



2017-2018

Face au vieillissement des personnes handicapées, des structures du champ du handicap ont fait évoluer leurs réponses et ont noué des partenariats avec d'autres structures. Le champ gérontologique a également été amené à réinterroger ses pratiques pour apporter des réponses adaptées aux personnes handicapées âgées qui sont aujourd'hui également accueillies dans les EHPAD. Quelles sont les solutions expérimentées en BFC ? quels enseignements en tirer ? quels essaimage possibles ?

Vieillissement des personnes handicapées

Partage d'expériences en
Bourgogne-Franche-Comté

Isabelle GERARDIN
Pauline PAYRASTRE,
conseillères techniques

Table des matières

Introduction.....	3
I- Le contexte de ce recueil.....	4
II- La commande et la méthodologie employée.....	4
III- Les limites de ce recueil.....	5
IV- Les retours	5
Les enseignements des expériences présentées	7
I- Les éléments de contexte déclencheurs	9
1- Des constats de la part des acteurs du champ du handicap	9
2- Des constats des acteurs du champ gérontologique	10
3- Des initiatives de la part des autorités de tarification et de contrôle.....	10
II- Les différentes catégories de dispositifs et leurs objectifs	11
Des adaptations menées en interne	11
Des dispositifs imaginés pour faciliter les transitions secteur PH/secteur PA.....	12
Des projets départementaux pour répondre aux besoins de plusieurs structures indépendamment de l'organisme gestionnaire	13
Des réponses s'inscrivant dans le mouvement de l'habitat inclusif.....	14
III- Les constats transversaux aux différentes expériences	15
Les outils d'évaluation.....	15
L'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes	16
Le recours à des compétences professionnelles adaptées	17
IV- Les leviers et les écueils/limites des dispositifs présentés.....	19
Les leviers	19
Ecueils/limites	20
V- Les pistes d'évolution possibles	22
Les pistes énoncées par les acteurs	22
Les axes à développer selon le CREAI.....	23
Présentation des fiches par secteur	26
Liste des sigles	67
Annexes	70
Annexe 1 : fiches de retour d'expérience	71
1- Fiche de recueil de l'ars en amont du témoignage	71
2- Fiche de présentation du dispositif élaborée par le CREAI	72
Annexe 2 : recueil des outils d'évaluation utilisés pour évaluer les besoins des personnes handicapées vieillissantes	73
1- Les grilles d'évaluation du champ gérontologique	73
2- Les grilles d'évaluation du champ du handicap	75

3-	Les grilles élaborées par les structures elles-mêmes	78
4-	Les autres grilles d'évaluation mentionnées : l'évaluation des besoins fondamentaux.....	82
5-	Les autres outils existants mais non mentionnés dans le groupe de travail (non exhaustif)	84
Annexe 3 : schéma theorique des réponses possibles.....		87

INTRODUCTION

I- LE CONTEXTE DE CE RECUEIL

Dans le cadre du « parcours handicap » piloté par l'ARS, les membres du comité stratégique ont identifié le vieillissement des personnes handicapées comme une problématique dans le parcours de vie des personnes. Un groupe de travail régional de professionnels du secteur du handicap et gériatologique a été constitué et une première réunion a eu lieu le 23 juin 2017. Ses objectifs étaient les suivants :

- présenter en quelques chiffres le contexte régional sur le sujet
- laisser la parole aux participants pour qu'ils fassent part de leur expérience, leurs problématiques, leurs difficultés, leurs réussites
- recueillir les attentes des participants vis-à-vis de ce groupe de travail
- arrêter une méthodologie de travail, des objectifs et des livrables

A l'issue de cette réunion, il a été acté de mettre en place plusieurs réunions de travail sur une année pour disposer de **retours d'expériences variées** des acteurs de terrain ayant mis en place des modalités d'accompagnement de personnes handicapées vieillissantes et d'en échanger avec les membres du groupe de travail. Au total, une quarantaine de personnes (pas toujours tous simultanément présents) ont été associés à ce travail. Il s'agit de professionnels du secteur du handicap (gestionnaires d'établissements, de services ou encore de dispositifs), du secteur des personnes âgées (directeurs d'EHPAD, gériatre, universitaire participant au gérontopôle¹) et de représentants des conseils départementaux (21, 89, 25, 39, 71).

II- LA COMMANDE ET LA METHODOLOGIE EMPLOYEE

Le CREAI a été sollicité, aux côtés du Gérontopole, pour accompagner l'ARS dans la valorisation de ces expériences et pour produire un document permettant de capitaliser celles-ci. Concrètement, le CREAI a participé à l'organisation et au déroulement des réunions programmées selon le calendrier ci-dessous, avec les missions suivantes :

- donner un avis sur les acteurs à solliciter pour apporter leur témoignage
- co-animer les séances de travail en apportant des précisions et/ou interrogeant les porteurs de ces expériences pour des compléments d'information, en lien avec son expertise du handicap

¹ Le gérontopole est une association, dont l'objectif est de favoriser la diffusion de bonnes pratiques en gériatologie et d'œuvrer à une meilleure prise en charge des personnes âgées. Située à Dijon, elle rassemble des laboratoires de recherche, des entreprises, des collectivités et associations. Elle fait également partie du pôle de gériatologie inter-régional Bourgogne-Franche-Comté qui rassemble par ailleurs les 2 Universités de la région, les 2 CHU et l'institut régional du vieillissement de Franche Comté.

- identifier les points saillants des expériences présentées

Entre deux séances de travail, à partir des éléments recueillis, le CREAI a renseigné des fiches permettant de présenter de manière synthétique et homogène ces retours d'expérience.

La trame de ces fiches a été co-élaborée avec l'ARS, à partir des éléments demandés aux intervenants en amont des réunions d'une part, et d'autre part des informations jugées utiles par le CREAI pour tirer des enseignements de ces expériences (cf grilles en annexe 1).

dates	Thématiques abordées
24 novembre 2017	Accompagnements sur le secteur du handicap
16 janvier 2018	Expériences mises en place dans les EHPAD
29 mars 2018	Habitat inclusif et autres solutions de transition
7 juin 2018	Accueil familial et une autre expérience dans le champ du handicap
5 juillet 2018	Prise en charge de personnes handicapées avec une problématique « psychique, psychiatrique ».

III- LES LIMITES DE CE RECUEIL

L'ambition de ce travail n'était pas de procéder à un recensement exhaustif, mais bien d'illustrer des cas concrets de mise en œuvre de réponses pour faire face au vieillissement des personnes handicapées tout en respectant au mieux les souhaits et attentes des intéressées.

Il existe d'autres expériences ou des expériences similaires sur d'autres territoires que ceux évoqués dans ce recueil (par exemple, l'ARS a recensé des unités pour personnes handicapées vieillissantes dans plusieurs EHPAD de la région)², qui n'ont pas été présentés dans le cadre de ce groupe de travail mais dont il pourrait être intéressant, dans le cadre d'un travail ultérieur, d'analyser le fonctionnement de manière à proposer un cahier des charges pour le développement de ces unités dans les territoires qui n'en sont pas pourvus.

IV- LES RETOURS

Le recueil à partir duquel cette synthèse est rédigée, porte sur 13 expériences, réparties dans 7 départements de la région³.

Côte d'Or (21)

- Groupe à rythmes différenciés, Foyer de Vie Chantournelle (Marsannay la Côte), *fiche*

² Cf éléments cartographiques établis par Cécile Lumière dans le document « l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes et ses perspectives en Bourgogne-Franche-Comté », réalisé par l'ARS BFC.

³ Un projet a bien été présenté dans l'Yonne mais comme contrairement aux autres présentations, il ne s'agissait que d'un projet et non d'une réponse mise en œuvre et que ce projet était encore trop flou au moment de la

n°3 (p 34-36)

- Accueil familial adultes (départemental), *fiche n°12 (p 62-64)*

Doubs (25)

- Unité spécialisée EHPAD de psychiatrie de la personne âgée-UPPA (Bellevaux), *fiche n°6 (p 43-45)*
- Service « personnes handicapées mentales vieillissantes/psy », résidence Pierre Hauger (Montbéliard), *fiche n°8 (p 49-51)*

Jura (39)

- FAM Agathe (Arbois), *fiche n°2 (p 31-33)*
- FAS et EHPAD (Nozeroy), *fiche n°10 (p 56-58)*

Nièvre (58)

- Service mobile de coordination de soins pour les personnes handicapées vieillissantes (département), *fiche n°4 (p 37-39)*

Haute Saône (70)

- Habitat autonome avec accompagnement (Vesoul et Gevigney), *fiche n°5 (p40-42)*

Saône et Loire (71)

- FAM le Mirandis (Louhans), *fiche n°1 (p28-30)*
- Dispositif d'accompagnement à la vie sociale, AJ et SAVS séniors (Le Creusot), *fiche n°9 (p 52-55)*
- CTER (Mâcon), *fiche n°11 (p 59-61)*
- Accueil familial adultes (départemental), *fiche n°13 (p 65-67)*

Territoire de Belfort (90)

- Maison Blanche (Beaucourt), *fiche n°7 (p 46-48)*

rédaction de ce rapport, nous ne le présenterons pas autrement qu'en indiquant qu'il s'agit d'un projet d'habitat inclusif destiné à des personnes handicapées vieillissantes, qui devrait s'implanter à Lézinnes, reposant sur la construction de 10 maisonnettes et l'intervention d'un SAMSAH. Ce projet est porté par l'ARAH (Association Ravieroise d'Aide aux Handicapés).

LES ENSEIGNEMENTS DES EXPERIENCES PRESENTEES

L'émergence d'un public handicapé vieillissant rend nécessaire l'adaptation des dispositifs créés d'un côté pour les personnes handicapées (supposées à l'époque ne pas vivre longtemps) et de l'autre pour des personnes âgées (qui de fait, entrent plus tardivement en EHPAD et avec un degré d'autonomie de plus en plus dégradé).

Cette adaptation peut prendre, et prend de fait, comme en témoignent les expériences recueillies dans le cadre de ce rapport, différentes formes, depuis l'aménagement à la marge de réponses traditionnelles (adaptations en interne), jusqu'à des dispositifs innovants (habitat inclusif) en passant par la construction de partenariats plus ou moins structurés, selon les besoins identifiés et les dynamiques d'acteurs locaux.

Nous avons choisi de rendre compte de ces expériences selon le plan suivant :

- quels ont été les constats qui ont amené à la conception, puis à la mise en œuvre de ces expériences ?
- quelles formes ont-elles prises ?
- que peut-on dégager comme constats transversaux à ces expériences ?
- quels ont été les facteurs facilitateurs de la mise en œuvre de ces réponses et les écueils rencontrés ?
- quels enseignements peut-on en tirer en matière de reproductibilité éventuelle et/ou de pistes d'amélioration ?

I- LES ELEMENTS DE CONTEXTE DECLENCHEURS

Le principal constat commun, à l'origine du déploiement des dispositifs présentés ci-après est celui d'un vieillissement des publics accueillis conduisant à l'incapacité pour les établissements et services, dans leur fonctionnement actuel, de répondre à l'émergence de nouveaux besoins et à la nécessité de proposer de nouvelles manières d'accompagner ce public.

A l'origine des projets présentés, l'on peut trouver des établissements, des organismes gestionnaires mais aussi assez souvent des autorités de tarification qui ont impulsé des projets.

1- DES CONSTATS DE LA PART DES ACTEURS DU CHAMP DU HANDICAP

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

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

Ces besoins confrontent les établissements non médicalisés à leurs limites en termes de plateau technique (profils de professionnels), de formations adaptées, de temps. C'est à partir de ce constat que certains ESMS seuls ou regroupés avec d'autres, après avoir tenté de procéder à des aménagements à la marge (adaptation des rythmes d'activité ou de travail, renforcement des soins), ressentent la nécessité de construire une autre réponse, le plus souvent mixant, comme nous le verrons plus loin, des ressources du milieu du handicap et de la gérontologie.

Le refus de « réorienter » les personnes vieillissantes vers un EHPAD « classique » dont les structures du champ du handicap estiment qu'ils ne sont pas adaptés « en l'état » à l'accueil de personnes handicapées vieillissantes (à la lumière notamment d'expériences malheureuses en la matière) est un deuxième argument évoqué par les acteurs du champ du handicap pour appeler à la création de réponses spécifiques.

Enfin, un argument également avancé consiste en la prise en compte des attentes et souhaits des résidents eux-mêmes qui aspirent à vieillir dans la structure où elles résident (foyer d'hébergement, foyer de vie, foyer d'accueil médicalisé), qu'elles considèrent comme leur lieu de vie.

2- DES CONSTATS DES ACTEURS DU CHAMP GERONTOLOGIQUE

Le champ gérontologique a toujours été amené à accompagner au cas par cas des personnes handicapées vieillissantes mais leur nombre augmente et les équipes font le constat que ces personnes ont des besoins spécifiques. Parmi les constats de ces acteurs, figure l'idée qu'il manque peut-être une structure intermédiaire entre les établissements pour personnes handicapées et les EHPAD qui permettraient d'aménager une transition entre ces deux types de réponse. En effet, les personnes qui quittent les ESMS pour adultes handicapés sont beaucoup plus jeunes quand elles arrivent en EHPAD que la moyenne d'âge des personnes qui y résident (et donc une espérance de vie bien plus élevée en EHPAD que les personnes âgées) et sont également moins dépendantes qu'elles pour les actes de la vie courante.

L'autre principal constat (à l'origine notamment des projets de créations d'unités de vie spécifiques au sein des EHPAD) repose sur l'inadaptation de l'accompagnement proposé au regard de la nature des besoins des personnes handicapées accueillies, qui diffère de manière évidente et importante entre les personnes handicapées et les personnes âgées au moins dans certains domaines. Ainsi, les personnes handicapées vieillissantes ont des besoins sur les dimensions sociale et éducative et donc d'un accompagnement éducatif spécifique qui n'est pas le besoin principal des personnes âgées. Ces dernières requièrent principalement des accompagnements en matière de soins et d'assistance dans les actes de la vie quotidienne.

3- DES INITIATIVES DE LA PART DES AUTORITES DE TARIFICATION ET DE CONTROLE

Parfois, la création d'un dispositif ou d'un service est déclenchée par une administration comme l'ARS ou le Conseil Départemental, qui, à l'issue de son propre diagnostic lance un appel à projet ou initie un groupe de réflexion, ou encore inscrit dans les axes de son schéma des actions à mener, dont se saisissent les acteurs de terrain. Ainsi par exemple :

- l'ARS et le Conseil Départemental de la Nièvre ont identifié sur ce département la problématique de l'absence de ressources médicales dans les foyers de vie, risquant de compromettre la possibilité de poursuivre un accueil de personnes handicapées vieillissantes par ce type d'établissement ou de conduire à des ruptures de parcours. Ce constat a conduit à un appel à projet.
- Le Conseil Départemental de Haute Saône a lancé un appel à projet pour permettre à des personnes vivant à domicile de trouver une réponse aux problématiques liées à leur avancée en âge, qui leur permette d'éviter ou de retarder une entrée en institution. Le conseil Départemental du Jura souhaitait quant à lui proposer un accueil en EHPAD de personnes handicapées avec leurs parents.
- Dans le cadre de son 1^{er} PRS, l'ARS de Franche Comté avait souligné la nécessité d'élaborer des réponses pour les personnes handicapées retraitées d'ESAT ou en perte d'autonomie

- C'est le constat opéré par la DTARS de Saône et Loire de difficultés de coopération entre les ESMS et les services de soins en psychiatrie qui est à l'origine également d'une réflexion inter-établissements sur la mise en place d'une commission de régulation.
- Enfin c'est dans le cadre de leurs schémas départementaux en faveur des personnes âgées que les conseils départementaux de la Côte d'Or et de la Saône et Loire, ont favorisé le développement de l'accueil de personnes handicapées âgées par des accueillants familiaux pour répondre au besoin de développer des solutions alternatives à l'accueil en structure collective.

II- LES DIFFERENTES CATEGORIES DE DISPOSITIFS ET LEURS OBJECTIFS

DES ADAPTATIONS MENEES EN INTERNE

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

C'est le cas notamment de l'EHPAD la maison blanche dans le territoire de Belfort (cf fiche n°7), qui a créé en 2012 une unité de vie de 16 places nommée « les charmottes », avec l'appui de l'ADAPEI de Montbéliard et l'AHFC. Cette unité, qui accueille principalement des personnes déficientes intellectuelles ou avec un traumatisme crânien, développe un projet d'animation spécifique pour mieux répondre aux besoins de cette population. L'EHPAD « les reflets d'argent » en Saône et Loire (cf fiche n°9) a également ouvert une unité spécifique en 2014.

C'est également le cas de la résidence Pierre Hauger dans le Doubs (cf fiche n°8), qui dispose en son sein depuis 2009 d'un service « personnes handicapées mentales vieillissantes/psy » accompagnant 14 personnes, permettant d'accueillir en EHPAD, avec un projet spécifique, des personnes handicapées vieillissantes déficientes intellectuelles ou avec un handicap d'origine psychique.

Des adaptations en interne ont également été réalisées du côté des structures pour personnes handicapées, qui constatent la nécessité d'apporter des ajustements à leur organisation pour adapter au mieux l'accompagnement aux problématiques du vieillissement.

C'est le cas de l'expérience rapportée par le Foyer Chantournelle en Côte d'Or (cf. fiche n°3). Ce foyer de vie, constatant que les activités proposées dans le cadre du centre d'activités adaptées ne répondaient plus aux besoins de certains résidents vieillissants, après divers ajustements organisationnels et de locaux a finalement créé en 2013 un groupe à rythme différencié (GRD). L'objectif de cette unité de vie accueillant 10 personnes déficientes intellectuelles, consiste à proposer un accompagnement adapté tout en maintenant les acquis des personnes concernées notamment au travers des activités de la vie quotidienne.

Les ajustements proposés par le secteur du handicap peuvent également consister à créer des places médicalisées (FAM)

- Le FAM le Mirandis en Saône et Loire (cf. fiche n°1), créé en 2014 en est une illustration. Il s'agit d'un FAM spécifiquement dévolu à l'accueil de personnes handicapées vieillissantes. Il est attaché au foyer de vie, porteur du projet de sa création. Il accueille 12 personnes et propose un accompagnement adapté prenant en compte les troubles physiques, sensoriels et cognitifs liés à l'avancée en âge.
- Le FAM Agathe dans le Jura (cf. fiche n°2), créé en 2007 par l'APEI d'Arbois (aujourd'hui Juralliance) en est une autre illustration. Il dispose de 20 places d'accueil permanent et 2 d'accueil temporaire et s'adresse à des personnes déficientes intellectuelles vieillissantes.

Enfin, l'accueil familial déjà proposé à des personnes âgées et à des personnes handicapées a été présenté comme une réponse alternative possible pour l'accueil de personnes handicapées vieillissantes (cf. fiches n°12 et n°13). Actuellement, en Côte d'Or, 62 personnes handicapées vieillissantes bénéficieraient de ce type d'accueil. Il s'agirait principalement de personnes présentant une déficience intellectuelle et/ou souffrant de troubles psychiques.

DES DISPOSITIFS IMAGINÉS POUR FACILITER LES TRANSITIONS SECTEUR PH/SECTEUR PA

Au-delà des adaptations que chacun des deux secteurs (du handicap et gérontologique) a pu mettre en œuvre pour s'adapter aux spécificités des besoins des personnes handicapées vieillissantes, des solutions innovantes ont été imaginées pour aménager des espaces transitionnels entre deux catégories de structures (celles pour les personnes handicapées ou malades et les EHPAD).

Face à l'absence de réponse intermédiaire permettant d'aménager une transition entre les structures pour personnes handicapées et les EHPAD et au regard du décalage important entre les deux catégories de population concernées, des acteurs ont porté des projets de partenariat visant à faciliter ces transitions. C'est le cas notamment du centre de long séjour de Bellevaux (cf. fiche n°6) dans le Doubs, qui, dans le cadre de sa plate-forme gérontologique,

a créé une unité EHPAD de psychiatrie de 18 places pour l'accueil de personnes avec des troubles psychiatriques, ayant besoin d'une consolidation de leur accompagnement médical avant un accueil en EHPAD « classique ».

Pour les personnes handicapées hébergées chez leurs parents, le vieillissement de ces derniers conduit à des situations d'accueil en urgence en cas d'hospitalisation ou de décès, particulièrement délétères pour les personnes concernées. Afin d'éviter ces situations, des projets d'accueils « parents-enfants » sont nés. Ainsi, le FAS⁴ et l'EHPAD « chemin de Yoline » dans le Jura ont co-construit, selon les souhaits du conseil départemental, un projet qui a vu le jour en 2013. Le parent est accueilli à l'EHPAD tandis que l'enfant adulte est accueilli au FAS. Des temps de vie communs entre la population du FAS et celle de l'EHPAD sont organisés, ce qui permet en outre aux deux populations d'apprendre à se côtoyer.

Le dispositif porté par le groupement de coopération Hespéria en Saône et Loire (cf. fiche n°9) propose quant à lui un accompagnement reposant sur l'articulation de trois acteurs permettant d'organiser une fluidité dans le parcours de vie des personnes vieillissantes et une souplesse dans les accompagnements entre le secteur du handicap et celui des personnes âgées. Ainsi, la coordinatrice du dispositif intervient en amont et en aval de l'admission en EHPAD pour assurer une transition et un accompagnement adapté des personnes handicapées vieillissantes accueillies dans l'unité spécifique de 28 places de l'EHPAD dédiée aux personnes handicapées. L'accueil de jour seniors de 15 places et le SAVS senior permettent aux personnes handicapées vieillissantes accueillies à l'EHPAD (mais également à des personnes en foyer ou habitant chez leurs parents), de pratiquer des activités adaptées à leurs besoins et attentes, de se rendre auprès des professionnels de santé...

DES PROJETS DEPARTEMENTAUX POUR REPRENDRE AUX BESOINS DE PLUSIEURS STRUCTURES INDEPENDAMMENT DE L'ORGANISME GESTIONNAIRE

Parfois, c'est à l'échelle d'un département qu'une réponse est construite. Parmi les expérimentations présentées, deux projets peuvent être rattachés à cette catégorie.

La création en 2015 du service mobile de coordination de soins à destination des personnes en situation de handicap vieillissantes accueillies en foyer de vie dans la Nièvre (cf. fiche n°4) est né du constat d'un besoin grandissant d'accompagnement sur le volet soin des personnes vieillissantes accueillies en foyers de vie. Ce service permet d'organiser le parcours de santé des personnes concernées ; de promouvoir une démarche de prévention et d'éducation à la santé permettant de retarder les effets négatifs du vieillissement ; de réaliser des diagnostics et faire des préconisations en ergothérapie, permettant d'adapter l'environnement des personnes à certaines problématiques du vieillissement et de faire évoluer les pratiques professionnelles, permettant aux résidents de rester plus longtemps dans le foyer de vie selon leurs souhaits.

⁴ Le FAS (foyer d'accueil spécialisé) correspond administrativement à un foyer de vie.

Dans un tout autre registre, il existe en Saône et Loire un groupe de travail nommé « commission technique d'étude et de régulation (CTER) », qui œuvre depuis 2017 à développer des partenariats entre le CH de Mâcon service psychiatrie et plusieurs structures médico-sociales du département (principalement des MAS, FAM et FV). Il s'agit de croiser les compétences des différents acteurs en organisant des stages croisés de personnel ; des formations croisées mais aussi des séjours pour les usagers afin d'affiner des diagnostics, faire des évaluations ou aménager des séjours de rupture. Ce type de réponse inter-OG et inter-secteurs permettent de décroisonner les réponses et offre des perspectives intéressantes au-delà de la seule question du vieillissement des personnes handicapées.

DES REPONSES S'INSCRIVANT DANS LE MOUVEMENT DE L' HABITAT INCLUSIF

Depuis quelques années, se développent des formules d'habitat inclusif ayant pour objectif de permettre à des personnes en situation de handicap, de bénéficier d'un logement en milieu ordinaire (hors orientation MDPH) tout en ayant recours à un accompagnement individualisé et sur-mesure par le recours à des services médico-sociaux (le cas échéant en mutualisant leur PCH aide humaine). L'habitat autonome avec accompagnement (HAA) développé par l'ADAPEI en Haute Saône s'apparente à ce type de projet.

En effet, ce dispositif s'adresse à des personnes handicapées vieillissantes, habitant dans des logements dont ils sont locataires (bailleurs sociaux pour le site de Gevigney et ADAPEI pour le site de Vesoul). Ces logements sont regroupés au sein d'un même immeuble. L'accompagnement consiste à intervenir dans la vie quotidienne des personnes pour des aides ponctuelles et/ou l'organisation d'activités communes.

III- LES CONSTATS TRANSVERSAUX AUX DIFFERENTES EXPERIENCES

LES OUTILS D'ÉVALUATION

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

Plusieurs outils d'évaluation existent (cf. annexe 2) sans que l'un d'eux ne soit imposé sur le plan national. Les retours d'expériences nous montrent que les outils évoqués sont issus soit du secteur du handicap, comme le ROCS, l'outil GEVA, et le MAP, soit du secteur de la gérontologie, comme la grille AGGIR et la coupe PATHOS, les participants utilisant un ou plusieurs de ces outils. Certains d'entre eux ont recours à des grilles d'observation internes, créées par les établissements eux-mêmes, les référentiels cités ci-dessus étant jugés inadaptés au public accueilli, les problématiques du vieillissement s'ajoutant aux problématiques du handicap.

En effet, la grille AGGIR ne prend pas en compte la dépendance psychique, mentale et relationnelle de la personne handicapée. Or, elle conditionne une large part de l'accompagnement à mettre en œuvre pour cette dernière. À titre d'exemple, la personne évaluée pourra être en capacité de se vêtir ou de se doucher de façon autonome mais aura tout de même besoin d'une stimulation verbale de la part d'un professionnel. Quant à la grille GEVA, il était question qu'une version Aîné (GEVA-A) soit élaborée au niveau national. Même si cela n'a finalement pas abouti, cela met en évidence les limites de la version initiale et la nécessité d'en construire une, davantage en adéquation avec le profil des personnes (comme le GEVA-sco dans le champ de la scolarité). Les besoins de ce public sont donc d'une nature à être évalué autrement, avec une grille inter-secteur et multidimensionnelle.

Concernant les grilles élaborées en interne, nous avons eu peu de retours malgré leur évocation, ce qui n'a pas permis d'en proposer une analyse détaillée.

De façon générale, cette observation régulière s'effectue principalement dans le cadre de l'élaboration et de la réactualisation des projets personnalisés.

L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES

Au regard des expérimentations présentées, nous constatons que l'accueil des personnes handicapées vieillissantes au sein d'une structure implique la prise en compte de besoins spécifiques et une adaptation de l'accompagnement par les professionnels. Cette adaptation, à multiples composantes, peut prendre différentes formes :

- **L'adaptation des activités au rythme de la personne qui évolue.** Cette adaptation peut passer par le fait de proposer davantage de temps individuels pour les activités de la vie quotidienne (lever, repas, hygiène, ...), pour des accompagnements médicaux et/ou administratifs, ou tout simplement pour permettre des temps de repos à la personne concernée. Des activités en petits groupes peuvent également être privilégiées, à l'écart du collectif source de fatigabilité certaine chez les personnes handicapées vieillissantes, en tenant compte de leur capacité de concentration. Le Groupe à Rythmes Différenciés (GRD) mis en place par le foyer de Chantournelle (cf. fiche n°3) donne un exemple concret de cette adaptation. En effet, dans cette unité de 10 résidents, la vie quotidienne est le principal support éducatif utilisé, avec une organisation très précise de la journée : le matin étant plutôt consacré à l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et certaines démarches personnelles, l'après-midi à des temps de repos, des activités et de nouveau un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne. Cette organisation est propre à chaque résident, respectant ainsi ses besoins et son rythme spécifiques.
- **L'adaptation des équipements et des locaux.** Cette adaptation peut passer par un réaménagement des espaces de vie, tant au niveau du mobilier (lits médicalisés, adaptation des couverts pour le repas, adaptation des fauteuils roulants, ...), que des locaux : réaménagement architectural, adaptation de la signalétique, mise en place de repères spatio-temporels avec des pictogrammes ou des photos, par exemple. Ainsi, nous pouvons citer l'exemple du FAM Agathe (cf. fiche n°2), qui pour pallier aux difficultés liées au vieillissement, s'est équipé de matériels spécifiques tels que des lits médicalisés, des fauteuils et des chariots douches, des lèves personnes, des tables ergonomiques, ... L'EHPAD « La maison blanche » (cf. fiche n°7), a quant à lui engagé une réflexion institutionnelle dans le cadre d'un déménagement, suite à l'accueil de 2 personnes handicapées vieillissantes avec handicap moteur en fauteuil roulant durant lequel les professionnels ont pris conscience de l'inadaptation des locaux.
- **L'adaptation du type d'activité,** avec une importance accordée aux soins du corps, au bien-être, à la stimulation sensorielle, au maintien des acquis, et à la prévention de la perte d'autonomie pour le secteur du handicap (cf. fiche n°1 du FAM « Le Mirandis ») qui considère la personne comme fatigable, et plutôt la mise en place d'activités, notamment physiques et sportives, en EHPAD, pour un public considéré encore « jeune et autonome » par rapport à la moyenne d'âge habituellement accueillie. C'est le cas par exemple de l'EHPAD « La maison blanche » (cf. fiche n°7) qui organise des séjours adaptés, s'inspirant du secteur du handicap. Nous constatons ici une vision

différente des deux secteurs concernant les activités à mettre en œuvre, sans doute en lien avec leurs représentations des personnes handicapées vieillissantes et le profil du public habituellement accueilli au sein des structures.

- **L'accompagnement à la transition vers la future structure d'accueil.** En effet, lorsque le maintien de la personne n'est pas possible dans la structure d'origine, et ce malgré les aménagements effectués, l'entrée et la sortie sont à accompagner pour une transition moins brutale. C'est dans ce cadre que le Centre de long séjour de Bellevaux a mis en place une unité spécialisée : l'UPPA (cf. fiche n°6) vise à offrir un accueil transitoire entre une unité de psychiatrie et un service EHPAD classique, permettant ainsi de consolider la prise en charge spécifique de la personne avant une entrée en EHPAD. Nous pouvons également citer l'exemple du dispositif d'accompagnement à la vie sociale du Creusot (cf. fiche n°9) qui permet un accompagnement de la transition des personnes accueillies vers un EHPAD.

LE RECOURS A DES COMPETENCES PROFESSIONNELLES ADAPTEES

Accompagner le vieillissement des personnes handicapées implique d'apporter des réponses diversifiées, en adéquation aux spécificités de ce public, d'où la nécessité de recourir à des compétences professionnelles adaptées pour les structures concernées (par exemple la question de la prise en charge de pathologies liées au vieillissement pour les structures accueillant des adultes handicapées, et la question de l'animation socio-éducative pour les structures du secteur gériatrique). Face à ce constat, nous constatons que différentes stratégies ont pu être adoptées :

- **Former les professionnels** à l'accompagnement de ces personnes dont les besoins évoluent afin de mieux appréhender le public, permettant ainsi aux professionnels du champ du handicap de passer d'une logique éducative à une logique de soins et d'accompagnement, et aux professionnels du champ de la gériatrie d'être formés à l'approche du handicap. Les formations offrent également l'opportunité de redonner du sens à un travail quotidien face à une population qui change, avec une prise de recul nécessaire favorisant le réajustement des pratiques. Ainsi, nous pouvons constater, à titre d'exemple, que les professionnels du FAM Agathe (cf. fiche n°2) ont suivi une formation sur le vieillissement, en général, et plus spécifiquement le vieillissement des personnes handicapées. Le GRD du foyer Chantournelle (cf. fiche n°3) a également suivi des formations sur le vieillissement des personnes handicapées comprenant des volets spécifiques sur l'adaptation des activités, le processus de vieillissement et la fin de vie.
- **Renforcer les équipes ou en modifier la composition.** Il peut s'agir, en fonction des structures, de l'affirmation du rôle central de l'AMP, du recours à des temps d'animateurs, ou à du personnel éducatif pour les structures médicalisées (par exemple, l'EHPAD « La maison Blanche » (cf. fiche n°7) emploie des agents d'animation

et de soins, à l'interface de l'animation et des soins quotidiens) ou encore d'un renforcement des prestations de psychologue, tant pour les équipes que les personnes accompagnées. Parfois il s'agit même de créer de nouvelles fonctions ou d'en transformer (par exemple, projet de transformation de poste d'AMP en aide-soignante dans le cadre du GRD (cf. fiche n°3).

- **Recourir à des partenaires**, l'accueil des personnes handicapées vieillissantes nécessite le plus souvent de faire appel à des partenaires extérieurs, conventionnés ou non, afin de pouvoir proposer des réponses diversifiées au vu des besoins et des attentes multiples. À titre d'exemple, nous pouvons citer le FAM Le Mirandis (cf. fiche n°1) qui a noué des liens avec l'unité mobile de gérontologie d'un centre hospitalier et opéré des rapprochements avec plusieurs EHPAD. Le service « personnes handicapées mentales vieillissantes/psy » de la résidence Pierre Hauger (cf. fiche n°8) a quant à lui développé un partenariat avec une équipe antidouleur et soins palliatifs et avec la coordination de gérontologie du pays de Montbéliard.

IV- LES LEVIERS ET LES ECUEILS/LIMITES DES DISPOSITIFS PRESENTÉS

Lors de la présentation des expérimentations, les acteurs ont indiqué quels leviers ont participé selon eux à la mise en œuvre de ces réponses ainsi que les difficultés qu'ils ont rencontrées et/ou les éventuelles limites de leur dispositif. Le CREAI en a également identifié de son côté. Les éléments présentés ci-dessous reprennent l'ensemble de ces constats pouvant éclairer les futurs porteurs de projets quant aux conditions de mises en œuvre de réponses aux besoins des personnes handicapées vieillissantes.

LES LEVIERS

Le développement de formations portant sur le vieillissement des personnes handicapées auprès des professionnels des deux secteurs, et plus particulièrement quand elles sont croisées, conjointes apparaît comme un levier important pour l'adaptation des réponses aux besoins des personnes handicapées vieillissantes dans la mesure où elles permettent une meilleure connaissance de cette problématique et une acculturation réciproque. Il en est de même pour **les rencontres intersecteurs**.

A titre d'exemples, le partenariat mis en place par le service « personnes handicapées mentales vieillissantes/psy » de la résidence Pierre HAUGER (cf. fiche n°8) avec la coordination de gériatrie du pays de Montbéliard, rend possible des immersions de professionnels du champ du handicap dans le champ gériatrique et réciproquement, ainsi que la mise en place de groupes de travail conjoints. Cette pratique a donc permis de comparer et améliorer les pratiques professionnelles. C'est également le cas du CTER (cf. fiche n°11), qui a pu souligner combien la réalisation de stages croisés et de formations permettaient la coopération interinstitutionnelle et l'enrichissement de regard croisés sur la complexité de certaines situations de crise. Dans le témoignage de l'EHPAD « La maison blanche » (cf. fiche n°7), le soutien de l'ADAPEI de Montbéliard a été mentionné comme un levier déterminant dans l'adaptation des pratiques grâce à l'appui et aux connaissances apportés par les acteurs du champ du handicap (organisation des activités, gestion du budget, organisation de séjours adaptés, référence, mise en place de projet d'accompagnement personnalisé, ...).

Un autre levier semble résider dans **la prise en compte de la proximité géographique dans les réponses proposées** (entre la structure d'amont et d'aval). En effet, elle permet avant tout de répondre au souhait des personnes de ne pas être déracinées, de conserver des liens avec les personnes de leur entourage (autres résidents et professionnels) qui pour certaines sont devenues des amies voire des conjoints et/ou avec leur famille. La structure d'origine ne représente pas qu'un hébergement mais constitue souvent un véritable ancrage affectif pour ces personnes qui restent en général de très nombreuses années dans le même lieu.

Au-delà du nécessaire respect de l'histoire de vie de la personne, le maintien de ces liens permet d'éviter une rupture dans le parcours de vie antérieur des personnes handicapées vieillissantes, et d'accompagner cette transition en la rendant moins brutale et douloureuse.

pour les personnes concernées. Par ailleurs, cette proximité géographique facilite les échanges entre les professionnels de la structure d'accueil d'origine et la nouvelle structure, à l'occasion de visites. Cela permet ainsi un regard complémentaire et une observation plus fine concernant l'évolution de la personne.

Concernant l'accueil en EHPAD, **la création d'une unité spécifique, et/ou l'existence d'un partenariat étroit entre un EHPAD et une structure pour adultes handicapés**, semblent être des leviers importants pour un accompagnement plus adapté. Au travers des expérimentations présentées, il est constaté que le profil des personnes handicapées vieillissantes accueillies au sein des EHPAD est très différent de la population habituelle, notamment quant à la moyenne d'âge et le niveau d'autonomie. Les personnes handicapées étant généralement plus jeunes, plus actives et plus mobiles. La cohabitation entre les personnes âgées et les personnes handicapées vieillissantes peut donc s'avérer délicate au quotidien pour plusieurs raisons : l'âge, les envies différentes, les difficultés de communication, le poids des représentations, le manque d'empathie.

Par ailleurs, les modalités d'accompagnement ne sont pas forcément en adéquation avec les spécificités de ce nouveau public, liées notamment à une absence de formation des professionnels sur la question du handicap, un manque de structuration des activités, qui sont davantage adaptées à un public plus âgé (tricot, loto, ...), et un accompagnement plutôt en collectif. Aussi, la mise en place d'unités dédiées à l'accueil de personnes handicapées vieillissantes au sein d'EHPAD classiques constitue un véritable point fort identifié par les professionnels, créant une dynamique de vie dans les établissements concernés. En effet, ces unités hébergent un nombre de personnes restreint, permettant une adaptation en fonction des souhaits et du rythme de chacun, l'accompagnement y est davantage personnalisé, avec parfois même des projets individuels d'accompagnement réalisés par des psychologues, et un suivi par un professionnel référent (cf. fiche n°7).

Tout en proposant un accueil spécifique, **le partage d'activités entre personnes handicapées vieillissantes et personnes âgées** permet de limiter les difficultés liées à la cohabitation, par une interconnaissance, et des liens intergénérationnels (cf fiche n°10 du FAS et de l'EHPAD « Chemin de Yoline »).

ECUEILS/LIMITES

Le peu de retour et le caractère assez évasif des réponses des porteurs concernant l'utilisation d'un outil d'évaluation des besoins spécifiques à la population handicapée vieillissante, tend à montrer qu'il existe là un vrai manque. Les différents acteurs s'accordent à dire que les outils utilisés dans le champ gériatrique ne sont pas adaptés mais réciproquement, les outils utilisés dans le champ du handicap ne prennent pas suffisamment en compte les spécificités liées au vieillissement, ce qui amène certaines structures à « bricoler » leurs propres outils. N'ayant pas pu pour la plupart nous les procurer, nous ignorons s'ils ont été conçus avec des acteurs des deux secteurs ou uniquement en interne et

par qui ils sont renseignés. Le manque d'homogénéité pose aussi question à l'heure où les réponses à apporter sont intersectorielles et nécessitent l'utilisation d'outils communs.

Une des limites, majoritairement évoquée par les participants, est **la difficulté de réalisation du partenariat entre les secteurs médico-social et sanitaire**, notamment en raison d'une sectorisation toujours présente et d'un écart de culture. C'est le cas par exemple de l'UPPA du centre de long séjour de Bellevaux (cf. fiche n°6) qui met en évidence le manque d'acculturation entre 2 équipes soignantes intervenant sur la même unité (celle du CHS de Novillars et celle de l'UPPA). Le manque de souplesse des IDE en psychiatrie intervenant uniquement en semaine amène l'UPPA à envisager un recrutement d'IDE extérieures avec une formation assurée en interne si la situation n'évolue pas. Le FAM « Agathe » (cf. fiche n°2) évoque également un partenariat complexe avec le secteur psychiatrique.

Certains participants ont également abordé **un frein financier concernant l'entrée en EHPAD**, notamment concernant les personnes issues du secteur psychiatrique (cf. fiche n°6).

Le fait que ces expérimentations n'aient pas ou peu abordé certaines thématiques pourtant en lien avec la question du vieillissement peut apparaître comme un écueil supplémentaire. **Les questions de la santé et de la fin de vie, par exemple, ont en effet été très peu abordées.** Or, le vieillissement des personnes handicapées s'accompagne dans certains cas de la parution de maladies amenant à traiter de la question des traitements lourds et de l'accompagnement à la fin de vie puis du décès, bouleversant les pratiques professionnelles habituelles.

V- LES PISTES D'EVOLUTION POSSIBLES

LES PISTES ENONCEES PAR LES ACTEURS

A propos des pistes d'évolution envisagées pour les années à venir, les projets des participants ayant présenté leur dispositif portent sur la poursuite du rapprochement entre le secteur du handicap et le secteur gérontologique d'une part et d'autre part, sur la création de structures intermédiaires entre la sortie des établissements pour adultes handicapés et les EHPAD, dont des formes d'habitat inclusif.

Le rapprochement entre les deux secteurs

Les participants au groupe de travail s'accordent sur le fait qu'il reste des progrès à faire du côté du rapprochement entre les deux secteurs. Par exemple,

- favoriser un rapprochement entre un FAM (même spécialisé dans l'accueil de personnes handicapées vieillissantes) et les secteurs gérontologique et gériatrique pour pouvoir faire réaliser des bilans gérontologiques permettant d'éclairer les projets de soins et de mieux accompagner les résidents face à la démence.
- davantage partager les compétences et connaissances et développer des temps d'activité communs entre foyer pour personnes handicapées et EHPAD attendant (projet d'accueil parent-enfant),
- élargir les partenariats comme dans le cas du projet d'ouverture du CTER à deux EHPAD pour permettre une acculturation des deux secteurs et offrir la possibilité d'aménager des périodes d'essai et de transition pour les personnes handicapées vieillissantes entre les deux secteurs

La création d'une structure intermédiaire et/ou le déploiement de réponses intermédiaires

L'association Juralliance porte un projet de MARPA pour personnes handicapées, conçu comme un dispositif de transition après la sortie d'ESAT ou de foyers de vie.

L'ADAPEI de Haute Saône envisage de déployer de nouveaux habitats autonomes avec accompagnement dans le département car cela répond à des attentes

L'ARAH⁵ dans l'Yonne porte également un projet de construction de logements incluant des services de proximité assurés par un SAVS et un SAMSAH

L'EHPAD la Maison Blanche et l'ADAPEI de Montbéliard réfléchissent à la possibilité d'accueillir des personnes handicapées vieillissantes au sein d'une résidence service située à proximité de l'EHPAD avec des interventions de l'équipe de l'EHPAD. Le groupement de coopération Hespéria en Saône et Loire étudie également la pertinence de développer des résidences

⁵ ARAH= Association Raveroise d'aide aux handicapés

autonomie qui seraient portées par l'EHPAD et des structures de l'association les papillons blancs.

La résidence Pierre Hauger dans le Doubs souhaite quant à elle créer un FAM dédié à l'accueil de personnes handicapées mentales vieillissantes, qui serait adossé à l'EHPAD pour permettre une meilleure transition entre les structures pour personnes handicapées et l'EHPAD en s'appuyant sur le plateau technique des deux structures.

Les services d'accueil familial adulte du conseil départemental de Saône et Loire estiment qu'un doublement du nombre d'agrément serait nécessaire pour couvrir l'ensemble des besoins du territoire et qu'une évolution vers un service d'accueil familial salarié pourrait permettre de trouver plus de candidats à l'exercice de cette profession.

LES AXES A DEVELOPPER SELON LE CREAI

Au regard des enseignements apportés par la présentation de ces diverses expériences d'accompagnement et d'accueil de personnes handicapées vieillissantes dans le champ du handicap, dans le champ gérontologique ou transversaux à ces deux secteurs, **6 principaux axes** nous semblent fondamentaux à développer.

- 1- Tout d'abord, concernant l'évaluation des besoins des personnes handicapées vieillissantes,** nous avons mis en évidence le fait que la plupart des acteurs ont indiqué avoir élaboré des « grilles maison » mais seul un participant a transmis son outil sans aucune explication permettant d'en faire une analyse. Or, la question de l'évaluation est fondamentale pour être en mesure d'apporter des réponses adaptées à cette problématique spécifique du vieillissement des personnes handicapées. Il serait donc opportun de mettre en place un groupe de travail rassemblant des acteurs du champ du handicap et des acteurs du champ des personnes âgées afin de co-élaborer une grille d'évaluation des besoins⁶, qui pourrait ensuite être utilisée par les acteurs des deux champs.
- 2- Ensuite, il nous paraît indispensable que les projets d'établissement des structures évoluent,** et prennent en compte les besoins spécifiques des personnes handicapées vieillissantes. En effet, en intégrant la problématique du vieillissement au cœur de la réflexion institutionnelle, le projet d'établissement permettra d'identifier, de formaliser et d'anticiper les besoins des personnes handicapées vieillissantes, d'établir un état des lieux des réponses existantes et d'envisager les actions à mettre œuvre à court et moyen terme pour garantir un accompagnement de qualité au plus près des spécificités repérées : les formations à prioriser, les partenariats à développer, les réaménagements à envisager (équipements, locaux, signalétique, ...). En effet, véritable outil de management et de communication, le projet d'établissement s'inscrit dans la durée et constitue une feuille de route pour les professionnels, en accompagnant les changements de pratiques

⁶ Tenant notamment compte du GEVA et de la nomenclature SERAFIN-PH, agréments d'items propres au champ gérontologique.

professionnelles. Il est à noter qu'intégrer la question du vieillissement des personnes handicapées englobe de nombreux autres problématiques : la gestion de la maladie, de la fin de vie, les décès, ... qui devront également être prises en compte dans les projets personnalisés.

3- Par ailleurs, et plus particulièrement concernant les EHPAD, il nous semble nécessaire que l'offre actuelle évolue et s'adapte à l'accueil des personnes handicapées vieillissantes, avec d'une part le déploiement d'unités spécifiques pour personnes handicapées vieillissantes, et d'autre part un projet d'animation adapté à ce public.

- **Le déploiement d'unités pour personnes handicapées vieillissantes au sein des EHPAD :** l'objectif n'est pas d'en faire un modèle unique de réponse en aval des structures pour adultes handicapés, mais comme nous avons pu le constater, il s'agit d'une modalité de réponse assez répandue, qui peut correspondre aux besoins et attentes d'une partie du public concerné à condition qu'elle soit véritablement intégrée au fonctionnement de l'EHPAD et non une unité à part. Par ailleurs, ces unités sont diversement réparties sur le territoire (cf « l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes et ses perspectives en BFC », ARS, Cécile Lumière, 2017). Il pourrait par conséquent être envisagé de déployer ce type de réponse en élaborant un cahier des charges pour s'assurer que les pré-requis à une bonne organisation de ces unités soient remplis (par exemple équipes mixtes AMP et animateurs du champ du handicap et aides-soignants, psychologues du champ gérontologique ; accompagnement sur le volet bien-être, relations sociales et animation davantage que sur les soins et le sanitaire ; séparation ou pas de l'unité par rapport à l'EHPAD...).
- **L'organisation de l'animation en EHPAD pour les personnes handicapées accueillies (dans une unité dédiée, ou à titre individuel) :** lorsqu'elles arrivent en EHPAD, les personnes handicapées sont encore « jeunes » au regard de la population classiquement accueillie dans ce type d'établissement. En outre, elles ont eu souvent l'habitude de bénéficier en foyer d'un accompagnement éducatif individuel quotidien, et d'activités tant dans la structure qu'à l'extérieur. L'organisation de l'animation en EHPAD est par conséquent nécessaire pour limiter l'ennui, le repli sur soi et garder un rôle actif. Il pourrait être envisagé à ce titre :
 - d'accorder une enveloppe supplémentaire à l'EHPAD pour financer un poste d'animateur en charge de l'animation, de la vie sociale et des sorties. le recrutement d'animateurs issus du champ du handicap serait un plus dans la mesure où leur connaissance du public accompagné pourrait également bénéficier à leurs collègues d'EHPAD.
 - de passer convention avec un SAVS (comme l'a fait le groupement de coopération Hespéria 71 (cf. fiche n°9), tout en restant vigilant à ce que le SAVS ne propose pas que des activités ludiques et l'EHPAD que des prestations médicales et paramédicales.

- 4- La piste de l'habitat inclusif : pour satisfaire la demande croissante d'accueil des personnes handicapées, une diversité d'offres d'**habitat inclusif** s'est développée en France dans le cadre de partenariats multiples et variés impliquant des bailleurs sociaux, des collectivités, des associations, des mutuelles ou encore des gestionnaires d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux (cf guide de l'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées, CNSA, 2017). On peut imaginer qu'en vieillissant, **cette même population aspire à continuer de vivre dans le milieu ordinaire et que ce type d'offre est donc probablement appelé à se développer**, comme dans l'exemple de l'AAH de Haute Saône (cf. fiche n°5). Une recherche nationale, à l'initiative de l'IReSP est d'ailleurs en cours de publication sur ce sujet.
- 5- L'accueil familial : pour répondre au projet de vie de certaines personnes handicapées vieillissantes, **l'accueil familial peut également constituer une réponse alternative à mobiliser**, comme nous le montre l'exemple des accueils familiaux adultes des Conseils Départementaux de la Côte d'Or et de la Saône et Loire (cf. fiches n°12 et 13). En effet, même si certaines limites sont à prendre en compte, telles que le remplacement des accueillants familiaux lors de congés, le vieillissement de ces derniers avec le fort ancrage affectif qui se crée, et la difficulté de trouver un nombre suffisant de familles pour couvrir l'ensemble du territoire, l'accueil familial permet de rompre la solitude en proposant à la personne concernée un cadre familial en l'associant à la vie quotidienne. Par ailleurs, ce type de réponse offre également la possibilité d'un accompagnement personnalisé, d'un travail sur le maintien des acquis et le développement de la vie sociale (par le biais d'activités avec l'accueillant familial, ou dans des lieux extérieurs tels des clubs de sports, les GEM, les MARPA). Aussi, la mise en place d'une formation obligatoire en amont du premier accueil permettrait de sensibiliser les accueillants familiaux aux spécificités du public accueilli, contribuant à un accompagnement adapté.
Par ailleurs, l'intervention d'un SAVS ou d'un SAMSAH permettrait d'étayer les accueillants familiaux et les personnes handicapées par du conseil, un soutien, et un regard complémentaire.
- 6- **Le partenariat intersectoriel à renforcer** : les expériences l'ont bien montré, le partenariat inter-secteur (handicap, sanitaire, gérontologie, gériatrique) a été très souvent mentionné dans les leviers ayant rendu possible ou facilité la démarche. Accompagner les personnes handicapées vieillissantes nécessite en effet le recours à tous ces partenaires tant les besoins sont divers et complexes (entre ce qui relève de la part du vieillissement et ce qui relève de l'évolution du handicap). Ce partenariat doit donc se poursuivre et être facilité autant que faire se peut soit par la proximité géographique des réponses, soit par l'intervention de services en établissements, soit par le développement de la télémedecine et des équipes mobiles. Aussi, le recours à des formations mixtes, intégrant le secteur du handicap et de gérontologie, ou le développement de stages croisés, sont à promouvoir en ce qu'ils favorisent l'interconnaissance et facilitent le partenariat. Dans ce cadre, il nous paraît intéressant que l'offre telle que proposée par le CTER (cf. fiche n°11) puisse se déployer à plus grande échelle.

PRESENTATION DES FICHES PAR SECTEUR

Réponses dans le champ

DU HANDICAP

établissement

fiche n°1

Intitulé du dispositif	FAM « Le Mirandis » (Papillons blancs de Chalon)
Localisation	Louhans- Saône et Loire (71)
Contexte de création/mise en place	<p>Le Foyer de Vie de Simard, établissement par nature non médicalisé, faisait face à un vieillissement assez marqué de la population accueillie.</p> <p>Les nouveaux besoins générés par les pathologies du vieillissement ont confronté l'établissement à ses limites. Pour autant, l'équipe estimait que la réponse apportée par les EHPAD « classiques » n'était pas adaptée à l'accompagnement de personnes handicapées vieillissantes d'autant que ces dernières aspiraient à vieillir « chez elles » et à proximité de leur famille.</p> <p>Le Foyer de Vie a donc proposé à l'ARS et au CD71, la création d'un FAM spécifiquement dévolu à l'accueil de personnes handicapées vieillissantes et attenant au Foyer de Vie. L'autorisation a été accordée en mai 2012 et l'établissement a ouvert en novembre 2014.</p>
Objectifs de la démarche	<p>Proposer un accompagnement et un suivi médical prenant notamment en compte les troubles physiques, sensoriels et cognitifs liés à l'avancée en âge.</p> <p>Une attention renforcée et une vigilance à l'égard de souffrances physique et psychique et/ou à la perte d'autonomie.</p> <p>Une adaptation des rythmes de vie, une stimulation quotidienne</p>
Périmètre du dispositif	<p>Les critères d'admission sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientation FAM par la MDPH - « <i>personnes présentant une situation complexe de handicap, avec altération des capacités de décision et d'actions dans les actes essentiels de la vie quotidienne, dus au vieillissement</i> ». <p>L'admission est prononcée en fonction de la liste départementale prioritaire des admissions en MAS/FAM en Saône et Loire.</p>
Nbre de personnes concernées et caractéristiques	<p>12 résidents sont actuellement accueillis.</p> <p>La moyenne d'âge se situe à 61,5 ans (contre 59 ans en 2014, à l'ouverture).</p> <p>Ils ont une déficience intellectuelle, sont porteurs d'une trisomie 21 et/ou ont des troubles du comportement et des troubles neurologiques.</p>
Nature des établissements d'origine « adresseurs »	Les personnes viennent de Foyers de Vie : 9 du Foyer de Simard, 2 du Foyer de Givry, 1 d'un accueil de jour à Macon

Plateau technique et partenariat	<p>Une direction à 0,4 ETP (0.2 directeur et 0.2 chef de service) ; 2 Infirmières (1,8 ETP) ; 3 maîtresses de maison (2.5 ETP) ; 1 ME (1 ETP) ; 1 agent d'entretien (0.5 ETP) ; 3 AMP (3 ETP) ; 4 aides-soignants (4 ETP) ; 2 veilleurs de nuit (2 ETP).</p> <p>A cela, s'ajoutent des vacations : 1 médecin généraliste, coordonnateur du parcours de soins (2H tous les 15j) ; 1 médecin psychiatre (1 fois par semaine) ; 1 psychologue (2h par mois) ; 1 kiné ; 1 pédicure (à la charge de la personne) ; 1 animateur d'activités physiques adaptées (24h par semaine).</p> <p>Des liens ont été noués avec l'unité mobile de gériologie du centre hospitalier et des rapprochements avec des EHPAD ont été opérés (mise à disposition d'une salle Snozelen), rencontres avec un EHPAD de St Germain du Plein pour étudier la sécurisation du parcours du médicament et la mise en place de la Préparation des Doses Administrées.</p>
Description du fonctionnement	<p>La création d'un outil d'évaluation des besoins des personnes accueillies est en cours.</p> <p>En plus du fonctionnement classique d'un FAM, cet établissement exerce une vigilance particulière à l'égard des problématiques liées au vieillissement des personnes handicapées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un suivi médical et de soins plus développé qu'en FAM ordinaire - des activités de stimulation, de maintien des acquis, de prévention de la perte d'autonomie et de bien-être plus diversifiées.
Evolutions envisagées	<p>Se rapprocher encore davantage du secteur personnes âgées (gériologie et gériatrie) afin de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mieux comprendre le phénomène du vieillissement pour mieux diagnostiquer les effets : identifier les problématiques liées à la perte d'autonomie pour prévenir la dépendance ; - obtenir des bilans gériologiques de spécialistes pour mieux orienter le projet de soin ; - mieux accompagner les résidents face à la maladie d'Alzheimer et la démence.
Financement et financeurs	<p>Co-financement ARS (forfait annuel global de soins : 306 500€) et CD 71 (hébergement et accompagnement à la vie sociale : 562 000 €).</p> <p>Soit un coût total à la place de 72 375 €/an</p>
Points positifs et/ou bonnes pratiques à partager	<p>Structure à dimension humaine.</p> <p>Respect du cadre de vie et de l'histoire du résident (enracinement familial, social).</p> <p>Le bénéfice du rapprochement avec le foyer de vie. Le partage de projets en commun motive les résidents et les professionnels et limite le sentiment d'isolement.</p> <p>Partenariat avec le secteur sanitaire de Chalon/Saône.</p>
Risques et/ou difficultés rencontrées et/ou limites	<p>Les limites actuelles ne sont pas encore mesurables en regard de la nouveauté du projet (2014). A ce jour, cela répond en grande partie aux besoins des résidents accueillis.</p> <p>Face à l'évolution des personnes et l'avancée en âge, il est possible qu'apparaissent durant les prochaines années des besoins qui ne sont pas identifiables actuellement (médicalisation à domicile par exemple).</p>
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	<p>Le partenariat avec le CHS de Sevrey (convention pour des formations et des stages croisés).</p>

	<p>Le partenariat avec le Centre hospitalier William Morey continue de se créer, avec la signature d'une convention en décembre 2016 pour l'intervention de l'Unité Mobile de Soins Palliatifs et de l'Hospitalisation A Domicile. Deux rencontres sur le site du FAM ont permis de préparer et former l'équipe des professionnels du FAM, au suivi des soins concernant un résident en fin de vie.</p> <p>L'intervention d'une psychologue, 2 h par mois, permet d'aider les professionnels de l'équipe à comprendre les problématiques individuelles rencontrées et proposer des solutions les mieux adaptées.</p> <p>Un professionnel en activités physiques adaptées intervient de façon hebdomadaire auprès des résidents.</p> <p>Une réflexion menée avec l'ergothérapeute de Santé Services a permis d'investir dans l'achat d'un verticalisateur, d'un chariot de soin et d'un chariot de stockage des médicaments.</p> <p>Un projet d'activité sur la médiation animale a été lancé. Une rencontre avec le chien « Grignette » et les résidents s'est avérée très positive.</p>
Remarques complémentaires	<p>Actuellement, un groupe de travail interne, composé des professionnels du FAM et du Foyer de vie, élabore un document pour évaluer les besoins des résidents. Le travail n'est pas encore finalisé et demande à être testé avant validation.</p> <p>Une fois le référentiel terminé, il sera plus aisé de développer la coopération médico-sociale de l'établissement sur l'environnement en créant un réseau de partenaires avec d'autres structures spécialisées, d'autres professionnels. (EHPAD, CRA, Hôpital local, réseau santé mentale, ...) afin de formaliser les projets d'accompagnement ou de réorientation des résidents vers d'autres structures adaptées.</p>
Contacts	<p>Nom : Mr PRIEGO</p> <p>Qualité : Directeur des foyers « Le Mirandis » (FV, AJ, FAM)</p> <p>Adresse : 29-30, route de Louhans</p> <p>71330 SIMARD</p> <p>Tel : 03 85 72 26 91</p> <p>Mail : direction@foyerslemirandis.fr</p> <p>Site internet : http://www.lespapillonsblancs71.org</p>

Réponses dans le champ

DU HANDICAP

établissement

Fiche n°2

Intitulé du dispositif	FAM « Agathe » (Juralliance)
Localisation	Arbois-Jura (39)
Contexte de création/mise en place	<p>L'ouverture du FAM a été réfléchi entre 3 associations de l'APEI (Lons, Saint Claude et Arbois), confrontées à la question du vieillissement de leur public et conscientes que la réponse EHPAD ne pouvait être satisfaisante. En effet, malgré la volonté de certains résidents d'être accueillis en EHPAD afin de se rapprocher de la normalité, la transition a été particulièrement difficile pour certains (besoin d'un accompagnement très individualisé, non possible en EHPAD).</p> <p>L'établissement a donc été créé en 2007 par l'APEI d'Arbois qui a fusionné avec d'autres associations du Jura pour devenir Juralliance.</p>
Objectifs de la démarche	Proposer un accompagnement adapté aux personnes handicapées mentales vieillissantes.
Périmètre du dispositif	<p>Le FAM s'adresse à des personnes handicapées mentales vieillissantes, à partir de 60 ans avec orientation CDAPH.</p> <p>Une dérogation d'âge est possible si le vieillissement est un facteur de surhandicap.</p> <p>20 places d'accueil permanent et 2 places d'accueil temporaires (actuellement occupées en accueil permanent mais ayant vocation à redevenir des places d'accueil temporaire).</p>
Nombre de personnes concernées et caractéristiques	<p>22 résidents (11 femmes et 11 hommes), âgés de 55 à 79 ans.</p> <p>Ils ont une déficience intellectuelle (moyenne et sévère), des troubles du psychisme, des troubles génétiques et/ou autisme. Certaines pathologies peuvent être associées tels que des troubles du comportement ou de l'épilepsie. 7 résidents sont actuellement en fauteuil roulant.</p>
Nature des établissements d'origine ou « adresseurs »	Foyers de vie, ESAT, familles.
Plateau technique et partenariat	<p>Le personnel comprend 28 salariés avec 11.65 ETP pour la partie hébergement et 10.28 ETP pour la partie soins répartis comme suit :</p> <p>Aide médico-psychologique (5.86 ETP), aide-soignant (8.10 ETP), éducateur spécialisé (1 ETP), éducateur sportif (0.11 ETP), psychologue (0.06 ETP), psychomotricien (0.25 ETP), infirmier (0.75 ETP), médecin (0.06 ETP), médecin psychiatre (0.06 ETP), service administratif (0.60 ETP), services généraux (3.75 ETP), cadres (1.33 ETP).</p> <p>La chef de service a une formation initiale d'IDE ce qui permet de soutenir le pôle médical et les besoins en santé.</p>

	<p>Certaines compétences spécifiques sont mutualisées avec d'autres établissements (MAS...).</p> <p>L'établissement a mis en place plusieurs partenariats pour des interventions externes au niveau social (activités de loisirs, atelier musique, coiffeur...) et au niveau médical (kinésithérapeute, cabinets libéraux d'infirmières, médecin rééducateur, coordination des soins avec le secteur sanitaire...).</p> <p>Certains partenariats sont conventionnés : pharmacie locale pour la préparation des médicaments, l'équipe mobile de soins palliatifs, HAS, le Centre Hospitalier de Dôle, l'IFSI, association de sports adapté...</p>
Description du fonctionnement	<p>Fonctionnement classique d'un FAM avec une vigilance accrue aux problématiques liées au vieillissement des personnes handicapées.</p> <p>L'accompagnement proposé s'articule autour de 3 axes principaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La socialisation et l'éducation (activités diversifiées, ouverture de l'établissement sur son environnement...); - Les soins du corps (soins médicaux, paramédicaux, nursing, actions de prévention...); - L'accompagnement de la personne (accompagnement quotidien adapté à la dépendance, soutien psychologique, accompagnement en fin de vie...). <p>Chaque résident possède une chambre avec un sanitaire individuel. Des espaces communs, comme le salon, favorisent les échanges.</p> <p>Au quotidien, une équipe de jour avec un fonctionnement par demi-journée et comptant à minima 3 personnes, et une équipe de nuit comprenant 2 surveillants se relaient. La psychomotricienne, l'éducateur sportif, la psychologue et l'infirmière interviennent en journée, en complément de l'équipe de jour. L'infirmière n'est pas présente le week-end.</p> <p>Pas d'outil d'évaluation des besoins adapté (observation, utilisation de la grille AGGIR et le MAP).</p>
Evolutions envisagées	<p>Adapter les pratiques professionnelles à l'accompagnement de personnes en perte d'autonomie avec la spécificité du handicap en facilitant l'accès aux soins, l'adaptation du matériel et l'accompagnement social.</p> <p>Evaluer le niveau de dépendance, avec la nécessité d'un rapprochement avec le secteur de la gérontologie, au regard de l'avancée en âge et la médicalisation croissante.</p> <p>Améliorer l'accessibilité avec l'équipement d'un ascenseur.</p> <p>Revenir à l'agrément initial avec 2 places d'accueil temporaire et développer le nombre de places.</p> <p>Au niveau associatif, Juralliance développe actuellement un projet de MARPA PH : un dispositif de transition après la sortie d'ESAT et foyers de vie, avant que le niveau de dépendance soit trop important.</p>
Financement et financeurs	<p>Co-financement ARS (21 412€) et CD (45 536€).</p> <p>Soit un coût total à la place de 66 948 €.</p> <p>Via la récupération de ressources par le département d'origine, une participation aux frais d'hébergement est demandée.</p>
Points positifs et/ou bonnes pratiques à partager	<p>Ouverture de l'établissement sur l'extérieur avec de nombreux partenariats, dont certains conventionnés ce qui permet de les pérenniser.</p>

	<p>Formations du personnel sur le vieillissement en général et plus spécifiquement le vieillissement des personnes handicapées.</p> <p>Chef de service de formation initiale infirmière</p>
Risques et/ou difficultés rencontrées et/ou limites	<p>Partenariat complexe avec le secteur psychiatrique et suivi médical en interne insatisfaisant (temps infirmier réduit à 4 jours et demi).</p>
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	<p>Mutualisation de ressources avec d'autres établissements (salle Snoezelen-SPA, ateliers par exemple) de l'association.</p> <p>Équipement spécifiques adaptés aux spécificités de la population accueillie : adaptation des fauteuils roulants, matériel adapté à la marche, lits médicalisés, équipement de chambres avec rails de transfert, fauteuils douches, balnéothérapie...).</p>
Remarques complémentaires	
Contacts	<p>Nom : CHATELAIN Magali</p> <p>Qualité : Chef de service</p> <p>Adresse : 8 rue Chauvin, 39600 Arbois</p> <p>Mail : fam.agathe@juralliance.fr</p> <p>Téléphone : 03.84.37.11.95</p> <p>Site internet : https://www.juralliance.fr/</p>

Réponses dans le champ

DU HANDICAP

établissement

fiche n°3

Intitulé du dispositif	Foyer de Chantournelle (Acodège) Groupe à rythmes différenciés (GRD)
Localisation	Côte d'Or (21)
Contexte de création/mise en place	<p>La structure est composée de 2 sites éloignés de 800 mètres :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un pour l'hébergement, ouvert 365 jours par an, - Un pour le Centre d'Activités Adaptées (CAA), ouvert 208 jours par an. <p>Plusieurs facteurs sont à l'origine de la création de ce groupe à rythme différencié, avec initialement la constatation empirique d'un vieillissement précoce, en particulier chez les personnes atteintes de Trisomie 21.</p> <p>Les professionnels du foyer de vie ont également été confrontés à une accentuation des accompagnements médicalisés et des examens médicaux, avec l'aggravation de certaines pathologies et la modification de comportements de la part de plusieurs résidents.</p> <p>Au fil des années, la question du vieillissement et l'évolution des pathologies repérées ont donc fait l'objet de réajustements des pratiques et de réorganisations au sein de l'établissement : transformation d'un préau en salle polyvalente d'activités, délocalisation de la prestation de restauration collective avec la mise en place d'une cuisine pour le déjeuner sur une des unités de vie, et ce pour éviter une trop grande concentration de personnes dans le même espace, ...</p> <p>En 2013, et dans ce contexte, une des unités de vie de l'établissement a été modifiée en GRD. En effet, il a été constaté que les activités proposées dans le cadre du CAA ne répondaient plus aux besoins de certains résidents.</p>
Objectifs de la démarche	Proposer un accompagnement adapté et maintenir les acquis des personnes qui ne s'inscrivent plus dans les activités du CAA, avec notamment la vie quotidienne comme support éducatif.
Périmètre du dispositif	Le Groupe à Rythmes Différenciés s'adresse à des personnes ne s'inscrivant plus dans les activités du CAA dû à un manque d'intérêt repéré, qui présentent une fatigabilité du fait de l'avancée en âge, et dont la dépendance dans la vie quotidienne augmente. Sont également concernées les personnes ayant des difficultés d'adaptation au changement de lieux. Ces personnes ont perdu, au fil des ans, une partie de leur capacité d'adaptation et de repère dans l'espace et le temps. Le GRD est un lieu permanent, donc sécurisant pour ces personnes. Elles évitent ainsi les déplacements quotidiens entre l'hébergement et le CAA (distant de 800 mètres) qui devenaient également compliqués en raison de problèmes de motricité. Le GRD permet à ces personnes d'avoir des repères permanents dans leur accompagnement.
Nombre de personnes concernées et caractéristiques	Le dispositif accueille 10 résidents présentant une déficience intellectuelle moyenne et profonde avec pour certains des troubles psychiques associés.

Nature des établissements d'origine ou « adresseurs »	Les personnes étaient accompagnées au Centre d'Activités Adaptées (CAA) de la structure.
Plateau technique et partenariat	<p>Le Groupe à Rythmes Différenciés fonctionne avec 5 professionnels du secteur éducatif Hébergement, dont 1 éducateur spécialisé pour un rôle spécifique de coordination et de supervision, et 1 professionnel du CAA en renfort journalier.</p> <p>La structure bénéficie d'un 0.70ETP d'infirmière, d'un 0.33ETP de psychologue et d'un 0.19ETP de médecin psychiatre. Ces temps d'intervention sont à partager entre les 4 unités de vie et le Centre d'activités de jour.</p> <p>La structure a développé des partenariats avec le Centre Hospitalier La Chartreuse. Le lien avec cette structure de soin est principalement établi avec le médecin psychiatre de l'établissement. Il concerne principalement les demandes d'hospitalisation lorsque le comportement et/ou le mal-être de la personne accueillie se heurtent aux limites des compétences du plateau technique de la structure. Il n'existe pas de convention entre la Chartreuse et l'établissement.</p> <p>Le service de la Mirandière est venu en soutien aux professionnels de la structure pour un accompagnement de fin de vie.</p> <p>Il n'y a pas eu de partenariats spécifiques pour la mise en place du GRD.</p> <p>Certains résidents bénéficient d'une Prestation de Compensation du Handicap (PCH) individualisée pour une intervention d'un service d'aide à domicile sur les temps de la toilette (une aide pour 3 personnes).</p>
Description du fonctionnement	<p>La vie quotidienne est le principal support éducatif utilisé, avec une organisation de la journée très précise.</p> <p>Le matin est plutôt consacré à l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et certaines démarches personnelles (coiffeur, achats, ...), l'après-midi à des temps de repos, des activités et de nouveau un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne.</p> <p>L'organisation de la journée est propre à chaque résident, en fonction de ses besoins.</p>
Evolutions envisagées	<p>Transformation de postes d'aide médico psychologique (AMP) en aide-soignante (même grille indiciaire).</p> <p>Convention avec la cuisine d'une maison de retraite pour les repas mixés/moulinés.</p>
Financement et financeurs	Conseil Départemental 21, financeur unique.
Points positifs et/ou bonnes pratiques à partager	<p>Le Groupe à Rythmes différenciés a engendré un changement de chambres avec une conséquence sur les autres unités de vie. Cela a également nécessité une recomposition des équipes éducatives, sur le principe du volontariat.</p> <p>Ces changements ont donc créé une nouvelle dynamique institutionnelle avec un objectif commun : le bien être des résidents.</p> <p>Les professionnels ont également adapté les supports de communication et le règlement de fonctionnement de la structure en Facile à Lire et à Comprendre. Cette démarche de proposer une communication par l'image ou par des simplifications de textes (méthode FALC), n'est pas spécifique au GRD. C'est un objectif institutionnel inscrit dans le projet de service. Toutes les personnes accueillies peuvent en bénéficier.</p> <p>La réécriture du règlement de fonctionnement de l'établissement en méthode FALC fait partie de cette démarche de communication facilitée. C'est également le cas pour le règlement de fonctionnement du CVS et de sa procédure pour l'élection des</p>

	<p>représentants des usagers. Le contrat de séjour a intégré, également, des pictogrammes. La possibilité de traduire l'ensemble des référentiels de fonctionnement est à l'étude.</p> <p>Formations sur le vieillissement des personnes handicapées (adaptation des activités, le processus de vieillissement et la fin de vie).</p>
Risques et/ou difficultés rencontrées et/ou limites	<p>La très grande dépendance de certains résidents avec des locaux et du matériel pas toujours adaptés (pas de lève personne, déambulation, ...).</p> <p>L'accompagnement de fin de vie qui implique des changements importants dans les pratiques professionnelles.</p> <p>La structure n'est pas médicalisée, en conséquence la création du GRD ne remet pas en cause les réorientations nécessaires (limites de la médicalisation et la psychiatrisation).</p> <p>Très peu d'ouverture vers les EHPAD et une fermeture complète vers les MAS et les FAM en raison du manque de places.</p> <p>Manque de personnel soignant : besoin de poste d'aide-soignant de jour et de nuit car uniquement 0.70 ETP infirmière.</p>
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	Volonté de l'équipe de mener à bien ce projet malgré les obstacles rencontrés.
Remarques complémentaires	
Contacts	<p>Nom : GENET Patrick</p> <p>Qualité : Directeur</p> <p>Adresse : 41 rue des Noirets, 21220 Gevrey-Chambertin</p> <p>Mail : chantournelle@acodege.fr</p> <p>Téléphone : 03.80.58.54.54</p> <p>Site internet : https://www.acodege.fr/foyer-de-vie-chantournelle/</p>

Réponses dans le champ

DU HANDICAP

SERVICE

fiche n°4

Intitulé du dispositif	« Service mobile de coordination de soins à destination des personnes en situation de handicap vieillissantes, accueillies en foyer de vie de la Nièvre » (AEHM)
Localisation	Nièvre (58)
Contexte de création/mise en place	<p>Un diagnostic réalisé par des médecins de l'ARS et du CD 58 concernant les besoins en santé des personnes accueillies dans des structures non médicalisées de la Nièvre a fait état :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'un vieillissement de la population des personnes en situation de handicap - de l'absence de ressources médicales dans les foyers de vie <p>A la suite de ce diagnostic, un appel à projet de l'ARS a été lancé pour la création d'un service mobile de coordination des soins, auquel la résidence Les Marizy, à la Machine, a répondu.</p> <p>Le service a été créé en décembre 2015.</p>
Objectifs de la démarche	<p>Les objectifs du service sont de 4 ordres :</p> <ul style="list-style-type: none"> - organiser le parcours de santé global pour des personnes vieillissantes accueillies en Foyer de Vie - assurer une démarche de prévention et d'éducation à la santé - réaliser des diagnostics et faire des préconisations en ergothérapie - faire évoluer les pratiques professionnelles
Périmètre du dispositif	<p>Deux critères pour bénéficier de ce service :</p> <ul style="list-style-type: none"> - être accueilli en Foyer de Vie dans la Nièvre - être âgé de 45 ans ou plus (dérogation possible moyennant un certificat médical attestant que la personne a besoin de soins du fait de son vieillissement) <p>Aucun nombre prédéfini de places ou de personnes accompagnées en file active.</p>
Nbre de personnes concernées et caractéristiques	<p>Actuellement, le service suit 24 usagers en file active.</p> <p>La moyenne d'âge se situe à 52 ans mais le plus jeune bénéficiaire (sur dérogation) a 26 ans et le plus âgé a 67 ans.</p>

Nature des établissements d'origine ou « adresseurs »	Les 10 Foyers de Vie de la Nièvre
Plateau technique et partenariat	<p>Le service se compose des personnels suivants (3 ETP) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une infirmière coordinatrice qui assure la gestion du service, la coordination des soins et la gestion partenariale - une conseillère technique et animatrice en prévention (BTS ESF et licence pro en santé publique), dont la mission consiste à animer des actions en éducation santé et à venir en appui à la gestion administrative du service - une ergothérapeute, qui réalise des diagnostics, des évaluations, élabore des préconisations, propose des aides techniques et mène des actions de prévention.
Description du fonctionnement	<p>L'évaluation multidimensionnelle est réalisée à l'aide d'une grille d'évaluation « maison » élaborée en ajoutant à des grilles utilisées en MAS et FAM quelques items du secteur gériatrique.</p> <p>Les actions et activités du service sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - coordination de soins, - préparation de sorties d'hospitalisation (une des principales sollicitations du service) - évaluation en ergothérapie (également très demandée) - aide à la réorientation, l'orientation vers différents partenaires (par exemple des hôpitaux de jour pour des évaluations gériatriques, des SSIAD, des libéraux...). - interventions dans le cadre de situations de fin de vie - suivi de situations dites complexes (coordination du parcours de santé, soutien aux professionnels, rédaction de protocoles, procédures...) - mise en place d'actions de prévention et de promotion de la santé - organisation de temps d'échanges thématiques inter-foyers de vie sur des problématiques communes <p>Le service est ouvert du lundi au vendredi. Il n'y a pas d'astreinte de week-end ni de nuit</p>
Evolutions envisagées	<p>Pour l'instant il s'agit d'un service expérimental, financé pour 3 ans (jusqu'au 31/12/2018). Les perspectives sont de pérenniser et de développer les actions du service (peut être sans conditions d'âge).</p> <p>Projet de convention avec la MDPH pour répondre au besoin d'évaluation de situations en amont de la prononciation d'orientations.</p>
Financement et financeurs	<p>Financement ARS par dotation annuelle</p> <p>Budget annuel du service : 123 000€</p>

Points positifs et/ou bonnes pratiques à partager	<p>Le fait que le service intervienne auprès de tous les Foyers de Vie du département et pas seulement auprès des structures internes à l'AEHM est un élément intéressant en termes de couverture territoriale.</p> <p>Le caractère mobile de l'équipe, se déplaçant dans les différentes structures va dans le sens des orientations du rapport Piveteau (les plateaux de plus haute technicité étant appelés à se déplacer au service du milieu ordinaire et/ou des structures non spécialisées).</p> <p>La coordination que le service assure entre les différentes parties prenantes de l'accompagnement des personnes sur le plan du parcours de soins des personnes accueillies dans les Foyers de Vie est un véritable enjeu en termes d'évitement de ruptures de parcours.</p>
Risques et/ou difficultés rencontrées et/ou limites	<p>Les ressources sanitaires sont parfois très éloignées des lieux de vie des personnes, ce qui en rend l'accès plus difficile (par exemples pour les soins bucco-dentaires et neurologiques).</p> <p>L'équipe souligne quelques difficultés à travailler avec les structures hospitalières de l'Yonne, de la Saône et Loire et de l'Ain qui ne connaissent pas encore suffisamment le service.</p>
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	<p>L'appel à projet de l'ARS qui a permis de financer le projet</p>
Remarques complémentaires	<p>Bilan multidimensionnel réalisé en interne,</p>
Contacts	<p>Nom : Sabine CONFORTI</p> <p>Qualité : Directrice</p> <p>Adresse : appartement n°4, Ecole marie Curie, place de la Victoire, 58200 LA MACHINE</p> <p>Mail : sabine.conforti@aehtm.marizys.fr</p> <p>Téléphone : 03.86.50.92.00</p> <p>Site internet : www.aehm.fr</p>

Réponses dans le champ

DU HANDICAP

SERVICE

fiche n°5

Intitulé du dispositif	HAA- Habitat autonome avec accompagnement (ADAPEI 70)
Localisation	Haute Saône (70)
Contexte de création/mise en place	Ouverture le 1 ^{er} avril 2016, en réponse de l'ADAPEI 70 à un appel à projets du Conseil Départemental de Haute-Saône. Volonté de permettre aux personnes handicapées vieillissantes d'être maintenues à domicile afin de contourner l'institutionnalisation voire la différer
Objectifs de la démarche	Proposer et coordonner des solutions adaptées aux problématiques des personnes handicapées vieillissantes en s'appuyant sur les ressources de l'environnement.
Périmètre du dispositif	<p>Ce dispositif d'adresse aux personnes handicapées vieillissantes âgées à minima de 45 ans et bénéficiant d'une orientation par la CDAPH en SAVS-HAA.</p> <p>Ces personnes doivent posséder quelques acquis dans le quotidien et être en mesure d'assurer leur sécurité (profil GIR 6, sur la base d'un outil de l'UNAPEI). Une évaluation psychologique est également réalisée lors de l'admission.</p>
Nbre de personnes concernées et caractéristiques	<p>Actuellement, le service accompagne 13 personnes pour un agrément de 16. La moyenne d'âge des personnes accompagnées est de 57 ans, dont 5 personnes âgées d'au moins 60 ans.</p> <p>5 personnes sur 13 présentent une déficience psychique en déficience principale et 8 présentent une déficience intellectuelle.</p> <p>À l'évaluation MAP/GIR (logiciels de l'UNAPEI), l'ensemble des personnes hébergées est indépendant dans les actes de la vie courante (GIR6), est capable d'une bonne adaptation sociale et d'en mesurer les dangers (MAP4). Il s'agit alors pour les 13 personnes concernées de besoins ponctuels d'aide et de stimulation en fonction des éléments ciblés dans l'accompagnement.</p> <p>9 personnes bénéficient par ailleurs d'une mesure de protection.</p>
Nature des établissements d'origine ou « adresseurs »	Foyers d'Hébergement, domicile individuel autonome (avec ou sans suivi SAVS), domicile familial.
Plateau technique et partenariat	<p>La direction est mutualisée avec le Foyer d'Hébergement de rattachement.</p> <p>Pour chaque HAA : 0.1 ETP de secrétariat, 0.25 ETP de psychologue, 1.50 de maitresses de maison, 1 véhicule, du matériel informatique et téléphonie pour les professionnels, du mobilier et équipements de la salle commune.</p>

	<p>Plusieurs partenariats ont été développés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'association d'aide à domicile ELIAD pour l'aide et l'accompagnement à la vie quotidienne, le service de soins infirmiers à domicile et le portage de repas. - Les commerces de proximité - Les dispositifs de santé tels que la pharmacie, la maison médicale et les médecins libéraux, AHBFC, GH 70 - Le département Sports et Loisirs.
Description du fonctionnement	<p>L'outil d'évaluation utilisé est le MAP/GIR (logiciel de l'UNAPEI). Une évaluation psychologique est également réalisée lors de l'admission.</p> <p>Afin d'évaluer les besoins dans le cadre des projets personnalisés, une fiche récapitulative SERAFIN PH ainsi qu'une fiche de suivi des objectifs d'accompagnement sont utilisées par les professionnels.</p> <p>Le dispositif est ouvert 302 jour par an avec une astreinte du Foyer d'Hébergement de rattachement 365 jour par an.</p> <p>2 dispositifs de 8 places implantés respectivement sur Vesoul et Gevigney avec un fonctionnement sur un mode d'habitat regroupé.</p> <p>Il s'agit de logements de type T1 ou T2. Les appartements peuvent accueillir des couples. Les résidents sont locataires ; les propriétaires sont l'ADAPEI 70 pour le dispositif de Vesoul, des bailleurs sociaux pour Gevigney.</p> <p>Une salle commune a été aménagée dans chaque HAA.</p> <p>Pour chaque HAA, ont été mis en place 1 réunion de coordination hebdomadaire, des activités collectives hebdomadaires, une réunion de projet personnalisé avec la signature d'un contrat d'accompagnement et des réunions exceptionnelles avec les partenaires, selon les besoins de la personne.</p> <p>Un accompagnement est proposé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en interne pour le domicile, le prendre soin de soi, la vie sociale et affective, la participation collective par le biais d'activités communes organisées en salle commune, - par des partenaires externes pour tout autre expertise, comme le suivi de la santé, la gestion financière...
Evolutions envisagées	Déployer de nouveaux HAA sur le territoire Haute-Saônois, avec notamment un premier projet à Saint Sauveur pour 5 places.
Financement et financeurs	Conseil Départemental de Haute Saône, à l'exception d'une partie financière d'environ 40€ par personne suivie (conformément au RDAS de Haute-Saône). Coût à la place : 9 545€ ; prix de journée : 32.25€
Points positifs et/ou bonnes pratiques à partager	<p>Possibilité d'avoir un chez soi pour les personnes handicapées vieillissantes autonomes.</p> <p>Expertise et complémentarité des partenaires.</p> <p>Mise en place d'un temps de psychologue pour préparer l'année de transition entre secteur personnes handicapées et secteur personnes âgées quand le maintien en HAA ne devient plus possible.</p>

Risques et/ou difficultés rencontrées et/ou limites	Ce dispositif ne s'adresse qu'à des personnes autonomes, de profil GIR 6														
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	<p>L'expertise reconnue de l'ADAPEI 70 dans le secteur du handicap</p> <p>Le partenariat de qualité avec les financeurs (dans ce cas, le CD)</p> <p>La pertinence et la précision dans l'évaluation des besoins et la réponse théorique apportée lors de l'appel à projet</p> <p>La modification de la démarche d'accompagnement qui vise à desinstitutionnaliser, à intégrer la personne handicapée dans un environnement normatif, avec l'opportunité de vivre chez soi, tout en ayant des réponses adaptées aux besoins.</p>														
Remarques complémentaires															
Contacts	<table> <tr> <td>HAA Vesoul (résidence Bellevue)</td><td>HAA de Gevigney</td></tr> <tr> <td>Nom : CARVELLI Gilda</td><td>Nom : BOBILLIER Sebastien</td></tr> <tr> <td>Qualité : Directrice</td><td>Qualité : Directeur</td></tr> <tr> <td>Adresse : 60 rue Baron Bouvier 70000 VESOUL</td><td>Adresse : 7, rue de Montgillard 70500 GEVIGNEY</td></tr> <tr> <td>Mail : gcarvelli@adapei70.org</td><td>Mail : sbobillier@adapei70.org</td></tr> <tr> <td>Téléphone : 06.27.95.04.41</td><td>Téléphone : 06.34.09.67.49</td></tr> <tr> <td>Site internet : www.adapei70.org</td><td></td></tr> </table>	HAA Vesoul (résidence Bellevue)	HAA de Gevigney	Nom : CARVELLI Gilda	Nom : BOBILLIER Sebastien	Qualité : Directrice	Qualité : Directeur	Adresse : 60 rue Baron Bouvier 70000 VESOUL	Adresse : 7, rue de Montgillard 70500 GEVIGNEY	Mail : gcarvelli@adapei70.org	Mail : sbobillier@adapei70.org	Téléphone : 06.27.95.04.41	Téléphone : 06.34.09.67.49	Site internet : www.adapei70.org	
HAA Vesoul (résidence Bellevue)	HAA de Gevigney														
Nom : CARVELLI Gilda	Nom : BOBILLIER Sebastien														
Qualité : Directrice	Qualité : Directeur														
Adresse : 60 rue Baron Bouvier 70000 VESOUL	Adresse : 7, rue de Montgillard 70500 GEVIGNEY														
Mail : gcarvelli@adapei70.org	Mail : sbobillier@adapei70.org														
Téléphone : 06.27.95.04.41	Téléphone : 06.34.09.67.49														
Site internet : www.adapei70.org															

Réponses dans le champ

GERONTOLOGIQUE

établissement

Fiche n°6

Intitulé du dispositif	Centre de long séjour de Bellevaux (Unité spécialisée EHPAD de Psychiatrie de la Personne Agée : UPPA)
Localisation	Besançon (25)
Contexte de création/mise en place	<p>Le centre de long séjour de Bellevaux constitue une plate-forme gériatrique composée d'une USLD, de places d'EHPAD, d'un PASA, d'un SSIAD, de places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour et depuis janvier 2017, d'une unité spécialisée EHPAD de psychiatrie de la personne âgées. Celle-ci accueille des personnes âgées mais également des personnes handicapées vieillissantes.</p> <p>Il s'agit d'une unité conçue dans l'objectif de proposer un accueil transitoire entre une unité de psychiatrie et un service EHPAD classique</p>
Objectifs de la démarche	Permettre l'accueil de résidents ayant des troubles psychiatriques stabilisés, n'ayant plus leur place en CHS mais nécessitant pour autant une consolidation de leur accompagnement médical avant un accueil en EHPAD conventionnel.
Périmètre du dispositif	<p>Chaque résident admis a bénéficié d'un suivi psychiatrique antérieur à son admission (hospitalisation, suivi en hôpital de jour ou consultations).</p> <p>Chaque admission est validée par le médecin psychiatre intervenant sur cette unité spécifique.</p>
Nbre de personnes concernées et caractéristiques	<p>17 résidents sont actuellement accueillis sur une capacité totale de 18 places, dont 77% de femmes et 23% d'hommes. Ils sont âgés de 62 ans à 80 ans, avec une moyenne d'âge de 77 ans.</p> <p>Les résidents peuvent être atteints de pathologies diverses : états anxieux, états dépressifs, psychoses. Sur cette unité, le Pathos Moyen Pondéré (PMP) est important puisqu'il s'établit à 422,22 (contre 177 pour un EHPAD classique) en raison des besoins élevés en matière de soins techniques et le GIR Moyen Pondéré (GMP) à 761.67.</p>
Nature des établissements d'origine ou « adresses »	Les résidents proviennent de Bellevaux ou du CHS de Novillars. Des personnes sortant de FAM ou de MAS pour personnes avec un handicap d'origine psychique pourraient sur le principe également être accueillies mais cela ne s'est pas présenté jusqu'à présent.
Plateau technique et partenariat	<p>Au planning chaque jour du lundi au dimanche :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 AS/AES : 1 de 6h30 à 14h30, 1 de 13h30 à 21h, 1 de 7h30 à 12h et 16h30 à 19h30 - 1 IDE de 7h30 à 12h et 16h30 à 19h30 - 1 AS de nuit de 21h à 6h45 <p>Au planning du lundi au vendredi :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - 1 ou 2 IDE psy selon le planning et les horaires propres à Novillars : 9h à 17h10 (maintenu les jours où 1 IDE), 11h à 19h10 parfois si 2 IDE <p>Les tentatives du CLS de demandes d'adaptation des plannings des IDE psy pour assurer une plus grande présence du lundi au dimanche ont toutes échouées.</p>
Description du fonctionnement	<p>Des activités thérapeutiques sont réalisées par les IDE en Psychiatrie, l'équipe pluridisciplinaire, et en collaboration avec l'équipe d'animation. Il peut s'agir par exemple de zoothérapie, d'art-thérapie, d'activités manuelles, de cuisine, de prise en charge snoezelen, ...</p> <p>Cette unité spécialisée n'est pas sécurisée, mais il n'y a pas de temps commun avec les résidents des autres unités de l'EHPAD.</p> <p>Sont proposés des « temps de parole », entretiens menés par les IDE en psychiatrie, mais également des entretiens médico-IDE en psychiatrie pour le réajustement du traitement et la réévaluation de l'humeur, des entretiens avec la psychologue pour un suivi ponctuel ou régulier et des rencontres avec les familles.</p>
Evolutions envisagées	<p>L'ouverture de l'unité sur les autres structures du territoire, en amont et en aval, pour faire en sorte que cette unité s'ouvre sur des admissions au-delà de Novillars et que les sorties de l'UPPA puissent se faire au-delà de Bellevaux.</p> <p>Une réflexion est à engager sur la localisation de cette structure au regard des travaux architecturaux de restructuration et des besoins particuliers de la population accueillie (les personnes ne trouvent pas forcément de places en EHPAD du fait de la lourdeur de l'accompagnement tant psychiatrique que somatique). Elles présentent plutôt un profil USLD.</p>
Financement et financeurs	<p>140 000€ suite à la coupe PATHOS 2016.</p> <p>Le prix de journée hébergement + reste à charge est de 66€/jour pour les résidents. Même tarif que les autres résidents.</p>
Points positifs et/ou bonnes pratiques à partager	<p>Des formations ont été réalisées auprès des agents de l'UPPA (y compris personnel de nuit et autres services) dont une relative à la gestion de l'agressivité, et une sur les troubles en psychiatrie.</p>
Risques et/ou difficultés rencontrées et/ou limites	<p>Manque d'acculturation entre les 2 équipes soignantes (celle du CHS de Novillars et celle de l'UPPA). Pas d'intervention des IDE en psychiatrie le week-end : manque de souplesse. Si cette collaboration n'évolue pas, un recrutement d'IDE extérieurs sera effectué La fluidité de la filière reste à améliorer. Des difficultés sont rencontrées quant à la sortie en EHPAD autre que Bellevaux. La problématique du financement peut également être un frein (reste à charge important en EHPAD et récupération sur héritage versus gratuité de l'accueil en psychiatrie).</p> <p>L'absence d'une file active, l'accueil de personnes dépendantes, avec des troubles cognitifs et l'exiguïté des locaux ne permettent pas toujours la mise en place des activités.</p> <p>L'absence de familles d'accueil thérapeutiques, salariées d'établissements sanitaires pour l'accueil d'adultes avec handicap d'origine psychique est un manque sur le territoire ainsi que l'absence d'unité d'hébergement renforcé (UHR) pour les résidents avec des troubles cognitifs et des troubles du comportement.</p>

Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	<p>L'abondement budgétaire important de la coupe PATHOS 2016 a permis de dégager des crédits pour mettre en œuvre cette unité.</p> <p>Le travail sur la filière gériatrique et le projet d'établissement 2013-2017 du CLS Bellevaux démontrent le besoin d'une telle unité.</p>
Remarques complémentaires	
Contacts	<p>Nom : Laurent MOUTERDE</p> <p>Qualité : Directeur</p> <p>Adresse : 29 quai de Strasbourg 25 000 Besançon Cedex</p> <p>Mail : direction@cls-bellevaux.com</p> <p>Téléphone : 03.81.61.42.00</p> <p>Site internet : http://www.clsbellevaux.com/</p>

Réponses dans le champ

GERONTOLOGIQUE

Fiche n°7

établissement

Intitulé du dispositif	EHPAD « La maison blanche »
Localisation	Beaucourt (90)
Contexte de création/mise en place	<p>Dans son histoire, l'EHPAD « la Maison Blanche » a toujours accueilli des personnes handicapées vieillissantes.</p> <p>Lors d'un accueil de 2 personnes handicapées mentales vieillissantes avec handicap moteur en fauteuil roulant, les professionnels ont pris conscience de l'inadaptation de l'accompagnement proposé, tant au niveau des locaux que des pratiques professionnelles.</p> <p>Ainsi, dans le cadre du déménagement de la structure, en 2012, une réflexion a été engagée pour la mise en place d'une unité spécifique permettant de répondre à leurs besoins spécifiques.</p> <p>Dans cette optique, et afin d'apporter un appui et des connaissances aux professionnels, un rapprochement a été opéré avec l'ADAPEI du Doubs.</p> <p>Cette unité spécifique a ouvert ses portes à l'automne 2012. Aujourd'hui, l'EHPAD compte deux pôles : le pôle « EHPAD » et le pôle « unités spécialisées », à l'intérieur duquel 1 unité accueille des personnes handicapées mentales vieillissantes (Charmotte) et une autre unité des personnes relevant de géronto-psychiatrie, issues principalement de services psychiatriques de l'AHBFC (Combotte).</p>
Objectifs de la démarche	<ul style="list-style-type: none"> - unité de vie Les Charmottes : Accueillir des personnes handicapées mentales vieillissantes en tenant compte de leurs besoins spécifiques (projet d'accompagnement spécifique) - unité de vie La Combotte ; un projet de soin adapté à ce public spécifique
Périmètre du dispositif	<p>Personnes handicapées, à partir de 60 ans.</p> <p>Aucune orientation de la CDAPH n'est nécessaire, la structure relevant de l'agrément EHPAD.</p> <p>Concernant l'unité pour le public avec troubles psychiatriques, une vigilance est opérée à l'admission. Ils ne doivent pas être trop importants pour une compatibilité avec le collectif et l'accompagnement proposé.</p>
Nbre de personnes concernées et caractéristiques	<p>16 résidents sont accueillis au sein de l'unité pour personnes handicapées vieillissantes</p> <p>Âgés de 60 à 83 ans, ils présentent pour la plupart une déficience intellectuelle moyenne ou profonde, de naissance, ou causée par une infection ou un traumatisme du cerveau lors de la petite enfance.</p>
Nature des établissements d'origine ou « adresseurs »	Les résidents proviennent majoritairement des foyers de l'ADAPEI, d'EHPAD ou d'une MAS accueillant des personnes avec handicap psychique.

Plateau technique et partenariat	<p>Un changement des professionnels est organisé tous les 2-3 ans environ, au sein des unités de vie de la structure. À terme, tous les professionnels seront amenés à exercer au sein de l'unité pour personnes handicapées vieillissantes</p> <p>L'équipe est composée d'aides-soignantes et d'aides médico-psychologiques (soit 10,7 ETP), d'infirmières, d'ergothérapeutes, de médecins salariés, de psychologues et d'agents de services logistiques (compétences transversales sur toutes les unités).</p> <p>Présence d'agents d'animation et de soins chaque jour de la semaine, y compris les week-ends. En plus du soin, ces professionnels s'occupent des accompagnements extérieurs.</p>
Description du fonctionnement	<p>La structure abrite en tout 14 unités de vie divisées en 7 services de 15 places chacune, et une de 16 places dédiée à l'accueil de personnes handicapées vieillissantes, géographiquement identifiée.</p> <p>Cette unité spécifique est composée de 15 chambres individuelles adaptées, 1 chambre double, un petit salon et une pièce commune.</p> <p>Pas de cohabitation permanente avec les résidents des autres unités mais certaines activités communes peuvent être partagées, comme la chorale par exemple.</p> <p>Des séjours adaptés sont organisés et des projets d'accompagnement personnalisés sont réalisés par les psychologues de la structure, avec un suivi par des référents soignants. Le fonctionnement et les pratiques professionnelles s'inspirent du secteur du handicap, en lien avec l'étayage de l'ADAPEI du pays de Montbéliard.</p> <p>Un véhicule adapté est mis à disposition pour des accompagnements à des rendez-vous extérieurs, une visite aux proches.</p>
Evolutions envisagées	<p>Une résidence service de 35 places se situe à côté de l'EHPAD. Une réflexion est engagée avec l'ADAPEI du Pays de Montbéliard pour la possibilité d'y intégrer des personnes handicapées vieillissantes, tout en continuant à bénéficier des services de l'EHPAD. En effet, même s'ils sont pour la plupart relativement autonomes, un accompagnement adapté est tout de même nécessaire.</p>
Financement et financeurs	<p>Prix de journée à l'UPHV : 76.08€, soit 10€ accordés en plus du prix de journée de l'EHPAD.</p>
Points positifs et/ou bonnes pratiques à partager	<p>Soutien de l'ADAPEI qui a permis une adaptation des pratiques et une organisation s'inspirant du secteur du handicap (organisation des activités, gestion de l'argent, organisation de séjours adaptés, référence, projet d'accompagnement personnalisé, ...)</p>
Risques et/ou difficultés rencontrées et/ou limites	<p>Les personnes handicapées vieillissantes ont besoin d'un cadre plus ferme, avec souvent davantage de tensions dans les espaces de vie collectifs (cohabitation). Une médiation est souvent nécessaire (importance du temps de psychologue pour la régulation des conflits).</p> <p>Concernant l'unité psychiatrique : un écart de culture entre le secteur du sanitaire et du médico-social difficile à gérer.</p> <p>Les personnes âgées manquent parfois d'empathie à l'égard des personnes handicapées vieillissantes.</p>

Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	Collaboration étroite avec l'ADAPEI du pays de Montbéliard pour la mise en place de cette unité, maintien des liens avec la structure d'origine (professionnels et résidents).
Remarques complémentaires	Outils d'évaluation des besoins : ROCS (de l'ADAPEI), éléments repris dans la grille AGGIR et coupe PATHOS (utilisés en EHPAD).
Contacts	<p>Nom : Denis SCHULTZ</p> <p>Qualité : Directeur Pôle Personnes Agées</p> <p>Adresse : 24 rue de la Maison Blanche 90500 BEAUCOURT</p> <p>Mail : dschultz@maisonblanche90.fr</p> <p>Téléphone : 03.84.57.19.00</p> <p>Site internet : http://www.fondation-arcenciel.fr</p>

Réponses dans le champ

GERONTOLOGIQUE

service

Fiche n°8

Intitulé du dispositif	Service « personnes handicapées mentales vieillissantes/psy » de la résidence Pierre Hauger
Localisation	Montbéliard (25)
Contexte de création/mise en place	<p>Le précédent PRS de Franche Comté avait identifié un manque de solutions pour les personnes handicapées âgées, à la retraite et en perte d'autonomie, à la sortie des ESMS.</p> <p>Le service a été ouvert en 2009 à l'ouverture de la résidence.</p>
Objectifs de la démarche	Permettre un accueil en EHPAD, avec un projet spécifique, de personnes handicapées vieillissantes, déficientes intellectuelles ou avec un handicap d'origine psychique.
Périmètre du dispositif	<p>Il n'y a pas de critère d'admission formalisé. Les personnes peuvent provenir du domicile, ou d'une institution de type ADAPEI ou psychiatrie.</p> <p>Néanmoins, dès lors que le candidat a moins de 60 ans, une demande de dérogation auprès du Conseil Départemental est nécessaire.</p>
Nbre de personnes concernées et caractéristiques	<p>14 résidents de l'EHPAD sont actuellement accompagnés par le service (4 places de psychiatrie)</p> <p>Moyenne d'âge : 69 ans</p> <p>On observe un rajeunissement de la population bénéficiaire du service (-6 ans en 8 ans).</p>
Nature des établissements d'origine ou « adresseurs »	<p>Les personnes avec une déficience intellectuelle étaient majoritairement accueillies auparavant en Foyers d'Hébergement essentiellement et secondairement en Foyers de Vie. Les cas d'entrée de personnes qui résidaient au domicile de leurs parents sont plus rares.</p> <p>Les personnes avec un handicap d'origine psychique sont généralement adressées par les services de psychiatrie générale. Deux des résidents étaient suivis par un service de géronto-psychiatrie.</p>
Plateau technique et partenariat	<p>2 soignants dédiés par jour. 2 IDE par jour pour l'ensemble de l'EHPAD. 1.5 animatrices (dont 0.5 non financés). 0.9 ETP de psychologue</p> <p>Partenariat avec la coordination de gérontologie du pays de Montbéliard (immersions, groupes de travail entre professionnels du milieu du handicap et du milieu de la gérontologie pour comparer, améliorer les pratiques et développer les partenariats entre établissements.</p>

	<p>Les immersions permettent aux personnes du champ du handicap d'aller observer le travail en EHPAD et réciproquement.</p> <p>Partenariat avec équipe douleur et soins palliatifs</p>
Description du fonctionnement	<p>L'équipe utilise la grille AGGIR pour évaluer les besoins des personnes handicapées vieillissantes</p> <p>Néanmoins, conçues à la base pour les personnes âgées, les grilles AGGIR et PATHOS ne permettent pas de qualifier les besoins spécifiques en accompagnement pour les personnes handicapées mentales vieillissantes en terme de temps. (exemple : gestion de l'argent ...)</p> <p>Organisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le service PHMV/psy est totalement intégré dans l'organisation de l'EHPAD (il n'y a pas d'unité distincte pour les personnes handicapées vieillissantes, pas d'animation spécifique ni de prise de repas à part) - Possibilité d'aménager des périodes de transition (en amont de l'entrée en EHPAD sous forme d'accueil en activités puis par demi-journées sur quelques semaines)
Evolutions envisagées	<p>Création (si financement possible) d'un FAM PHMV de 15 places adossé à l'EHPAD (en supplément du service PHMV/psy existant et en mutualisant certaines prestations) pour une transition entre les structures PH et l'EHPAD.</p> <p>Pourquoi FAM : Permettre un accueil sur la durée entre le FAM et l'EHPAD. En cas de contexte temporaire en besoin de soins plus important, le relais peut être pris en mutualisation avec l'EHPAD. Si la dépendance devient trop importante, le transfert en EHPAD est « naturel ».</p> <p>A l'heure actuelle rien de formalisé, sera négocié au moment du CPOM</p> <p>Partenariat avec des structures du champ du handicap pour organiser des sorties à l'extérieur : avec les moyens actuels la résidence ne peut détacher que ses animatrices de façon régulières (soignantes ponctuellement) sans mettre en péril la prise en charge des autres résidents.</p>
Financement et financeurs	<p>Prix hébergement : 70€/j (comprenant le financement de 2 ETP agents de soins + 0,9 ETP psychologue)</p> <p>(le prix hébergement classique est de 62.66€ et PHMV de 70.22€. Pour le soin et la dépendance aucun crédit supplémentaire n'est accordé)</p>
Points positifs et/ou bonnes pratiques à partager	<p>Un décloisonnement entre le secteur gériatrique et celui du handicap (pas d'unité spécifique), favorisant les liens.</p> <p>Un effet indirect de la cohabitation : une remobilisation de certaines personnes âgées dans la vie de la structure (jouant parfois le rôle de médiateur dans des conflits entre personnes handicapées) et retrouvant de l'appétence pour la participation à des activités.</p>

Risques et/ou difficultés rencontrées et/ou limites	<p>D'un autre côté, la cohabitation de ces deux catégories de publics aux problématiques différentes peut parfois générer des inquiétudes réciproques : par exemple les questions de fin de vie, de décès et les démences des personnes âgées sont anxiogènes pour les personnes handicapées et réciproquement, les troubles du comportement liés au handicap psychique sont parfois problématiques pour les personnes âgées.</p> <p>Manque de formation des professionnels soignants et accompagnants aux problématiques liées au handicap psychique et difficultés à mettre en place ces formations.</p> <p>Manque d'accompagnement « éducatif » et lié à la vie sociale notamment en raison du manque d'effectifs d'AMP (financé par le soin) et d'animatrices.</p> <p>L'absence d'infirmière la nuit</p>
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	<p>L'ouverture de la structure en même temps que le service PHMV a facilité la mise en place de ce service.</p>
Remarques complémentaires	<p>Un financement ARS complémentaire serait un plus pour l'accompagnement des résidents par des soignantes diplômés (dont le temps pourrait être spécifique à ce service). Le financement de 2 animatrices pour répondre aux besoins beaucoup plus importants de ce secteur sans dégrader le service apporté dans le secteur EHPAD.</p>
Contacts	<p>Nom : Etienne Cougny</p> <p>Qualité : Directeur</p> <p>Adresse : E.H.P.A.D. PIERRE HAUGER 2, avenue Georges Pompidou 25200 Montbéliard Cedex</p> <p>Mail : pierrehauger@fondationpartageetvie.org</p> <p>Téléphone : 03 81 71 74 00</p> <p>Site internet : http://www.fondationpartageetvie.org</p>

Réponses

MULTIPLES

Éts + service

fiche n°9

Intitulé du dispositif	Dispositif d'accompagnement à la vie sociale Accueil de jour et SAVS Seniors
Localisation	Le Creusot- Saône et Loire (71)
Contexte de création/mise en place	<p>Un constat commun a été établi par les différentes structures des papillons blancs du Creusot quant aux difficultés rencontrées dans l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - après 60 ans, sur le territoire, la seule alternative pour les personnes ne pouvant plus rester dans les structures pour personnes handicapées était l'EHPAD (les solutions d'hébergement en famille demeurant exceptionnelles) - l'accueil en EHPAD n'était pas adapté aux besoins de ce public (le personnel des EHPAD n'est pas habitué à ce public et ses besoins diffèrent de ceux des personnes âgées : écart d'âge, demandes différentes, besoins différents) - un étayage mis en place en 2004 mais se révélant insuffisant pour assurer une transition puis un accompagnement adapté des personnes handicapées vieillissantes en EHPAD : détachement 2h par semaine d'une éducatrice du Foyer pour identifier les besoins des personnes accueillies en EHPAD et étayer leur accompagnement, puis augmentation à deux demi-journées par semaine en 2005 pour préparer la transition des futurs retraités et répondre aux questionnements des équipes soignantes sur le handicap et les spécificités de l'accompagnement. <p>En 2006, l'association les papillons blancs du Creusot crée une commission sur l'avancée en âge des personnes handicapées, à laquelle participe l'EHPAD du Creusot.</p> <p>En décembre 2008, un accueil de jour seniors de 15 places est alors créé.</p> <p>En mai 2010, création en complément, d'un SAVS seniors de 21 places.</p> <p>En 2014, ouverture d'une unité d'accueil (la maisonnée) de 28 places pour les PHV au sein de l'EHPAD « les reflets d'argent » de 80 places au total</p> <p>En 2016, création d'un poste de coordinatrice du dispositif. Elle est l'interlocuteur principal de l'EHPAD et intervient en amont et en aval de l'admission en EHPAD.</p> <p>Ce dispositif est porté par le Groupement de coopération sociale et médico-sociale HESPERIA 71 et fait l'objet d'une fiche action du CPOM.</p>
Objectifs de la démarche	Faciliter la fluidité du parcours de vie en proposant un dispositif d'accompagnement à la vie sociale regroupant l'unité PHV de l'EHPAD, l'accueil de jour seniors, l'accueil de jour Albatros (travailleurs ESAT temps partiels) et le SAVS seniors au sein d'un bâtiment appelé Odyssée.
Périmètre du dispositif	Les services seniors assurent un suivi : <ul style="list-style-type: none"> - des personnes handicapées vivant en maison de retraite

	<ul style="list-style-type: none"> - des personnes handicapées vivant en appartement ou foyer logement et déjà suivies par un SAVS - des personnes handicapées de plus de 60 ans toujours hébergées dans les établissements de l'association - des personnes handicapées vivant en famille <p>Les personnes peuvent intégrer l'accueil de jour et/ou le SAVS seniors selon leurs projets. Il faut avoir plus de 60 ans (sauf dérogation) et avoir eu une notification de la CDAPH avant l'âge de 60 ans (quel que soit l'orientation).</p>
Nbre de personnes concernées et caractéristiques	<p>28 résidents sont accueillis dans l'unité PHV, réparties sur 2 ailes de 14 personnes. Elles sont âgées de 60 à 77 ans (moyenne d'âge actuelle = 67 ans).</p> <p>5 Personnes sont accueillies sur une autre structure de l'EHPAD départementale, 3 personnes vivent en appartement, 1 personne en foyer logement et une personne en foyer d'hébergement</p>
Nature des établissements d'origine ou « adresseurs »	<p>Les différents établissements et services des papillons blancs du Creusot peuvent solliciter la coordinatrice du dispositif pour trouver une solution et accompagner les personnes handicapées vieillissantes. Le dispositif est sollicité par de nombreux établissements du département (Autun, Montceau, Chalon ...).</p>
Plateau technique et partenariat	<ul style="list-style-type: none"> - Un service seniors composé d'un accueil de jour seniors comprenant 2 monitrices éducatrices et d'un SAVS seniors comprenant 2 AMP et une coordinatrice du dispositif - Une unité PHV « la maisonnée » au sein d'un EHPAD, composée d'une équipe de 35 personnes soignants (AS/AMP/ IDE), 1 ME (non pourvu pour le moment et remplacé par une animatrice) dont la mission consiste à faire le lien entre les deux équipes et à planifier les RDV.
Description du fonctionnement	<p>Une première évaluation est réalisée par les équipes éducatives et la coordinatrice du dispositif pour organiser la transition et les premiers objectifs de l'accompagnement (stage, activités transversales ...).</p> <p>Pour chaque résident de l'unité PHV, est élaboré annuellement en collaboration avec les services seniors, un projet d'accompagnement personnalisé où sont notés les besoins et attentes de la personne ainsi que les objectifs de l'accompagnement.</p> <p>L'évaluation des besoins des résidents de l'EHPAD est réalisée par l'équipe soignante de l'EHPAD au moyen des grilles AGGIR et des informations recueillies dans le GEVA.</p> <p>Pour les autres usagers, le projet personnalisé est réalisé avec les services éducatifs qui accompagnent la personne au quotidien (foyer d'hébergement traditionnel, SAVS ...).</p> <p>Les temps de transmission entre les professionnels de l'EHPAD et des services seniors du dispositif d'accompagnement à la vie sociale sont quotidiens et formalisés.</p> <p>L'accueil de jour seniors propose et anime des activités au sein du bâtiment Odyssée ou au sein de l'EHPAD la maisonnée.</p>

	<p>Le SAVS accompagne par exemple les résidents auprès des généralistes et des spécialistes, mais aussi pour faire des courses, se rendre sur la tombe d'un proche, pratiquer des loisirs...). Il assure également le lien avec la famille et/ou le mandataire judiciaire et peut également s'occuper des démarches administratives.</p>
Evolutions envisagées	<p>Evaluer les besoins de création de nouvelles unités spécifiques (résidences autonomie) en direction de personnes plus autonomes et vivant actuellement en appartement. Ce projet est porté conjointement entre l'EHPAD et les papillons blancs pour les personnes vivant en appartement au sein de la résidence St Henri.</p> <p>Impulser une dynamique de formation conjointe (sanitaire/éducatif)</p> <p>Augmenter le nombre de places pour le service séniors (c'est-à-dire SAVS et AJ).</p>
Financement et financeurs	<p>Coût à la place = 70€ (56€ pour EHPAD classique) pour l'unité PHV</p> <p>AJ Séniors : 14€64 j / dotation globale 112.225 €</p> <p>SAVS Séniors : 14€64 /j / dotation globale de 112.225 €</p>
Points positifs et/ou bonnes pratiques à partager	<p>Une bonne collaboration entre le SAVS, l'AJ et l'EHPAD (transmissions chaque lundi)</p> <p>Une convention qui permet de clarifier les interventions de chacun (SAVS = accompagne sur l'extérieur les personnes accueillies à l'EHPAD et l'AJ = animation par 2 ME)</p> <p>Le secteur du handicap a formé le personnel de l'EHPAD à l'accueil de personnes handicapées à partir d'exemples concrets et des formations conjointes doivent être mise en place.</p> <p>Grace au dispositif, le passage à la retraite est anticipé. La coordinatrice assiste au projet de l'ensemble des personnes à partir de 55 ans</p>
Risques et/ou difficultés rencontrées et/ou limites	<p>La différence d'approche et de langage entre le sanitaire et le médico-social peut engendrer des disparités dans l'accompagnement.</p>
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	<p>Le CD accepte de financer à la fois l'EHPAD et le service sénior pour une même personne.</p>
Remarques complémentaires	<p>Au sein de l'EHPAD, la personne handicapée n'est pas nécessairement accueillie dans l'unité spécifique : en fonction de ses besoins, elle peut résider dans l'unité Alzheimer ou dans l'unité classique.</p> <p>Le dispositif d'accompagnement à la vie sociale de par les différentes prestations proposées permet une fluidité dans le parcours de vie</p>
Contacts	<p>Nom : Mme Valérie BRUGNAUX</p> <p>Qualité : Directrice des foyers du Breuil (papillons blancs)</p> <p>Adresse : 53 rue de Montcoy, 71670 Le Breuil</p> <p>Mail : direction@foyersbreuil.fr</p>

	<p>Téléphone : 03.85.73.92.30</p> <p>Site internet : http://www.papillonsblancs-creusot.org/les-etablissements/s-a-v-s</p>
--	--

Réponses

MULTIPLES

fiche n°10

Éts PH + Éts PA

Intitulé du dispositif	FAS et EHPAD « Chemin de Yoline » (Centre Hospitalier Intercommunal Haute Comté)
Localisation	Nozeroy- Jura (39)
Contexte de création/mise en place	<p>La création du FAS est issue d'une réflexion sur l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes et la volonté d'offrir à ces personnes un accompagnement adapté à leurs besoins et leurs attentes tout en évitant les ruptures de liens.</p> <p>Souhait du Conseil Départemental du Jura d'un projet d'accueil parent/enfant.</p> <p>Création du FAS en 2013.</p>
Objectifs de la démarche	<p>Permettre le maintien des liens familiaux parents-enfants en accueillant le parent vieillissant à l'EHPAD et son enfant adulte au FAS, mais également favoriser les rencontres, afin d'assurer une continuité d'existence aux personnes en évitant les ruptures.</p> <p>Proposer un accompagnement quotidien adapté aux besoins et aux capacités des personnes accueillies.</p> <p>Favoriser les liens sociaux et l'ouverture vers l'extérieur.</p> <p>Favoriser une ouverture et une tolérance entre personnes âgées et personnes handicapées à travers des temps de vie communs.</p>
Périmètre du dispositif	<p>Le FAS accueille des personnes handicapées âgées d'au moins 40 ans.</p> <p>Ces personnes doivent posséder une certaine autonomie dans les actes de la vie quotidienne pour pouvoir participer aux activités et aux sorties proposées par l'équipe.</p> <p>Elles doivent également bénéficier d'une orientation de la CDAPH de type « Foyer de Vie ».</p> <p>Le structure a intégré 3 couples parents-enfants, mais ce n'est pas un critère d'entrée.</p>
Nombre de personnes concernées et caractéristiques	<p>Le FAS accueille 15 résidents et l'EHPAD accueille 48 résidents.</p> <p>Au sein du FAS, ils ont une déficience en adéquation avec un accueil non médicalisé. Certains souffrent de pathologies psychiatriques avec des troubles du comportement plus ou moins invalidants.</p>
Nature des établissements d'origine ou « adresseurs »	ESAT, Foyer de Vie, domicile, service de psychiatrie

Plateau technique et partenariat	<p>L'équipe est composée de 7 aides médico-psychologiques et aides-soignantes et une coordinatrice.</p> <p>Le FAS a développé différents types de partenariats : avec les familles, les partenaires sociaux et les foyers, les partenaires médicaux, la ville de Nozeroy et les structures environnantes.</p>
Description du fonctionnement	<p>Les outils utilisés pour l'évaluation des besoins sont : la grille Virginia Henderson, la pyramide de Maslow et la création d'une fiche d'identification sur un outil de l'EHPAD, adaptation de la grille AGGIR.</p> <p>Les 2 structures sont rattachées au CHI Haute-Comté. Elles bénéficient de la proximité de la Maison de Santé au sein du bâtiment.</p> <p>Elles sont indépendantes et complémentaires avec des projets et des temps communs.</p> <p>Le FAS propose un accompagnement éducatif dans actes de la vie quotidienne et pour l'acquisition de compétences nouvelles. Sont mis en place des activités éducatives en lien avec le projet personnalisé du résident, des activités de loisirs, des temps communs avec les résidents des 2 structures, des activités physiques et des actions de prévention.</p>
Évolutions envisagées	<p>Amener les équipes du FAS et de l'EHPAD à faire davantage partie d'un projet d'établissement commun, à partager leurs compétences et leurs connaissances.</p> <p>Développer l'accueil ponctuel des résidents de l'EHPAD dans les activités proposées par l'équipe du FAS, dans le cadre du projet personnalisé des résidents de l'EHPAD.</p> <p>Accueillir à l'EHPAD des résidents du FAS sur des temps de repas.</p> <p>Poursuivre le travail d'ouverture vers l'extérieur et continuer de faire évoluer le regard de la communauté sur l'établissement et ses résidents.</p> <p>Préparer le résident du FAS à une entrée éventuelle en EHPAD.</p> <p>Sensibilisation des résidents et formation des professionnels du FAS à la question du vieillissement.</p>
Financement et financeurs	Le conseil départemental du JURA
Points positifs et/ou bonnes pratiques à partager	Mutualisation de temps communs entre résidents du FAS et de l'EHPAD (activités, repas...).
Risques et/ou difficultés rencontrées et/ou limites	<p>La situation géographique a compliqué l'adaptation à un nouveau lieu et rythme de vie pour le résident.</p> <p>La différence entre les personnes âgées et les personnes handicapées, le manque de tolérance des personnes âgées à l'égard des personnes handicapées.</p> <p>Le rattachement à une structure sanitaire.</p> <p>Le risque était de médicaliser une structure sociale qui est gérée par une IDE coordinatrice, IDE cadre de santé et une hiérarchie qui est Hôpital de Pontarlier</p> <p>Nous sommes vigilants à bien rester dans le cadre du social, à être dans une démarche d'accompagnement éducatif</p>

	<p>Nous ne voulons pas transformer le FAS en EHPAD</p> <p>Le manque de places au FAS qui ne permet plus, actuellement, un accueil conjoint FAS et EHPAD.</p>
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	<p>L'accueil des résidents du FAS a été fait sur une période de 3 mois.</p> <p>Une connaissance du référentiel AMP par les professionnels d'encadrement.</p> <p>Des partages de compétences sanitaires et socio-éducatives qui renforcent l'accompagnement défini par le projet d'établissement (cadre de santé présente lors de l'ouverture des 2 structures a été garante de ce travail en commun), avec la proximité de la Maison de Santé.</p>
Remarques complémentaires	
Contacts	<p>Nom : Madame GARCIA Brigitte</p> <p>Qualité : Cadre de santé</p> <p>Adresse : 4 allée des Bannerettes, 39250 NOZEROY</p> <p>Mail : b.garcia@ch-pontarlier.fr contact@chi-hautecomte.fr</p> <p>Téléphone : 03.70.96.10.40</p> <p>Site internet : http://nozeroy.chi-hautecomte.fr</p>

Réponses

MULTIPLES

fiche n°11

Inter-ets et secteurs

Intitulé du dispositif	CTER (Commission Technique d'Etude et de Régulation)
Localisation	Saône et Loire
Contexte de création/mise en place	<p>Un groupe de travail initié en 2016 par Mr Heitz (DTARS71) rassemblant des ESMS et le centre hospitalier de Mâcon est à l'origine de ce comité technique. En effet, force était de constater qu'il existait des difficultés de coopération entre les ESMS et les services de soins en psychiatrie alors que même que des crises paroxystiques mettaient à mal résidents, équipes et conduisaient à un nombre élevé d'hospitalisations à la demande d'un tiers sans pour autant permettre la mise en œuvre de plans de soins coordonnés avec les ESSMS.</p> <p>Une convention a été signée en mars 2017 à la MAS de Bergesserin entre l'hôpital de Mâcon et sept centres médico-sociaux du sud du département, qui œuvrent pour les patients qui ont des troubles psychiques importants. Elle a donné naissance à une commission technique d'évaluation et de régulation (CTER) qui fonctionne depuis environ 1 an ½</p>
Objectifs de la démarche	<p>Faciliter la coopération inter institutionnelle médicosociale et sanitaire.</p> <p>Favoriser l'interconnaissance des ESSMS/CH/dispositifs de soins par la pratique des séjours patients/résidents, des formations partagées et des permutations professionnelles (stages croisés)</p> <p>Personnaliser et diversifier les parcours des usagers.</p> <p>Limiter la répétition des situations de crises et de ruptures.</p> <p>Bénéficier des compétences et des spécificités des ESMS et du CH Mâcon Service Psychiatrie.</p> <p>S'enrichir des regards croisés sur la complexité des situations de crises</p> <p>Engager une recherche concernant la sémiologie des crises</p>
Périmètre du dispositif	<p>Chaque séjour correspond au plus près des besoins du public demandeur indépendamment de la nature de son handicap et de son degré de dépendance : Personnes handicapées, pluri handicapées, sur handicapées, polyhandicapées avec (ou non) troubles psychiques importants, troubles liés au vieillissement.</p> <p>La convention validée par les partenaires de la CTER (<i>Autorités de tarification, MDPH, Associations Gestionnaires, GCSMS, CH de Mâcon</i>) lève les obstacles administratifs et financiers pour faciliter la fluidité des séjours, les permutations des salariés, les formations partagées.</p>
Nombre de personnes concernées et caractéristiques	Activité réalisée en 18 mois : 10 séjours de ruptures, 15 séjours de répit, 14 séjours d'observations Concernant 49 personnes. 8 stages croisés et 9 formations partagées pour les membres des équipes pluridisciplinaires.
Nature des établissements	Les structures qui font partie de la CTER (RDAS, FAM les myosotis, FAM les Perrières, APEI papillons blancs de Paray le Monial, MAS de Bergesserin, FV Les

d'origine ou « adresseurs »	Avouards PEP 71, FAM Korian de Charnay ; Equipe relais handicaps rares NE, centre national de ressources handicaps rares « la pépinière », FV la Chevanière, CH de Mâcon-psychiatrie
Plateau technique et partenariat	La CTER fonctionne sur la base du volontariat : viennent aux réunions les ESMS et représentants du CH qui le souhaitent. L'accompagnement des parcours repose sur la mobilisation des plateaux techniques de chaque institution.
Description du fonctionnement	La CTER réunit une fois par mois un représentant (en général un cadre, parfois accompagné d'autres professionnels) de chaque ESMS partant (au départ 5, mais aujourd'hui ils sont de plus en plus nombreux) ainsi que des représentants du CH de Mâcon. Chaque ESMS fait des propositions : <ul style="list-style-type: none"> - d'offres et de demandes pour organiser des séjours pour des patients (3 types de séjour : d'observation pour réaliser des évaluations et/ou diagnostics pour envisager d'autres pistes de travail ; de rupture pour rompre avec une certaine routine dans son établissement d'accueil et bénéficier d'un autre regard et d'une autre expérience ; de répit pour permettre une situation d'apaisement) - d'offres et de demandes de stages corisés de personnels (permutations) - d'offres et de demandes de formation. (pour favoriser la compréhension mutuelle des pratiques collaboratives)
Évolutions envisagées	L'ouverture de la CTER à deux EHPAD. L'intérêt sera de permettre une acculturation des deux secteurs d'une part et d'autre part d'offrir la possibilité d'aménager des périodes de transition et/ou d'essai pour des personnes handicapées vieillissantes dont le projet serait d'aller en EHPAD (ou d'en sortir !)
Financement et financeurs	Cette organisation ne fait pas l'objet d'un financement.
Points positifs et/ou bonnes pratiques à partager	Cette organisation permet des séjours de ruptures, et de répit et d'observations, mais aussi d'envisager d'autres parcours et en ce sens, s'inscrit totalement dans la logique de « Réponse accompagnée pour tous ». Développement d'une pratique collaborative et d'interconnaissance des ESSMS et CH. Depuis sa mise en œuvre, les acteurs notent une réduction des soins psychiatriques à la demande d'un tiers
Risques et/ou difficultés rencontrées et/ou limites	La qualité du travail repose sur l'engagement des signataires de la convention
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	La bonne volonté des acteurs et l'observation assez rapide de l'intérêt d'une telle organisation (baisse des hospitalisations sans consentement)
Remarques complémentaires	Il ne s'agit pas d'un dispositif spécifiquement dédié aux personnes handicapées vieillissantes mais ces dernières peuvent y avoir recours.

Contacts	<p>Nom : Mr SALVI</p> <p>Qualité : Directeur de la MAS de Bergesserin (GCSMS HESPERIA71)</p> <p>Adresse : Lieu dit le Replat, 71250 Bergesserin</p> <p>Mail : r.salvi-directeur@masbergesserin.fr</p> <p>Téléphone : 03 85 40 40 00 / 06 86 40 94 23</p> <p>Site internet :</p>
-----------------	---

Réponses

MIXTES

Fiche n°12

Indifféremment PA-PH

Intitulé du dispositif	Accueil Familial Adulte (CD 21)
Localisation	Côte d'Or (21)
Contexte de création/mise en place	Le dispositif de l'Accueil Familial Adultes a été créé en 1989 et relève du Code de l'Action Sociale et des Familles. Il permet de proposer une alternative entre le maintien à domicile et l'établissement.
Objectifs de la démarche	Offrir un cadre de vie au sein d'une cellule familiale tout en assurant un accompagnement dans la vie quotidienne. L'accueil familial s'inscrit dans une démarche d'accompagnement social et de projet de vie individualisé des personnes accueillies.
Périmètre du dispositif	Personnes âgées et personnes handicapées adultes Pour les personnes ayant une reconnaissance de handicap, il n'y a pas de condition d'âge pour bénéficier de l'accueil familial et y rester au-delà de 60 ans. Concernant les accueillants familiaux, ils doivent disposer d'un logement répondant aux normes fixées par la loi, justifier de conditions d'accueil permettant d'assurer le bien-être de la personne accueillie, s'engager sur la continuité de l'accueil et sur le suivi de formations, et accepter le suivi médico-social des personnes accueillies au domicile.
Nombre de personnes concernées et caractéristiques	En Côte-d'Or, l'agrément délivré par le Conseil Départemental permet d'accueillir des personnes handicapées et/ou âgées. Le département dispose actuellement de 115 places d'accueil, dont 6 à temps partiel, pour les personnes âgées et les personnes handicapées. Ce dispositif accueille des personnes présentant une perte d'autonomie dont l'origine peut relever d'un handicap mental, de troubles psychiques, de la conséquence de certaines pathologies ou d'une avancée dans l'âge. Actuellement 62 personnes handicapées vieillissantes âgées de 55 ans à 77 ans dont la durée d'accueil peut atteindre 16 années, voire plus. Certaines complémentarités co-existent avec l'accueil familial comme le travail en ESAT ou un foyer occupationnel en journée.
Nature des établissements d'origine ou « adresseurs »	Domicile (avec ou sans accompagnement SAVS, auxiliaires de vie), foyer de vie, ESAT, CHRS, pension de famille, structures hospitalières.
Plateau technique et partenariat	Accueillants familiaux et travailleurs sociaux du CD. En Côte-d'Or, deux travailleurs sociaux interviennent sur l'ensemble du département afin d'évaluer les situations des personnes souhaitant vivre en accueil familial et valider si le dispositif peut répondre à leurs besoins d'accompagnement. Cette évaluation s'effectue en s'appuyant sur un travail de collaboration avec les proches de la personne (éducateurs, familles, mandataires...) afin de repérer son

	<p>autonomie, ses besoins d'aide dans le quotidien, ses éventuels problèmes de comportement mais également ses souhaits de lieu de vie et ses centres d'intérêt.</p> <p>Les deux travailleurs sociaux se rendent régulièrement au domicile des accueillants afin d'évaluer la qualité de la prise en charge globale de la personne accueillie et guider les accueillants dans leur accompagnement</p> <p>Convention avec le CH « La Chartreuse » de Dijon (service spécialisé en milieu ouvert) pour certaines situations (infirmiers psychiatriques à domicile).</p> <p>Des soignants (IDE, CMP) et plus rarement des aides à domicile peuvent intervenir en soutien aux accueillants familiaux</p>
Description du fonctionnement	<p>L'accueil familial consiste pour un particulier agréé par le Conseil Départemental à recevoir à son domicile, à titre onéreux, 1, 2, ou 3 personnes âgées ou adultes handicapés (4 à titre dérogatoire s'il s'agit d'un couple).</p> <p>En Côte-d'Or pour l'année 2018, on dénombre 60 accueillants agréés.</p> <p>L'accueil familial s'effectue en continu 7j/7, avec obligation de remplacement en cas d'absence de l'accueillant (maladie, congés).</p> <p>Le Conseil Départemental, par la cellule accueil familial adulte, d'une part, organise des formations initiales et des formations continues pour les accueillants familiaux, et contrôle les conditions d'accueil. D'autre part, il effectue le suivi social des personnes accueillies et apporte aides et conseils aux accueillants familiaux. Pour ce faire, les travailleurs sociaux interviennent régulièrement au domicile.</p>
Evolutions envisagées	Poursuivre la communication sur le dispositif de l'accueil familial
Financement et financeurs	<p>Le coût global d'un accueil familial s'élève à 1 900€/2 000€ par mois.</p> <p>Les personnes peuvent solliciter l'allocation logement, l'APA ou la PCH, l'aide sociale à l'hébergement.</p>
Points positifs et/ou bonnes pratiques à partager	<p>Accueillir la personne dans un cadre familial en l'associant à la vie de la famille : courses, sorties, temps conviviaux, ...</p> <p>Apporter un accompagnement personnalisé qui permet de développer ou maintenir l'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne, l'occupationnel et les loisirs</p> <p>Développer la vie sociale : activités avec l'accueillant familial ou seul à l'extérieur. Environ la moitié des personnes handicapées vieillissantes accueillies se rendent dans un lieu extérieur pour une activité (clubs de sport, GEM, MARPA, centre social, ...)</p>
Risques et/ou difficultés rencontrées et/ou limites	<p>Un dispositif méconnu qui nécessite la mise en place d'une communication importante en direction des personnes handicapées ou âgées qui ont besoin d'un lieu de vie avec un accompagnement adapté et des professionnels du secteur.</p> <p>La méconnaissance du métier restreint également les demandes d'agrément qui doivent évoluer afin de compenser la cessation d'activité lorsque les accueillants veulent faire valoir leurs droits à la retraite.</p> <p>Une localisation inégale des accueillants sur le département avec une localisation en majorité en milieu rural et un besoin complémentaire d'accueillants en milieu urbain.</p> <p>Le statut actuel des accueillants familiaux ne relève pas du Code du Travail mais du Code de l'Action Sociale et des Familles et entraîne une précarité du statut (pas de droit au chômage).</p>

Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	Une communication régulière auprès des professionnels du champ médico-social en allant les rencontrer et échanger sur nos missions respectives permet de faire connaître ce dispositif offrant une prise en charge globale individualisée dans un cadre familial d'une personne handicapée vieillissante.
Remarques complémentaires	
Contacts	<p>Nom : Service Droits et Orientations – Accueil Familial Adulte</p> <p>Adresse : Conseil Départemental de la Côte-d'Or Direction de l'Accompagnement à l'Autonomie 1 rue Joseph Tissot – BP 1601 – 21035 Dijon cedex</p> <p>Mail : dgsd.daa.sdo@cotedor.fr</p> <p>Téléphone : 03.80.63.64.14</p> <p>Site internet : www.cotedor.fr</p>

Réponses

MIXTES

fiche n°13

Indifféremment PA-PH

Intitulé du dispositif	Accueil Familial Adulte (Conseil Départemental 71)
Localisation	Saône et Loire (71)
Contexte de création/mise en place	Le développement de l'accueil familial s'inscrit dans un des axes du schéma pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées 2016-2018 et du plan solidarités 2020.
Objectifs de la démarche	Proposer des solutions alternatives à l'entrée en structure d'accueil collectif et adaptées aux personnes handicapées vieillissantes.
Périmètre du dispositif	<p>L'accueil familial ne nécessite pas de notification CDAPH. En revanche, il est souhaité qu'une orientation CDAPH en établissement soit notifiée, au cas où l'accueil familial ne réponde pas aux besoins de la personne accueillie.</p> <p>Les personnes handicapées peuvent être accueillies en accueil familial à l'exclusion des adultes handicapés, n'ayant pu acquérir un maximum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants (article L344-1 du CASF). Il s'agit principalement des adultes handicapés orientés en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS). Ces derniers peuvent toutefois faire l'objet d'un placement familial, à titre permanent ou temporaire, par et sous la responsabilité d'un établissement médico-social (article L441-3 du CAF).</p>
Nombre de personnes concernées et caractéristiques	110 personnes accueillies dont 67 personnes handicapées. L'accueil de personnes handicapées se fait essentiellement pour des personnes avec des troubles psychiques, psychologiques et/ou psychiatriques.
Nature des établissements d'origine ou « adresseurs »	CHS, entourage familial, foyer de vie
Plateau technique et partenariat	<p>Cellule accueil familial du CD 71.</p> <p>Procédure avec le CHS de Sevrey qui permet d'apporter un soutien et une aide dans l'accompagnement de la personne accueillie. Analyse de la pratique professionnelle proposée aux accueillants par le CHS en complément des formations organisées par le Département. Si besoin (en cas de décompensation, ...) la personne peut réintégrer le CHS.</p>

	<p>Depuis 1991, le Département de Saône-et-Loire délègue le suivi des accueillis et des accueillants à 3 associations dans le cadre d'une convention.</p> <p>Le Département garde la mission contrôle auprès des accueillants familiaux. Il organise les formations des accueillants.</p> <p>Des services d'aide à domicile peuvent intervenir en soutien aux accueillants familiaux. Le service HAD peut également intervenir, le SIAD, ...</p>
Description du fonctionnement	<p>L'accueil familial consiste pour un particulier agréé par le Président du Département à recevoir à son domicile, à titre onéreux, 1, 2, ou 3 personnes âgées ou adultes handicapés (4 à titre dérogatoire s'il s'agit d'un couple).</p> <p>En Saône-et-Loire pour l'année 2018, on dénombre 82 accueillants agréés, dont 10 couples.</p> <p>L'avis du médecin de la MDPH est sollicité pour l'entrée d'une personne handicapée en accueil familial. En 2017, 30 dossiers de demandes d'entrée en accueil familial pour adultes handicapés ont été instruits par la cellule accueil familial en lien avec la MDPH. 26 dossiers ont reçu un avis favorable et 6 personnes ont pu intégrer une famille d'accueil.</p> <p>L'accueil familial est en continu, l'accueillant nomme des remplaçants qui interviennent en cas de maladie, congés, ... Des relais auprès d'autres accueillants, des séjours adaptés peuvent également s'organiser.</p> <p>Depuis 2013 Subvention d'investissement accordée aux accueillants familiaux : Il s'agit d'une aide pour l'adaptation du logement pour subventionner des travaux de sécurisation et/ou d'amélioration de l'habitat. Subvention à hauteur de 80% du coût total des travaux, plafonnée à 6000€ sur 3 ans par foyer d'accueillant agréé.</p>
Evolutions envisagées	<p>Le développement de l'accueil familial en nombre (doubler le nombre d'agréments) et en modalités (création d'un service d'accueil familial salarié).</p>
Financement et financeurs	<p>Coût pour la personne accueillie : entre 1700 et 2100 €</p> <p>Les personnes handicapées accueillies rémunèrent l'accueillant avec leurs ressources (souvent AAH), elles peuvent demander la PCH, l'aide sociale à l'hébergement et l'aide au logement.</p>
Points positifs et/ou bonnes pratiques à partager	<p>Loi ASV :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Référentiel d'agrément, - Référentiel de formation : Mise en place de formations obligatoires : formation initiale obligatoire de 12 h et formation aux gestes de premiers secours pour tout nouvel accueillant avant le 1^{er} accueil, formation initiale de 42 h et formation continue de 12 h. - Intégration en annexe du contrat de la charte des droits et des libertés des personnes accueillies, de la liste des personnes qualifiées et du projet de vie. <p>Le Département met également en place de l'analyse de la pratique professionnelle en complément de celle proposée par le CHS de Sevrey.</p> <p>De nombreuses actions de communication pour faire connaître ce dispositif : plaquettes d'information, guide de l'accueillant familial, des réunions d'information, un film sur l'accueil familial diffusé sur la plateforme nationale IFREP, articles de presse, interventions de la cellule d'accueil familial auprès du public de Pôle emploi/organismes de formation, de professionnels d'établissements ...</p>

	<p>Analyse de la pratique par le CHS de Sevrey.</p> <p>Vérification auprès de la MDPH de la compatibilité de l'accueil familial et la personne concernée (type de handicap par exemple).</p>
Risques et/ou difficultés rencontrées et/ou limites	<p>Vieillessement des accueillants familiaux avec un fort ancrage affectif qui se crée. Cette relation engendre parfois un manque de distance et d'objectivité de la part des accueillants familiaux, d'où l'importance d'un suivi assuré par les services de suivi.</p> <p>Difficulté de trouver un nombre suffisant de familles pour couvrir l'ensemble des besoins du territoire.</p>
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	<p>Le partenariat avec le CHS, la journée du 14/12/2017 ouvert l'après-midi au grand public, la connaissance du dispositif de l'accueil familial apportée aux établissements, la participation à différentes réunions – rencontres avec les partenaires (habitat inclusif, résidence accueil et services...)</p>
Remarques complémentaires	
Contacts	<p>Nom : Sandrine Colombo</p> <p>Qualité : Gestionnaire administratif / suivi de l'Accueil familial</p> <p>Adresse : Département de Saône-et-Loire Espace Duhesme 18 rue de Flacé CS 70126 71026 Mâcon cedex 9</p> <p>Mail : acfa.paph@saoneetloire71.fr</p> <p>Téléphone : 03.85.39.56.18</p> <p>Site : www.cg71.fr</p>

LISTE DES SIGLES

AEHM : Association européenne des handicapés moteurs

AGGIR : Autonomie gérontologie groupes iso-ressources

AJ : Accueil de jour

AMP : Aide médico-psychologique

ARS : Agence régionale de santé

AS : Aide-soignant

CD : Conseil départemental

CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie pour les personnes handicapées

CH : Centre hospitalier

CHS : Centre hospitalier spécialisé

CHI : Centre hospitalier intercommunal

CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CREAI : Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

CRA : Centre ressources autismes

DTARS : Délégation territoriale de l'agence régionale de santé

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESMS : Établissement social et médico-social

ETP : Équivalent temps plein

ESAT : Établissement et service d'aide par le travail

FAM : Foyer d'accueil médicalisé

FAS : Foyer d'accueil spécialisé

FH : Foyer d'hébergement

FV : Foyer de vie

GEM : Groupe d'entraide mutuelle

GEVA : Guide d'EVALuation des besoins de compensation des personnes handicapées

GIR : Groupe iso-ressources

GMP : Gir Moyen Pondéré

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute autorité de santé

IDE : Infirmier diplômé d'état

IFSI : Institut de formation des soins infirmiers

MAP : Modèle d'accompagnement personnalisé

MARPA : Maison d'accueil rural pour les personnes âgées

MAS : Maison d'accueil spécialisée

ME : Moniteur éducateur

MDPH : Maison départementale pour personnes handicapées

PA : Personnes âgées

PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés

PH : Personnes handicapées

PHV : Personnes handicapées vieillissantes

PRS : Programme régional de santé

RDAS : Règlement départemental d'aide sociale

ROCS : Référentiel d'observation des compétences sociales

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

UPHV : Unité pour personnes handicapées vieillissantes

USLD : Unité de soins longue durée

ANNEXES

ANNEXE 1 : FICHES DE RETOUR D'EXPERIENCE



1- FICHE DE RECUEIL DE L'ARS EN AMONT DU TEMOIGNAGE

Description de l'organisation mise en place pour accompagner les personnes handicapées vieillissantes	
Objet de l'organisation	
Dates de réalisation du projet	
Contexte et objectifs de départ	
Localisation	
Acteurs impliqués (ES, ESMS, professionnels libéraux, réseaux) dans le projet	
Contact au sein de l'organisation	Nom : Qualité : Mail : Téléphone :
Site internet ou lien vers l'étude	
Description du fonctionnement	
Locaux	
Personnel	
Formation	
Organisation	
Financement par type de financeur	
Partenariats	
Utilisation d'outils d'évaluation	
Evolutions	
Commentaire	



2- FICHE DE PRESENTATION DU DISPOSITIF ELABOREE PAR LE CREA I

Réponses <i>Champ d'activité</i>		<i>Catégorie de structure</i>
Intitulé du dispositif		
Localisation		
Contexte de création/mise en place		
Objectifs de la démarche		
Périmètre du dispositif		
Nbre de personnes concernées et caractéristiques		
Nature des établissements d'origine ou « adresseurs »		
Plateau technique et partenariat		
Description du fonctionnement		
Evolutions envisagées		
Financement et financeurs		
Points positifs et/ou bonnes pratiques à partager		
Risques et/ou difficultés rencontrées et/ou limites		
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche		
Remarques complémentaires		
Contacts	Nom : Qualité : Adresse : Mail / site internet Téléphone :	

ANNEXE 2 : RECUEIL DES OUTILS D'ÉVALUATION UTILISÉS POUR ÉVALUER LES BESOINS DES PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES

1- LES GRILLES D'ÉVALUATION DU CHAMP GERONTOLOGIQUE

La grille AGGIR :

La grille Aggir est utilisée dans le cadre d'une demande d'allocation personnalisée d'autonomie (Apa).

Elle mesure les capacités de la personne âgée à accomplir :

- des activités corporelles et mentales (dites "discriminantes")

- Communiquer verbalement et/ou non verbalement, agir et se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes admises par la société
- Se repérer dans l'espace et le temps
- Faire sa toilette
- S'habiller, se déshabiller
- Se servir et manger
- Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale
- Se lever, se coucher, s'asseoir, passer de l'une de ces 3 positions à une autre
- Se déplacer à l'intérieur du lieu de vie
- Se déplacer en dehors du lieu de vie
- Utiliser un moyen de communication à distance (téléphone, alarme, sonnette, etc.) dans le but d'alerter en cas de besoin

- Des activités domestiques et sociales (dites "illustratives")

- Préparer les repas et les conditionner pour qu'ils puissent être servis
- Gérer ses affaires, son budget et ses biens, reconnaître la valeur monétaire des pièces et des billets, se servir de l'argent et connaître la valeur des choses, effectuer les démarches administratives, remplir les formulaires
- Effectuer l'ensemble des travaux ménagers courants
- Utiliser volontairement un moyen de transport collectif ou individuel
- Acheter volontairement des biens
- Respecter l'ordonnance du médecin et gérer soi-même son traitement
- Pratiquer volontairement, seul ou en groupe, diverses activités de loisir

Seules les 10 activités *discriminantes* sont utilisées pour déterminer le groupe "iso-ressources" (Gir) dont relève la personne âgée. Les 7 activités *illustratives* sont destinées à apporter des informations complémentaires à l'évaluateur pour mieux appréhender la situation globale de la personne.

Chaque variable peut prendre trois modalités : Pour chacune des variables et sous variables il convient d'évaluer adverbe par adverbe chaque activité, puis seulement dans un deuxième temps, en fonction de la réponse aux adverbes, de coder la variable par A, B ou C.

- A fait seul spontanément et totalement et habituellement et correctement

- B fait seul non spontanément et/ou partiellement et/ou non habituellement et/ou non correctement

- C ne fait pas seul ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement. Il faut faire l'activité à la place de la personne, ou « faire faire », ou encore « refaire », en totalité et à chaque fois.

« Spontanément » suppose qu'il n'existe pas d'incitation ou de stimulation

« Totalement » suppose que l'ensemble des activités du champ analysé soit réalisé, habituellement fait référence au temps et à la fréquence de réalisation,

« Correctement » recouvre trois aspects : la qualité de la réalisation, la conformité aux usages et la sécurité vis à vis de soi et les autres.

Caractéristiques du demandeur en fonction du Gir auquel il est rattaché	
Gir	Degrés de dépendance
Gir 1	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants - Ou personne en fin de vie
Gir 2	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, - Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	- Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage, - Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
Gir 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

La grille PATHOS :

Objectif : Evaluer le niveau de soins nécessaires pour la prise en charge de la poly-pathologie

le modèle PATHOS comporte :

- Un thésaurus de 50 états pathologiques représentant la très grande majorité des situations cliniques rencontrées en Gériatrie

- 12 profils de stratégie thérapeutique ou profils 2 de soins chaque état pathologique repéré étant caractérisé par un profil et un seul

- 8 postes de ressources ou postes de soins médico-techniques nécessaires (médecin gériatre, médecin psychiatre, soins infirmiers, rééducation, psychothérapie, biologie, imagerie, pharmacie et petit matériel)

Les 12 profils de soins sont les suivants :

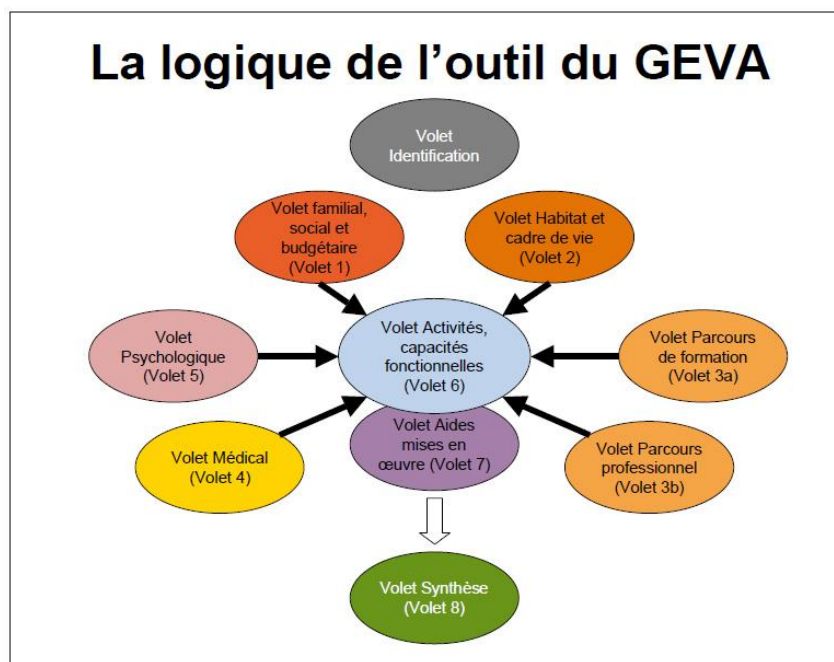
T1	Soins importants et multiples avec surveillance médicale quotidienne. Pronostic vital en jeu dans l'immédiat
T2	Équilibration et surveillance rapprochée Surveillance médicale pluri-hebdomadaire et permanence infirmière 24 h sur 24 requise le plus souvent
P1	Soins de prise en charge psychiatrique de crise, mais aussi de rechutes fréquentes
P2	Soins de prise en charge psychiatrique continue, soutien psychothérapique
R1	Rééducation fonctionnelle intensive, le plus souvent individuelle
R2	Rééducation fonctionnelle d'entretien, discontinuée ou allégée chez un patient ne pouvant supporter une rééducation intensive, parfois collective après évaluation individuelle
CH	Plaies, soins locaux complexes et longs (opérés récents, plaies importantes, dermatose), mobilisant l'infirmière au moins 20 minutes tous les deux jours
DG	Investigations pour un état non diagnostiqué
M1	Etat terminal soins psychothérapiques et/ou techniques lourds
M2	Etat terminal d'accompagnement sans soins techniques lourds conduisant au décès à plus ou moins longue échéance
S1	Surveillance épisodique programmée au long cours des affections chroniques stabilisées et de leurs traitements
S0	Absence de toute surveillance ou de traitement (pathologie séquellaire, traitement inutile ou inefficace...)

Le médecin évaluateur formé par l'ARS, et qui a pris connaissance des dernières recommandations de codage, a pour tâche de repérer les différents états pathologiques du patient et de caractériser chaque état pathologique identifié par son profil de stratégie thérapeutique, en respectant la notion de soins requis.

2- LES GRILLES D'ÉVALUATION DU CHAMP DU HANDICAP

Le GEVA (volet 6)

Le GEVA est le support de la démarche d'évaluation des besoins de la personne dans tous ses domaines de vie (activités quotidiennes, vie sociale, santé, travail, logement, etc.) Le volet 6 est celui qui est utilisé notamment pour l'attribution de la PCH.



Une adaptation du GEVA aux situations des personnes âgées, notamment pour outiller les gestionnaires de cas des MAIA dans leurs pratiques quotidiennes avait été un temps envisagé mais a été abandonnée

ROCS (Référentiel d'observation des compétences sociales)

Plusieurs ESMS utilisent ce référentiel. Il s'agit de clarifier les champs d'observation et d'évaluation des professionnels afin d'évaluer les compétences sociales des usagers.

Sa construction a prend appui sur l'ouvrage de Jacques Danancier « Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif – contextes, méthodes, outils ».

L'évaluation de la personne porte sur 5 dimensions composées de différents critères :

Vie quotidienne	Vie affective Epanouissement	Vie sociale et scolaire	Corps/Santé	Relations familiales
Capacité à se préparer	Gérer les conflits	Rapport aux lois	Alimentation	Relation à sa fratrie
Capacité à partager des temps communs	Image de soi	Scolarité	Rapport à sa santé	Arbre généalogique
Sommeil (endormissement)	Capacité à s'exprimer	Socialisation	Rapport au corps	Repères et réactions en lien avec les visites ou les hébergements
Respect des règles	Capacité à nouer des relations	Intégration	Schéma corporel Motricité	Maintien du lien
Gestion du temps libre	Expressions et contrôle des affects	Ouverture vers l'extérieur	Identité sexuelle	Relation, place dans la famille

Chaque établissement, dans le cadre d'un travail collectif décline ensuite ces critères en 5 degrés, depuis la capacité à faire les choses seul (degré 5) jusqu'à l'incapacité totale (degré 1 en passant par la possibilité de le faire avec de l'aide...)

Modèle d'Accompagnement Personnalisé (MAP)

Objectif : Evaluer les besoins des personnes afin de déterminer les actions à mettre en œuvre pour les satisfaire

Il fonctionne avec le logiciel Arcade mis en place par l'ADAPEI. Il est basé sur la grille AGGIR.

S'inspirant des mêmes bases que la grille « AGGIR », MAP s'enrichit de 5 grilles adaptées : « relations et comportements », « activités domestiques et sociales », « aptitudes dans l'exercice d'une activité », « activités mentales et corporelles » (AGGIR), « pôle sensoriel » ; avec 36 items au total

Chacun des items de ces grilles propose trois niveaux : « fait seul », « avec aide », « ne fait pas »

Relations et comportements		A	B	C
R1	Communication décodée			
R2	Sociabilité			
R3	Comportement psycho-affectif			
R4	Conscience de soi			
R5	Rapport au danger			
R6	Conventions sociales			
R7	Sexualité			
R8	Rapport à la nourriture			
R9	Agressivité			
Activités Domestiques et sociales (AGGIR)		A	B	C
D1	Gestion			
D2	Cuisine			
D3	Ménage			
D4	Transport			
D5	Achats			
D6	Suivi de la santé			
D7	Activité de loisir			
Aptitudes observées dans l'exercice d'activités		A	B	C
E1	Constance, continuité			
E2	Suivi des procédures			
E3	Exécution			
E4	Anticipation, initiative			
E5	Réalisation qualitative			
E6	Utilisation d'objets			
E7	Adaptation, formation			
Activités mentales et corporelles (AGGIR)		A	B	C
C1	Cohérence			
C2	Orientation			
C3	Toilette			
C4	Habillage			
C5	Alimentation			
C6	Élimination			
C7	Transferts			
C8	Déplacement intérieur			
C9	Déplacement extérieur			
C10	Communication à distance			
Pôle sensoriel		A	B	C
S1	Voir			
S2	Entendre			
S3	Parler			

"A" correspond à "fait seul, totalement, correctement, sans stimulation" et "C" à "ne fait pas". La modalité "B" correspond à "fait partiellement ou non habituellement ou non correctement". Ces modalités doivent être utilisées dans l'ordre : A, C, B.

3- LES GRILLES ELABOREES PAR LES STRUCTURES ELLES-MEMES

Les outils utilisés par l'accueil familial du CD 71

GRILLE D'EVALUATION DE LA DEPENDANCE PERSONNE AGEE OU ADULTE HANDICAPE

Nom et prénom de la personne accueillie : _____ Date de naissance : _____

Accueilli(e) chez : _____ Tél : _____

INDEMNITE POUR FRAIS D'ENTRETIEN COURANTS (À compléter par le service de suivi)

	REMUNERATION	
Alimentation	3 MG	
Chauffage et électricité	0,5 MG	
Alimentation spécifique (mixée, gélifiée, diabète...)	0,5 MG	
Problème incontinence	0,25 MG	
Chambre avec commodités (sanitaires...)	0,25 MG	
Autres pièces mises à disposition (petit salon...)	0,25 MG	
Transports de proximité occasionnels	0,25 MG	
Sous-TOTAL	5 MG	

Si le sous-total est inférieur ou égal à 4,00 MG et évaluation de l'incontinence de la personne accueillie à + 0,25 MG, possibilité d'ajouter 0,10 MG pour surcoût lié à la « Taxe ordures ménagères / incontinence »



Taxe ordures ménagères / incontinence <small>Uniquement lorsqu'une surtaxe est appliquée par la commune de résidence de l'accueillant familial, pour le traitement des ordures ménagères.</small>		0,10 MG	
TOTAL		5 MG	

INDEMNITE POUR SUJETIONS PARTICULIERES

(À compléter par le service autonomie/public PA - cellule accueil familial sur avis MDPH/public PH)

GIR 1=1,46 SMIC horaire		GIR 4= 0,73 SMIC horaire	
GIR 2 = 1,46 SMIC horaire		GIR 5 =0 ,37 SMIC horaire	
GIR 3 =1,09 SMIC horaire		GIR 6 = 0 ,37 SMIC horaire	

Pour information : À compléter par le service de suivi / service Autonomie

- ❖ Intervention totale ☐ ou partielle ☐ d'un infirmier ou d'un service de soins infirmier à domicile d'aide à domicile
- ❖ Intervention totale ☐ ou partielle ☐ d'un service de soin à domicile

CONCLUSION (À compléter par le service de suivi)

Rémunération journalière pour services rendus	2,5 SMIC/horaire
Indemnité pour frais d'entretien courants	
Indemnité pour sujétions particulières	
Chambre double <input type="checkbox"/> ou individuelle <input type="checkbox"/>	

APA : oui ☐ non ☐

Aide Sociale : oui ☐ non ☐

PCH : oui ☐ non ☐

FICHE AUTONOMIE

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse :

1 - MOBILITE- MANIPULATION

La personne peut-elle :	Seul(e)	Avec aide partielle ou incitation	Avec aide totale
se lever :			
- de la position couchée			
- de la position assise			
rester debout			
rester assis			
se déplacer :			
- dans le logement			
- à l'extérieur			
- utiliser des escaliers			
- conduire un véhicule			
- utiliser les transports en commun			
utiliser la pince pousse index			
soulever et transporter des objets			

2 - ENTRETIEN PERSONNEL

S'habiller ou se déshabiller			
- haut du corps			
- bas du corps			
- boutonner			
Se laver régulièrement			
- douche			
- bain			
faire ses courses			
- prévoir ce qu'elle doit acheter			
- payer à la caisse			
prendre ses repas			
- porter à sa bouche			
- couper ses aliments			
- se servir à boire, ouvrir les yaourts			
- préparer ses repas			
utiliser les toilettes			

3 - VIE QUOTIDIENNE- RELATION AVEC AUTRUI

prendre des initiatives			
se repérer dans les lieux			
faire des démarches administratives			
tenir propre son logement			
gérer son budget et payer ses factures			
sortir seul dans la rue sans angoisse			
attendre en salle d'attente ou à un guichet			
respecter le traitement prescrit par le médecin			

4 - COMMUNICATION

lire			
écrire			
parler			
compter			
téléphoner - répondre au téléphone			
utiliser un ordinateur			

5 - FATIGABILITE

précisez la distance au bout de laquelle la	Plus de 200 m
---	---------------

personne est obligée de s'arrêter	moins de 200 m
précisez le nombre d'étages que la personne peut gravir sans s'arrêter	
essoufflement au moindre effort même en parlant	

6 - UTILISATION D'UN APPAREILLAGE :

- ☐ 1 canne
☐ 2 cannes, déambulateur
☐ Fauteuil roulant manuel- électrique
☐ Appareil auditif
☐ Stomie urinaire, digestive ou trachéale
☐ Sonde urinaire
☐ Alimentation par gastro ou jéjunostomie
☐ Appareil de ventilation (précisez)
☐ Autres appareillages (précisez)

7 - ENVIRONNEMENT HUMAIN :

- Accompagnement : ☐ SAVS ☐ SAMSAH ☐ GEM ☐ autre précisez :
 - Suivi : ☐ Psychiatrique ☐ Psychologique ☐ Orthopédique ☐ autre précisez :
 - La personne bénéficie-t-elle de l'APA ☐ , de la Majoration Tierce Personne SS ☐ de la PCH ☐

8 - OBSERVATIONS OU MOTIFS DE LA DEMANDE DE REEVALUATION :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date de l'évaluation :

Un exemple d'outil utilisé par le GRD du foyer Chantournelle

NOM ET PRENOM DU RESIDENT :

CONSCIENCE ET COMMUNICATION DE SES BESOINS						
DOMAINE	COMPETENCE OU FONCTIONNEMENT OBSERVES	OUI	NON	Ne Sait Pas (NSP) Ou Non Observé (NO)	REMARQUES OU COMPLEMENT D'INFORMATIONS	OBJECTIFS DE TRAVAIL
COMMUNICATION <input type="checkbox"/> non évaluable <input type="checkbox"/> non évalué						
Niveau d'expression	possède le code ou/non. Comment ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	peut dire/stop ou refuser. Comment ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	peut exprimer : « je ne comprends pas ». Comment ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Peut exprimer un besoin primaire (faim, soif, sommeil, malaise, ...). Comment ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	peut signifier qu'il a mal (comment ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	peut dire/ou il a mal (comment ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	peut utiliser des formules de politesse (bonjour, au revoir, merci, s'il te plaît, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Peut formuler une demande :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/> d'aide. Comment ? <input type="checkbox"/> d'être avec quelqu'un (comment ?) <input type="checkbox"/> de faire quelque chose avec quelqu'un (comment ?) <input type="checkbox"/> de ne pas faire quelque chose avec quelqu'un (comment ?) <input type="checkbox"/> de faire quelque chose (comment ?)				
	peut expliquer quelque chose. Comment ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	peut demander des explications sur quelque chose. Comment ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	cherche à adapter son mode de communication pour mieux se faire comprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
persiste s'il n'est pas compris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/> manifeste de façon comportementale s'il n'est pas compris					
	<input type="checkbox"/> a accès à l'humour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
GOUTS <input type="checkbox"/> non évaluable <input type="checkbox"/> non évalué						

Date de la version :
Nom du résident :

DOMAINE	COMPETENCE OU FONCTIONNEMENT OBSERVES	OUI	NON	(NSP) ou (NO)	REMARQUES OU COMPLEMENT D'INFORMATIONS	OBJECTIFS DE TRAVAIL
	peut dire qu'il aime ou n'aime pas quelque chose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	peut dire qu'il préfère quelque chose à autre chose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	sait dire non quand il n'est pas d'accord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
EMOTIONS <input type="checkbox"/> non évaluable <input type="checkbox"/> non évalué						
	peut les nommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	peut les reconnaître sur des pictogrammes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	peut les reconnaître sur des photos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	peut les reconnaître sur le visage d'autrui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	peut exprimer ses émotions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	peut comprendre ses émotions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	peut associer des émotions à des situations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	manifeste de l'empathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
IDENTITE <input type="checkbox"/> non évaluable <input type="checkbox"/> non évalué						
	sait qu'il est un garçon ou une fille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	affirme une identité sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	sait donner son identité (nom, adresse, téléphone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	se situe dans la genéalogie familiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
ESTIME DE SOI <input type="checkbox"/> non évaluable <input type="checkbox"/> non évalué						
	a conscience de son handicap et de ses difficultés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	a confiance en soi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	sait s'affirmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
INTIMITE <input type="checkbox"/> non évaluable <input type="checkbox"/> non évalué						
	ferme la porte de sa chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	sait fermer la porte de sa chambre avec une clef	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	sait ouvrir la porte de sa chambre avec une clef	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	sait utiliser un verrou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	sait protéger son intimité physique (urdiéser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Date de la version :
Remplé par :

DOMAINE	COMPÉTENCE OU FONCTIONNEMENT OBSERVÉ	OUI	NON	(NEP) ou (NEG)	REMARQUES OU COMPLÉMENTS D'INFORMATIONS	OBJECTIFS DE TRAVAIL
	sait protéger son intimité psychique (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	sait protéger son domicile (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
SEXUALITÉ						
<input type="checkbox"/> Non évaluable <input type="checkbox"/> Non évalué						
	a un comportement amoureux adapté aux différents lieux et aux moments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	sait ce qu'est l'acte sexuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	sait que l'acte sexuel peut aboutir à une grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	est en capacité d'avoir des relations sexuelles avec un partenaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	a accès à la masturbation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
MEDICAMENTS						
<input type="checkbox"/> Non évaluable <input type="checkbox"/> Non évalué						
	comprend l'intérêt de prendre un traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	prend son traitement, suit des examens médicaux ou des soins sans difficulté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	peut demander un médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	peut demander à prendre son traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	peut signaler une erreur dans le traitement qui lui est donné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
DOULEUR						
<input type="checkbox"/> Non évaluable <input type="checkbox"/> Non évalué						
	peut dire qu'il ne se sent pas bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	sait dire qu'il a mal et où	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	peut utiliser un outil d'auto-évaluation de la douleur (lequel ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				utilisation possible de l'outil d'hétéro-évaluation (lequel ?)		

4- LES AUTRES GRILLES D'ÉVALUATION MENTIONNÉES : L'ÉVALUATION DES BESOINS FONDAMENTAUX

Grille Virginia Henderson

Selon le modèle de l'américaine Virginia Henderson, les besoins fondamentaux de l'être humain peuvent être classés selon une liste ordonnée que les professionnels de santé utilisent lors des soins d'une personne malade ou en bonne santé

Les 14 besoins fondamentaux :

I - Besoin de respirer

- 1 - Sans gêne
- 2 - Dyspnée.
- 3 - À besoin d'aide technique (aérosol).
- 4 - Ventilation assistée.

II - Besoin de boire et manger

- 1 - Mange seul.
- 2 - Installation/stimulation.
- 3 - À besoin d'aide partielle et/ou surveillance.
- 4 - À besoin d'aide totale (faire manger, nutripompe).

III - Éliminer (urines)

- 1 - Continence.
 - 2 - À besoin d'aide (wc avec aide, urinal, bassin).
 - 3 - Incontinence jour ou nuit.
 - 4 - Incontinence jour et nuit.
- Éliminer (selles)
- 1 - Transit normal.
 - 2 - À besoin d'aide (wc avec aide, bassin, laxatif).
 - 3 - Incontinence, diarrhée, constipation épisodique.
 - 4 - Incontinence en permanence.

IV - Se mouvoir et maintenir une bonne posture

- 1 - Se déplace seul.
- 2 - Se déplace avec aide (cane) ou avec une personne.
- 3 - Se déplace avec l'aide de deux personnes.
- 4 - Alité en permanence, lever interdit.

V - Dormir et se reposer

- 1 - Dort naturellement.
- 2 - Dort avec aide (médicament).
- 3 - Réveils fréquents.
- 4 - Insomnies fréquentes.

VI - Se vêtir et se dévêtir

- 1 - S'habille, se déshabille seul.
- 2 - A besoin du conseil d'un tiers, de surveillance.
- 3 - A besoin de l'aide partielle d'un tiers.
- 4 - A besoin d'une aide totale.

VII - Maintenir sa température

- 1 - Adapte ses vêtements à la température ambiante.
- 2 - Demande à être protégé.
- 3 - Incapable d'adapter ses vêtements à la température ambiante.
- 4 - Garde les vêtements qu'on lui enfile

VIII - Être propre, protéger ses téguments

- 1 - Se lave seul.
- 2 - A besoin d'être stimulé mais se lave seul.
- 3 - A besoin d'une aide partielle (une partie du corps).
- 4 - A besoin d'une aide totale pour se laver.

IX - Éviter les dangers

- 1 - Lucide.
- 2 - Confus et/ou désorienté épisodiquement.
- 3 - Confus et/ou désorienté en permanence.
- 4 - Coma, dangereux pour lui-même et pour les autres.

X - Communiquer

- 1 - S'exprime sans difficulté.
- 2 - S'exprime avec difficulté (bégaiement).
- 3 - A besoin d'une aide pour s'exprimer (ardoise, interprète).
- 4 - Ne peut pas s'exprimer (aphasie), ne veut pas s'exprimer.

XI - Agir selon ses croyances et ses valeurs

- 1 - Autonome.
- 2 - Est découragé, exprime sa colère, son angoisse.
- 3 - Éprouve un sentiment de vide spirituel.
- 4 - Demande une assistance spirituelle.

XII - S'occuper en vue de se réaliser

- 1 - Autonome.
- 2 - Triste, anxieux.
- 3 - Angoissé, opposant, se laisse aller.
- 4 - Négation de soi, désespoir.

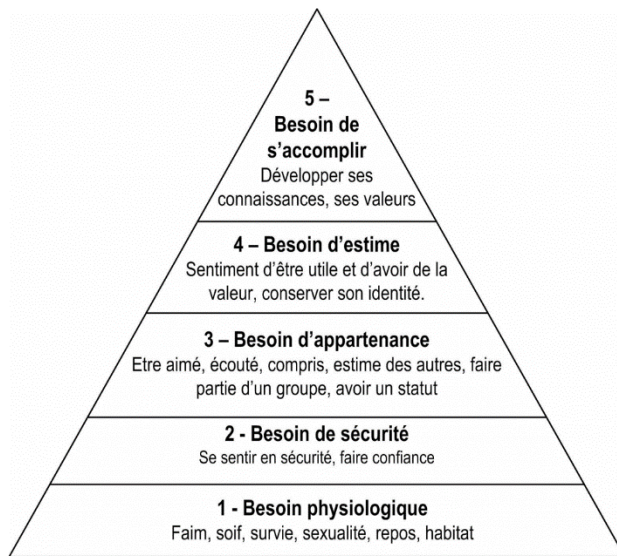
XIII - Besoin de se récréer, se divertir

- 1 - Autonome.
- 2 - Désintéressement à accomplir des activités récréatives.
- 3 - Difficulté/incapacité à accomplir des activités récréatives.
- 4 - Refuse d'accomplir des activités récréatives.

XIV - Besoin d'apprendre

- 1 - Se prend en charge.
- 2 - À besoin de stimulation.
- 3 - Apathique.
- 4 - Refus, résignation

La pyramide de Maslow



1. **- A la base de la pyramide on retrouve les besoins de maintien de la vie** (respiration, alimentation, élimination, maintien de la température, repos et sommeil, activité musculaire et neurologique, contact corporel, vie sexuelle). Ces besoins sont fondamentaux.

2. **L'étage au-dessus représente les besoins psychologiques** : de sécurité (protection physique et psychologique, emploi, stabilité familiale et professionnelle), de propriété (avoir des choses et des lieux à soi) et de maîtrise (pouvoir sur l'extérieur).

3. **Le 3ème étage est représenté par les besoins sociaux** : d'affectivité (être accepté tel que l'on est, recevoir et donner amour et tendresse, avoir des amis et un réseau de communication satisfaisant), d'estime de la part des autres (être reconnu comme ayant de la valeur) et d'appartenance (on vit en société et notre existence passe par l'acceptation des autres avec leurs différences, ainsi que par l'appartenance à un groupe).

Si ces besoins de base sont satisfaits, il y a apparition, selon ce que l'on appelle le principe d'émergence, d'autres besoins dits besoins secondaires de développement, qui sont plus de l'ordre de la réalisation de soi, comme être libre, que du comblement de manques.

4. **Le quatrième étage, c'est le besoin d'estime de soi-même** : sentiment d'être utile et d'avoir de la valeur, point de départ de l'acceptation de soi et du développement de l'indépendance.

5. Ce besoin une fois satisfait, on peut alors accéder au **sommet de la pyramide, arriver à la réalisation de soi** (accroître ses connaissances, développer ses valeurs, "faire du neuf", créer de la beauté, avoir une vie intérieure) ;

5- LES AUTRES OUTILS EXISTANTS MAIS NON MENTIONNES DANS LE GROUPE DE TRAVAIL (NON EXHAUSTIF)

Smafi : (Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle) : outil d'évaluation multidimensionnel standardisé

Importé du Canada, le SMAFI est destiné à mesurer l'autonomie fonctionnelle des personnes. Il est utilisé en France par quelques établissements pour personnes âgées et est expérimenté actuellement

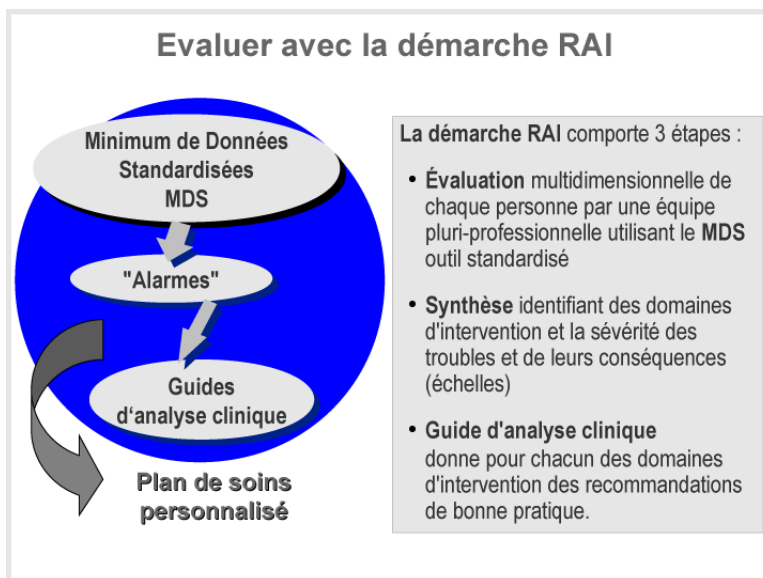
en Dordogne pour être utilisé auprès des personnes âgées et des personnes handicapées, en établissement et à domicile

La grille d'évaluation SMAF permet d'évaluer 29 activités regroupées en 5 dimensions de l'autonomie fonctionnelle :

- Activités de la vie quotidienne (AVQ)
- Mobilité
- Communication
- Fonctions mentales
- Activités de la vie domestique

RAI : Résident Assessment Instrument" traduit en "Méthode d'évaluation du résident"

Il s'agit d'un outil utilisé dans le champ gériatrique



CleanWeb - RAI-DOM - Pr. Jean-Claude HENRARD - Investigateur principal

Patients Suivi Données Gestion Aide

Nouveau pati... Synchroniser Imprimer Documents Sauvegarder Vérifier Liste patients

Référence : CAJ25/06/1928 Inclusion le : 18/02/13

A faire

Indicateurs : A compléter

Information d'identification

Dossier d'évaluation

- A. Contexte de l'évaluation
- B. Admission & Historique initial
- C. Cognition
- D. Communication et vision
- E. Humeur et comportement
- F. Bien être
- G. Etat fonctionnel**
- H. Continence
- I. Diagnostics médicaux
- J. Problèmes de santé
- K. Etat oral et nutritionnel
- L. Problème de peau
- M. Médicaments
- N. Traitements et procédures
- O. Responsabilités
- P. Soutiens sociaux
- Q. Evaluation de l'environnement
- R. Perspectives de sortie - état général
- T. Information sur l'évaluation
- Alarmes
- Scores
- Commentaires

G. Etat fonctionnel

Performance/ capacité pour les AVQ AVQ : Performance Locomotion Activité / Conduite
Réhabilitation fonctionnelle

2. Performance pour les AVQ durant les 3 derniers jours

- 2a. Bain douche : Assistance importante
- 2b. Hygiène personnelle/soins : Assistance importante
- 2c. S'habiller la partie supérieure du corps : Assistance partielle
- 2d. S'habiller la partie inférieure du corps : Assistance partielle
- 2e. Marcher : Aide à la préparation seulement
- 2f. Locomotion : Aide à la préparation seulement
- 2g. Transfert vers et depuis les toilettes : Supervision
- 2h. Utilisation des toilettes : Supervision
- 2i. Mobilité dans le lit : Indépendant
- 2j. Alimentation : Indépendant

Ci-dessus les 18 sections du MDS, les alarmes et scores des échelles

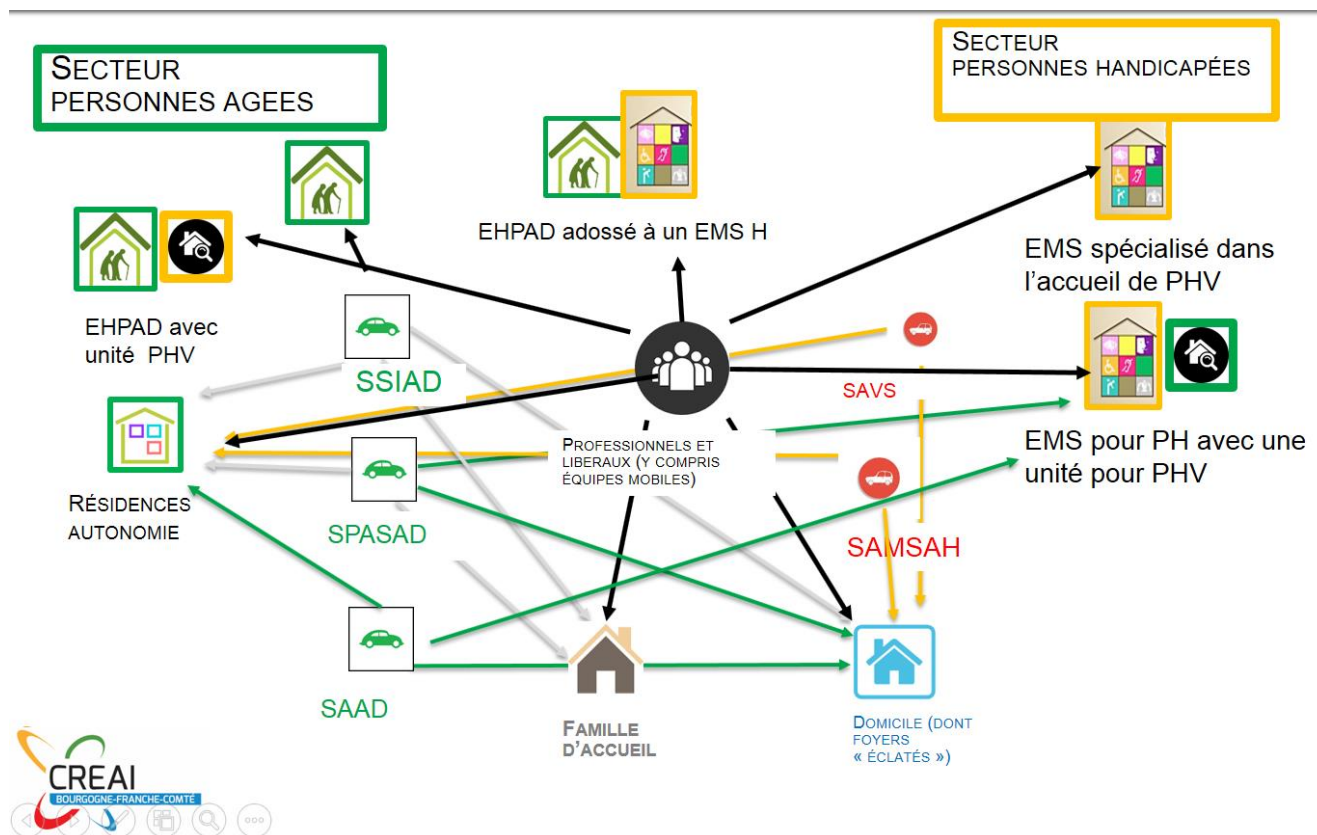
Ci-dessus les 10 items de performance pour les activités de la vie quotidienne (AVQ)

L'échelle IADL de Lawton

Elle est utilisée dans le champ gériatrique. Elle est essentiellement axée sur le comportement habituel de la personne et évalue essentiellement le niveau de dépendance d'un patient à travers l'appréciation des activités de la vie quotidienne.

- Elle se compose de **deux parties** :
 - 1- une **échelle d'autonomie physique** issue des travaux de Katz, appréciant la capacité à faire sa toilette, s'alimenter, s'habiller, se mouvoir. [IADL](#).
 - 2 - une **échelle estimant les activités instrumentales**. [IADL-E](#)
 - L'aspect "instrumental" fait référence à ces activités quotidiennes essentiellement gouvernées par des fonctions cognitives, telles que faire des achats, utiliser des transports en commun, cuisiner, faire son ménage ou sa lessive, utiliser le téléphone, prendre des médicaments, gérer son budget... Ces activités sont complexes dans le sens qu'elles nécessitent une certaine habileté, une certaine autonomie, un bon jugement et la capacité de structurer des tâches.
- Plutôt que d'apprécier directement et isolément des capacités telles que la mémoire ou d'autres fonctions cognitives, cette échelle les évalue d'une façon indirecte à travers un ensemble d'activités courantes de la vie quotidienne.

ANNEXE 3 : SCHEMA THEORIQUE DES REPONSES POSSIBLES



Ce schéma a été élaboré par le CREAI pour tenter d'illustrer sur le plan théorique, les différentes possibilités actuelles d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes, dont la plupart ont été présentées au cours des 5 séances de travail organisées par l'ARS sur la thématique du vieillissement des personnes handicapées :

- solutions portées par le secteur des personnes âgées
- solutions portées par le secteur des personnes handicapées
- solutions mixtes
- établissements et/ou services intervenant sur les différents lieux de vie des personnes
- solutions d'hébergement intermédiaires (familles d'accueil, habitat inclusif)

