'une résidence parent-enfant » qui consisterait à accueillir le parent âgé et l'enfant handicapé mental vieillissant. Peu de structure de ce genre existe en France<sup>60</sup> pourtant le vieillissement des personnes handicapées se déroule aussi à domicile et s'effectue en même temps que le vieillissement des parents. Souvent ces familles restent éloignées des structures sociales et médico-sociales jusqu'à l'hospitalisation du parent ou son décès car elles désirent continuer à vivre ensemble. Ces situations conduisent à trouver des solutions en urgence. L'idée de cette structure serait d'anticiper ces situations d'urgence et d'apporter des solutions aux parents qui veulent « continuer à vivre avec leurs enfants handicapés et savoir ce qui arrivera le jour où ils ne seraient plus là »<sup>61</sup>. Ce phénomène des « dyades

---

<sup>60</sup> Une structure ayant cette vocation a été créée en 2007, la « maison familiale » aux Herbiers en Vendée. GILLIOTTE N., juillet-août 2009, « Une maison familiale accueille ensemble handicapés et parents âgés », Direction, n°65, pp.12-14.

<sup>61</sup> ibidem

parent-enfant »<sup>62</sup> est cependant difficile à chiffrer tant au plan national que local ce qui peut être une difficulté pour déterminer le nombre de places pouvant être créées.

La mise en place d'un accompagnement adapté sera à travailler. Cette structure devra créer de forts liens avec l'EHPAD pour l'accompagnement des parents âgés accueillis afin que celles-ci puissent participer aux activités notamment. Pour les personnes handicapées âgées, des liens avec le FAM ou le foyer de vie devront être créés pour que ces personnes puissent également participer aux activités. Les particularités de cet accompagnement devront aussi être anticipées au moment du recrutement. Le personnel recruté devra être formé aux deux types de prise en charge.

Ce type de structure atypique pose cependant question en terme de financement dans la mesure où elle dépendrait de deux tarifications différentes, celle pour les personnes âgées dépendantes et celle pour les personnes handicapées.

La proximité du terrain constructible avec le foyer de vie et le nouveau EHPAD permettra de travailler sur le développement de véritables coopérations entre l'ensemble de ces structures.

#### B) Faciliter la prise de contact avec l'établissement par la création d'alternative à l'institutionnalisation

Pour une personne handicapée âgée, la brutalité que peut représenter le passage entre le domicile et l'institution appelle nécessairement à envisager des solutions d'intégration progressive.

Des places d'accueil temporaire permettront à des personnes handicapées vieillissantes demeurant en famille et ayant le profil FAM, d'être accueillies momentanément dans la structure pour faire face à des situations particulières et circonstanciées durant les week-ends et les vacances, en réponse à des problèmes d'ordre familial. L'accueil temporaire peut permettre de donner aux familles ou aux accompagnants naturels, un peu de répit et de repos. Il présente aussi l'intérêt de permettre à la personne handicapée et à sa famille de découvrir un autre univers et de s'habituer à un autre accompagnement dans d'autres lieux.

La création de quelques places d'accueil de jour pour personnes handicapées mentales vieillissantes permettrait de proposer des activités adaptées à leurs besoins pendant la journée. Plusieurs types de personnes handicapées pourraient être concernées : les

---

<sup>62</sup> Du grec « nombre de deux », terme désignant un couple soudé par des liens autres que le mariage (souvent un lien ascendant-descendant). BREITENBACH N., 1999, *Une saison de plus, handicaps et vieillissements*, Paris : Desclée et Brouwer, p207.

personnes handicapées vieillissantes maintenues dans leur famille soit pour faire face à des indisponibilités des familles ou plus simplement pour les soulager momentanément, voir pour préparer en douceur le passage vers une autre forme de prise en charge, les personnes handicapées âgées vivant à l'EHPAD dont l'état physique et psychique leur permet de bénéficier de la formule « accueil de jour », les personnes handicapées vieillissantes vivant à leur propre domicile pour leur proposer des activités permettant de rompre leur isolement et maintenir leurs acquis. La mise en place de cet accueil de jour permettra à ces personnes de se familiariser avec un autre accompagnement et un autre lieu.

### Conclusion 3 :

L'amélioration de l'accompagnement des personnes mentalement handicapées vieillissantes passe par une meilleure prise en compte de leurs spécificités. Cela impose de consolider et d'améliorer l'offre existante en l'individualisant.

Pour cela « le directeur-manager doit être auteur et acteur du changement »<sup>63</sup>, il doit développer un management permettant l'implication de tout le personnel dans la démarche et doit encourager les coopérations entre le secteur du handicap et celui de la gérontologie car elles ne peuvent être que bénéfiques aux professionnels et aux résidents. En effet « les acteurs des deux secteurs, personnes âgées et handicap, doivent apprendre à rapprocher leurs savoirs faire. Il faudra un effort de coopération, d'adaptation et d'innovation pour répondre à ces nouvelles situations ».<sup>64</sup>

L'individualisation de l'accompagnement et des réponses au vieillissement de la personne passe par une meilleure prise en compte de ses besoins et de sa parole par l'élaboration d'un projet personnalisé.

Comme l'affirme le Conseil Economique et Social « il n'existe pas de réponse unique pour la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes et toutes les réponses sont justifiées »<sup>65</sup>. Ainsi il est donc nécessaire de diversifier les prestations par le développement de démarche projet ayant pour objectif la création de structures innovantes.

---

<sup>63</sup> MIRAMON JM., 2001, *Manager le changement dans l'action sociale*, Rennes : ENSP, p92.

<sup>64</sup> BELOT A., septembre 2004, « L'accueil des personnes handicapées mentales vieillissantes un nouveau enjeu pour les professionnels du grand âge ? ». *Gérontologie et société, âges et handicaps*, n°110, pp. 295-298.

<sup>65</sup> Rapport du Conseil Economique et Social (rapporteur : CAYET J.), 1998, *La prise en charge des personnes vieillissantes handicapées mentales ou souffrant de troubles mentaux*, Les éditions des journaux officiels.

## Conclusion

La prise en compte du vieillissement des personnes handicapées mentales permet d'interroger les politiques médico-sociales et sociales développées en France, ainsi que les pratiques des établissements et des professionnels. La volonté d'assurer un accompagnement de qualité pour ces personnes nécessite de nombreux changements et adaptations institutionnels. Une réorganisation des prises en charge centrée principalement sur la formalisation des projets individuels, sur l'adaptation des activités et sur le développement de partenariats est nécessaire.

La conjonction des savoirs faire, des savoirs être, des compétences et le rapprochement de l'ensemble des acteurs des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux œuvre également à l'amélioration des accompagnements. Il est du ressort du directeur d'impulser et de conduire ces changements, en développant une véritable stratégie de management des ressources humaines et de projet, afin de garantir l'adéquation de l'offre aux besoins des personnes handicapées vieillissantes et de leur entourage.

Ce travail a permis de voir que les possibilités d'accompagnement sont multiples et qu'il n'y a pas de solution idéale et unique pour les personnes handicapées âgées. Il est nécessaire de diversifier ces solutions afin de répondre à l'hétérogénéité des besoins et de respecter la trajectoire individuelle de chacun. La diversification des prestations et des services participe au principe opérationnel de libre choix et d'individualisation des réponses. Il convient donc d'organiser localement une palette de choix dans le cadre de réseau locaux à construire entre les différents secteurs (handicap, gérontologie et sanitaire). Les pistes proposées dans ce travail restent encore à expérimenter. Seule l'expérimentation sera à même de démontrer si les propositions faites sont des réponses adaptées. Une évaluation devra être effectuée au fur et à mesure de la mise en place du projet et des adaptations seront à réaliser tout au long de son déroulement.

Aujourd'hui l'enjeu du vieillissement des personnes handicapées est pris en compte par les pouvoirs publics, les directeurs et les établissements, des projets innovant spécialisés dans l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes se mettent en place. Il serait cependant nécessaire d'élaborer une politique de communication forte concernant ces structures, les offres et prestations proposées et de développer l'information auprès des personnes handicapées, des aidants et de leurs familles afin de leur permettre un véritable choix sur le mode d'accompagnement qu'ils souhaitent afin de les accompagner dignement jusqu'au bout de leur vie.





---

## Sources et bibliographie

---

### Textes législatifs et réglementaires :

- REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. Journal officiel du 1<sup>er</sup> juillet 1975.
- REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 relative à l'institution d'une prestation spécifique dépendance. Journal officiel, n°21 du 25 janvier 1997, page 1280
- REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel, n°2 du 3 janvier 2002, page 124.
- REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Journal officiel, n°151 du 1 juillet 2004, page 11944.
- REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal officiel, n°36 du 12 février 2005, page 2353.

### Ouvrage :

- BREITENBACH N., 1999, *Une saison de plus, handicaps et vieillissements*, Paris : Desclée et Brouwer, 256p.
- BOUSSARD V., CRAIPEAU S., DRAIS E., GUILLAUME O., METZGER J.L., 2004, *Le socio- Manager, sociologies pour une pratique managériale*, Paris : Dunod, 373p.
- DALLA PIAZZA S., 2005, *Handicap congénital et vieillissement*, Bruxelles : De Boeck et Larcier, 135p.
- DUCALET P., LAFORCADE M., 2003, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales. Sens, enjeux et méthodes*, Paris : Seli Arslan, 335p.
- FONDATION DE FRANCE, réseau de consultants en gérontologie BARREYRE J-Y., BASCOUL J-L., DOISNEAU O., EYNARD C., ROTHKEGEL P., WERLEN F., CREA I Ile de France, 2000, *Les accompagner jusqu'au bout du chemin, l'accueil des personnes handicapées mentales vieillissantes*, Rennes: l'ENSP, 187p.
- LEFEVRE P., 1999, *Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médico-social*, Paris, Dunod, 305p.
- LENOIR R., 1974, *Les exclus : un français sur 10*, Paris : Seuil, 173p.
- LIBERMAN R., 1999, *Handicap et maladie mentale*, PUF, collection «Que sais-je »,128p.

- MIRAMON JM., 2001, *Manager le changement dans l'action sociale*, Rennes : ENSP, 105p.
- MIRAMON JM., COUET D., PATURET JB., 2005, *Le métier de directeur. Techniques et fictions*, Rennes : ENSP, 270p.
- ZRIBI G., SARFATY J., 2003, *Le vieillissement des personnes handicapées mentales*, Rennes : ENSP, 198p.

### **Articles :**

- AZEMA B., MARTINEZ N., 2003, « Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie et de santé ; qualité de vie ». *Revue française des affaires sociales, une revue de la littérature*, pp 297-333.
- BELOT A., septembre 2004, « L'accueil des personnes handicapées mentales vieillissantes un nouveau enjeu pour les professionnels du grand âge ? ». *Gérontologie et société, âges et handicaps*, n°110, pp. 295-298.
- BROUSSEAU V., CARNEIN S., avril-juin 2006, « Le vieillissement des personnes handicapées prises en charge en structures sociales ou médico-sociales ». *Revue Médical de l'Assurance Maladie*, vol. 37, n°2, pp. 83-92.
- CAUSSE D., JAMOT M., 8 juin 2006, « Quelles structures pour accueillir des personnes handicapées vieillissantes ? ». *Fédération hospitalière de France, organisation sanitaire et médico-sociale*.
- CHAUVIN K., MOHAER F., septembre 2004, « Le vieillissement des personnes handicapées. Première rencontre vieillissement et Handicap », Rennes, 9 juin 2004. *Gérontologie et société* 2004/3, n°110, pp. 299-308.
- CORMIER H., novembre 2004, « Personnes handicapées mentales vieillissantes. Les professionnels à la recherche de nouvelles formes d'accueil ». *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n° 2380, pp.27-28.
- GABBAI P., septembre 2004, « Longévité et avancée en âge des personnes handicapées mentales et physiques ». *Gérontologie et société, âges et handicaps*, n°110, pp.47-73.
- GABBAI P., 1998, « Les équipes éducatives et soignantes face au vieillissement des personnes handicapées mentales », *Les Cahiers de l'actif*, n°312-313, pp. 27-33.
- GILLIOTTE N., juillet-aout 2009, « Une maison familiale accueille ensemble handicapés et parents âgés », *Direction*, n°65, pp.12-14.
- GUYOT P., septembre 2004, « La problématique des personnes handicapées âgées, un révélateur des politiques sociales catégorielles ». *Gérontologie et société, âges et handicaps*, n°110, pp. 95-113.

- LAROQUE G., septembre 2004, «Le vieillissement des personnes handicapées, un problème de société ». *Gérontologie et société, âges et handicaps*, n°110, pp. 8-11.
- LEFEVRE C., avril 2009, « Personnes handicapées mentales vieillissantes. Des structures adaptées en nombre insuffisant ». *Lien Social*, n°926, pp. 10-14.
- MORATA.S., mai-août 2007, « Deux logiques pour penser le projet dans les établissements sociaux et médico-sociaux ». *Les cahiers de l'actif*, n° 372/375, pp 99-109.
- VANOVERMIER S, « Le vieillissement en établissement pour adultes handicapés ». *Gérontologie et société, âges et handicaps*, n°110, pp. 209-228.

### **Etudes, rapports et avis :**

- ANESM, décembre 2008, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé, Recommandation de bonnes pratiques professionnelles*, 52p.
- CREA I BOURGOGNE, juillet 2004, Guide d'accompagnement et de prise en charge des personnes handicapées âgées,
- DRASS/DDASS NORD PAS DE CALAIS, décembre 2006, *Profils des personnes handicapées vieillissantes prises en charge dans les établissements médico-sociaux et les structures de travail protégé du Nord-Pas-de-Calais*, n°17.
- DREES, décembre 2002, *Les personnes handicapées vieillissantes une approche à partir de l'enquête HID, Études et résultats*, n°204.
- MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE AUX PERSONNES AGEES ET AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE, RAPPORT de M Paul Blanc, 11 juillet 2006, *Une longévité pour les personnes handicapées vieillissantes un nouveau défi pour leur prise en charge*.
- Rapport du Conseil Economique et Social (rapporteur : CAYET J.), 1998, *La prise en charge des personnes vieillissantes handicapées mentales ou souffrant de troubles mentaux*, Les éditions des journaux officiels.
- Rapport ODAS, 2006, *Maison départementale des personnes handicapées, une réforme bien engagée*, Paris, 28p
- Schéma départemental du Pas de Calais en faveur des personnes handicapées 2003-2008

### **Mémoires :**

- MARTIN A., 2006, *De la prise en charge à la prise en compte du vieillissement des personnes mentalement handicapées : vers une articulation du sanitaire et du médico-social pour respecter leur spécificité*, Directeur d'établissement sanitaire et social, ENSP.
- DEVAUX F., 2003, *Personnes handicapées vieillissantes en maison de retraite : une prise en charge adaptée?*, Directeur d'établissement sanitaire et social, ENSP.

### **Formation continue :**

- ACTIF, mars 2009, *Adultes handicapés vieillissants : quelles modalités d'accompagnement ?* La Grande Motte.

### **Documents audiovisuels :**

- FAURE JM., 1998, *Cheveux blanc, cheveux gris. Handicap mental et vieillissement : quelles perspectives ?*, Durée 35 minutes.
- FAURE JM., 1998, *Pour mémoire. La démence sénile chez les personnes déficientes intellectuelles*, Durée 52 minutes.
- FONDATION DE FRANCE, 1993, *Lorsque les handicapés mentaux vieillissent*, produit par New York State developmental disabilities planning council, Durée 18 minutes

### **Sites internet :**

- <http://www.dress.fr>
- <http://www.santé.gouv.fr>
- <http://www.FHF.fr>
- <http://www.cnsa.fr>

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Grille d'entretien

Annexe 2 : Etude quantitative sur l'âge des résidents du foyer de vie

Annexe 3 : Plan des terrains du Centre Hospitalier de Carvin

## Annexe n°1 : Grille d'entretien du personnel du Foyer de vie

Les entretiens avec les professionnels du foyer de vie ont duré en moyenne 45 minutes. Ces entretiens ont été retranscrits dans une grille d'analyse de type classificatoire, c'est-à-dire que chaque idée formulée a été classée dans une catégorie prédéterminée : prise en charge de la personne handicapée vieillissante, difficultés rencontrées, aspects médicaux, solutions à envisager...

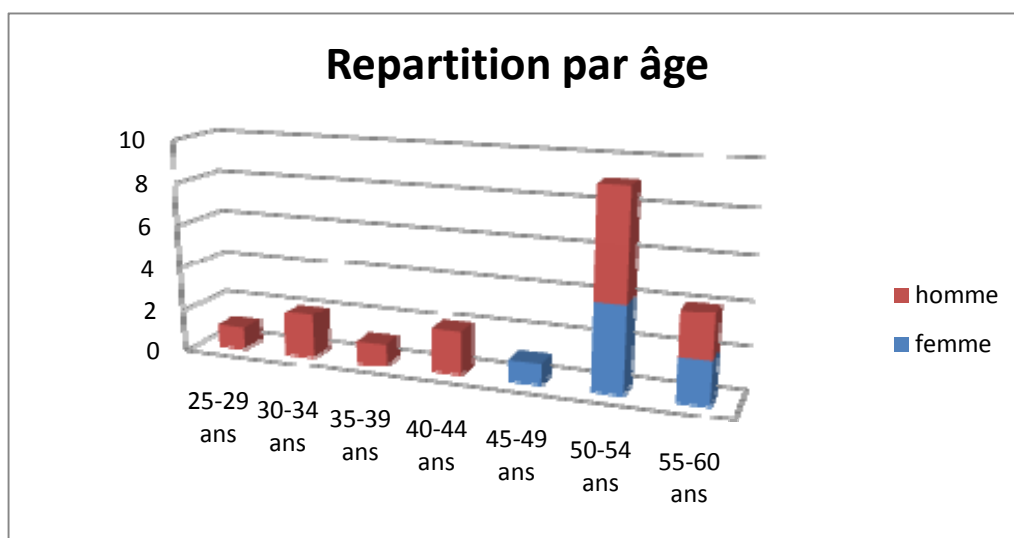
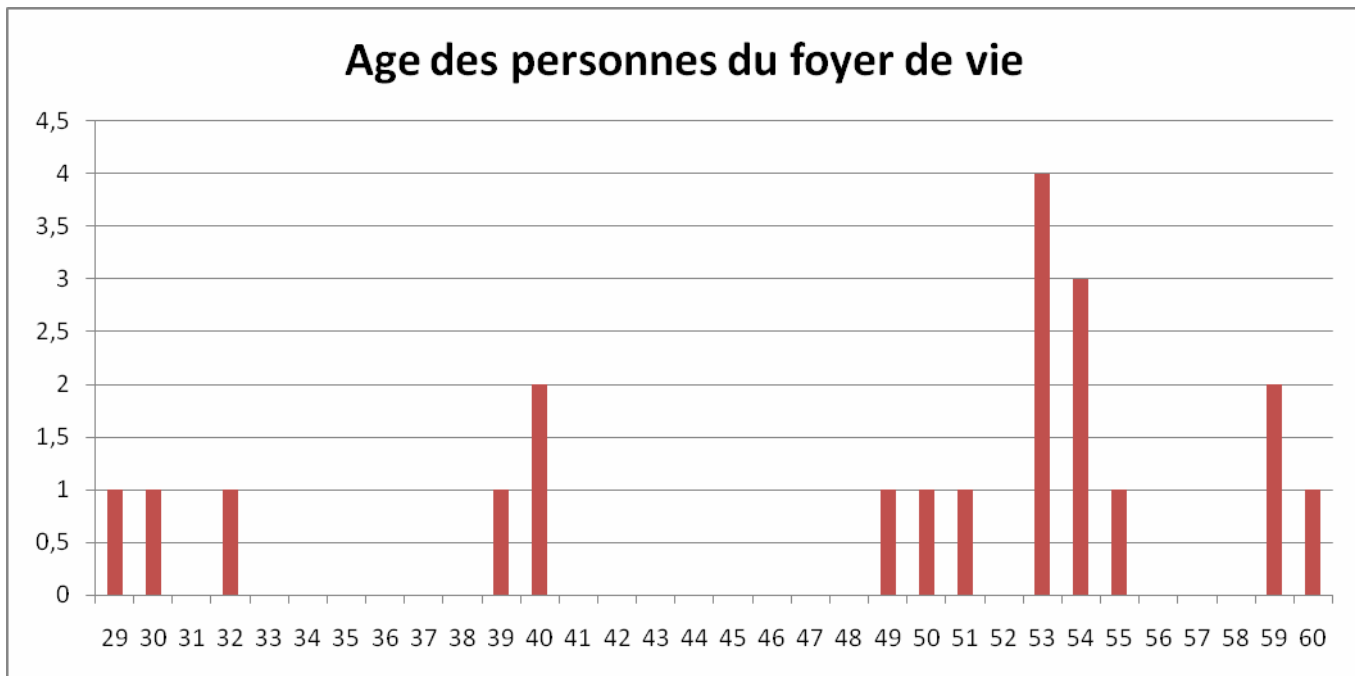
D'autres entretiens ont été réalisés auprès des professionnels de l'EHPAD et de professionnels d'autres structures, sur la même démarche: une grille d'entretien adaptée et une grille d'analyse.

Nom / Fonction / Ancienneté :

1. Considérez-vous que certains résidents présentent des signes de vieillissement ?  
Quels sont ces signes ?
2. A partir de quel âge vous avez pu remarquer des signes de vieillissement ?
3. Les résidents sont-ils préparés à leur vieillissement ? Évoquez-vous la question avec eux de leur souhait futur concernant leur hébergement ?
4. Le foyer de vie est-il adapté pour accompagner ces personnes? Quels aménagements avez-vous effectués ou pensez-vous effectuer pour mieux accompagner les personnes handicapées vieillissantes?
5. Considérez vous être suffisamment formé à la prise en charge et l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes ?
6. Quelles difficultés pouvez-vous avoir au quotidien avec les personnes handicapées vieillissantes?
7. Que pensez-vous du mélange personnes handicapées jeunes et personnes handicapées vieillissantes PH vieillissantes ?
8. Que pensez-vous de l'orientation en EHPAD ?
9. Les orientations faites récemment ont-elles été préparées ?
10. Quelles sont selon vous les solutions les plus adaptées pour les personnes handicapées vieillissantes ?
11. Pensez-vous que la création d'un établissement spécifique pour personnes handicapées vieillissantes est une bonne solution ? Quelles devront être ses caractéristiques?

Annexe n° 2 : Etude quantitative sur l'âge des résidents du foyer de vie

Etude effectuée au 31 décembre 2008 : 20 résidents au « foyer de vie Les Genets »



|            | Femme | homme | total |
|------------|-------|-------|-------|
| 25 -29 ans | 0     | 1     | 1     |
| 30-34 ans  | 0     | 2     | 2     |
| 35-39 ans  | 0     | 1     | 1     |
| 40-44 ans  | 0     | 2     | 2     |
| 45-49 ans  | 1     | 0     | 1     |
| 50-54 ans  | 4     | 5     | 9     |
| 55-60 ans  | 2     | 2     | 4     |
| total      | 7     | 13    |       |

Moyenne d'âge : 48.5 ans

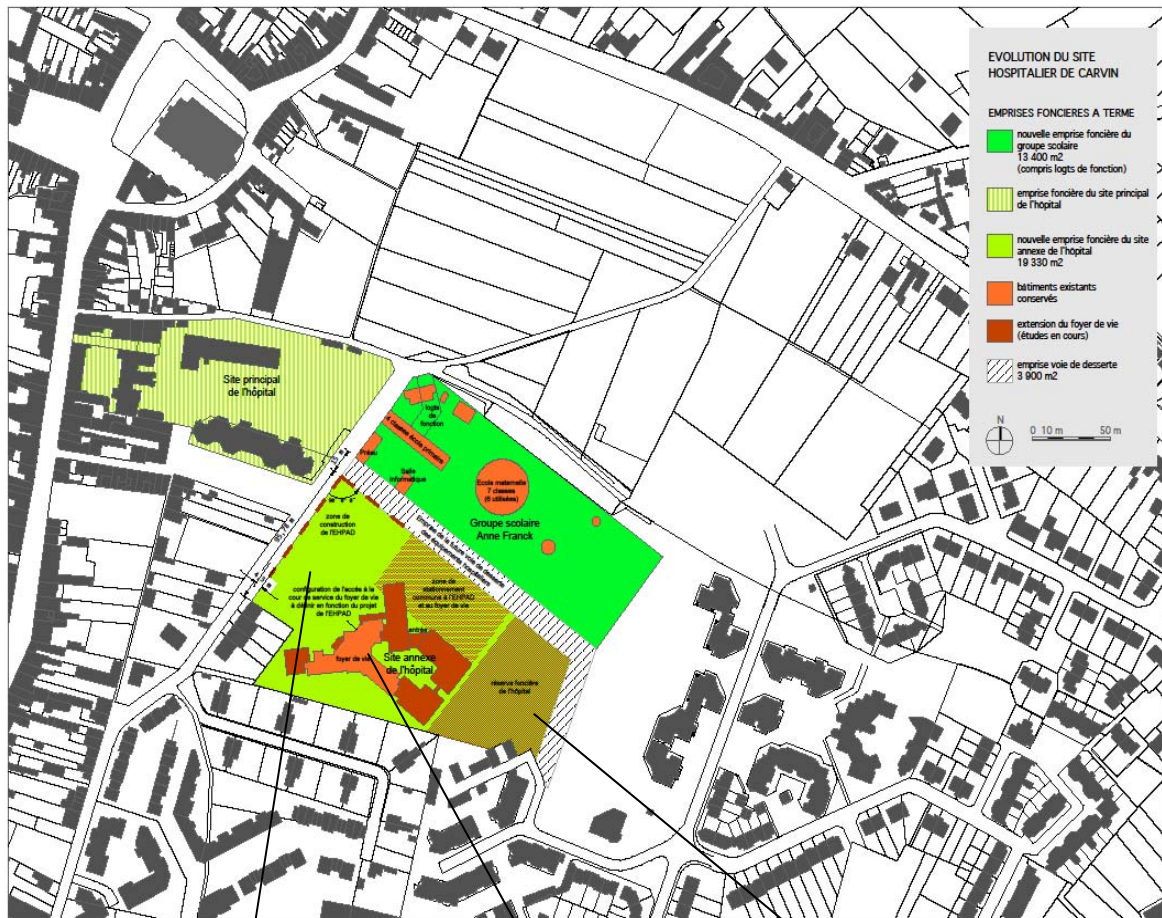
4 personnes ont entre 55 ans et 60 ans

9 personnes ont entre 50 ans et 54 ans.

Soit 65% de la population à plus de 50 ans



### Annexe 3 : Plan des terrains du Centre Hospitalier de Carvin



Site de la reconstruction de l'EHPAD

Foyer de vie « Les genets » après l'extension

Reserve foncière du Centre Hospitalier pouvant accueillir une structure pour personnes handicapées vieillissantes.