



Cahier des charges

de la prise en charge de
personnes handicapées
vieillissantes (PHV)

Juin 2014

Sommaire

Sommaire	2
I – LES OBJECTIFS DE L’ACCUEIL DES PHV	4
II – LE PROJET D’ETABLISSEMENT	5
III - LE PROJET DE VIE	5
IV – LES ACTIVITES	5
V – LE PROJET DE SOINS	6
VI – PROCEDURE D’OUVERTURE ET D’AUTORISATION	6
VII – CAPACITE D’ACCUEIL.....	7
VIII – LES CRITERES D’ADMISSION	7
IX - L'ADMISSION	7
X – LES LOCAUX	8
XI – LE MATERIEL AFFECTE AU FOYER DE VIE.....	8
XII – LE PERSONNEL	9
XIII – LE FINANCEMENT	10
XIV – PARTENARIAT ET CONVENTION FORMALISES	10
XV - L'EVALUATION	11
<i>CONCLUSION</i>	11

PREAMBULE :

Une personne handicapée vieillissante est « une personne qui était porteuse d'un handicap avant de vieillir ». Le vieillissement est une perte d'autonomie liée à un déclin des fonctions physiologiques voire mentales.

«Une personne handicapée vieillissante est une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap, quelle qu'en soit la nature ou la cause, avant de connaître par surcroît les effets du vieillissement. Ces effets consistent, plus ou moins tardivement en fonction des personnes, en l'apparition simultanée :

- d'une baisse supplémentaire des capacités fonctionnelles déjà altérées du fait du handicap.
- d'une augmentation du taux de survenue des maladies liées à l'âge, maladies dégénératives et maladies métaboliques, pouvant aggraver les altérations de fonction déjà présentes ou en occasionner de nouvelles.
- mais aussi d'une évolution de leurs attentes dans le cadre d'une nouvelle étape de vie, sachant que les modalités d'expression de ces attentes seront très variables en fonction des personnes et de la situation de handicap dans laquelle elles se trouvent

Le tout pouvant se conjuguer jusqu'à entraîner une réduction du champ des activités notamment sociales, que cette réduction soit d'origine personnelle (capacitaire ou liée à une modification des attentes) ou environnementale (liée aux possibilités offertes par l'environnement et ses éventuelles évolutions).

Cette définition impose une prise en compte du vieillissement comme phénomène individuel, influencé par l'histoire et l'environnement de la personne, se traduisant en termes de perte d'autonomie.»

I – LES OBJECTIFS DE L'ACCUEIL DES PHV

Pourquoi cet accueil ?

L'allongement de l'espérance de vie, dû en grande partie à l'amélioration de la prise en charge des personnes handicapées crée un nouveau besoin.

- Les foyers d'hébergement et les ESAT (anciens CAT) ne peuvent plus accompagner les personnes handicapées en incapacité de travailler ou ayant atteint l'âge de la retraite.
- Les EHPAD ont l'expertise dans le domaine de l'accueil des personnes âgées.
- Les foyers de vie (non médicalisés) ne peuvent garder les personnes handicapées vieillissantes quand leur état de santé nécessite une médicalisation importante.

Faut-il envisager un accueil des personnes handicapées vieillissantes au sein d'un EHPAD ou créer une unité autonome ?

En s'appuyant sur l'expérimentation menée depuis 4 ans à la résidence du « Clos de l'Oseraie » à Osny (Val d'Oise) : un foyer de vie adossé à un EHPAD (ouverture en avril 2010), le groupe de travail du REGIES-95 propose ce cahier des charges pour cette configuration, en améliorant l'existant.

L'accueil souhaite répondre à plusieurs objectifs :

Pour les usagers :

- Permettre à ceux qui étaient en institution de garder ou recréer un lien social.
- Permettre à ceux qui sont restés à domicile de rompre l'isolement.
- Maintenir une continuité du parcours de vie ainsi que les acquis sociaux, culturels...
- Éviter plusieurs réorientations

Pour les familles :

- Assurer le relais par une réponse adaptée suite à l'incapacité ou à la disparition des parents et garantir un accompagnement médico-social.
- Permettre un accueil conjoint (parents/enfant)

Pour les autorités de tarification et de contrôle :

- Enjeu de santé publique : pour répondre à un manque de suivi médical et partager une expérience gériatrique
- Enjeu financier: mutualiser le plateau technique médical de la structure, les moyens et les ressources humaines.

Passage à une convention tripartite entre ARS, CG (MDPH et DPA) et l'établissement.

II – LE PROJET D'ETABLISSEMENT

Le projet spécifique du foyer de vie doit s'articuler avec le projet de l'établissement. Les projets seront adaptés à chacune des populations accueillies et requièrent en conséquence, une mobilisation de moyens.

III - LE PROJET DE VIE

Le projet de vie tient compte de l'histoire antérieure de la personne recueillie par un questionnaire lors de l'admission.

Les personnes handicapées sont, pour la majorité d'entre elles, habituées à la vie sociale institutionnelle, contrairement aux personnes âgées dépendantes qui vivaient à domicile. Il existe chez les personnes handicapées un fort sentiment d'appartenance au groupe et une habitude de vie en collectivité.

Les personnes handicapées avaient déjà un projet de vie en institution. Elles ont été habituées à une prise en charge sociale individualisée. Le projet de vie sera actualisé et adapté.

L'arrivée de personnes handicapées vieillissantes (+ ou – 60 ans) (*pour exemple : moyenne d'âge de 56 ans en 2013 au Clos de l'Oseraie*), plus jeunes que les résidents en EHPAD (+ ou – 85 ans) apporte du dynamisme. Le lien inter-générationnel fabrique du lien social générant notamment un sentiment d'utilité.

L'inscription de ce Foyer de vie au sein de l'EHPAD permet d'éviter la multiplication des ruptures du fait du vieillissement.

Tout en respectant la personnalité de chacun, des programmes variés en relation avec le projet de soins, sont proposés, toujours dans un but de stimulation et de préservation des activités de la vie quotidienne : activités à thème, cuisine, arts, jeux, lecture, activité physique...

Bien que le projet de vie possède un caractère communautaire, il est indispensable de le personnaliser en respectant l'individu, son état de santé, son histoire, ses choix et ses préférences.

Ce projet individuel doit être régulièrement réévalué selon l'évolution de la personne.

IV – LES ACTIVITES

Elles seront définies en fonction de chaque institution ; les fondements en sont :

- La vie en collectivité
- La préservation des acquis de la vie quotidienne
- La stimulation cognitive
- L'ouverture sur l'extérieur
- Les échanges avec d'autres structures et le maintien avec les anciennes structures

V – LE PROJET DE SOINS

S'inscrivant dans une continuité de soins, celui-ci ne peut s'élaborer qu'en coopération avec les différents partenaires : famille et/ou responsable légal, aidants, médecin traitant, la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), acteurs professionnels et bénévoles, établissements et associations du département.

Lors de l'admission, une évaluation du handicap et une évaluation gériatrique faites par une équipe pluridisciplinaire permettront de mettre en place les objectifs de soins.

Ces évaluations prennent en compte :

1) Prévention des risques liés à l'âge et au handicap :

- Accompagnement des actes simples de la vie quotidienne
- Particularité de la prise en charge psychiatrique
- Nutrition, adaptation des textures et régime alimentaire
- Surveillance et prévention de l'état bucco-dentaire
- Surveillance et prévention de l'état orthopédique et troubles de l'équilibre
- Surveillance et prévention des troubles sensoriels
- Repérage des signes de fragilité
- Dépistage des troubles cognitifs

2) Communication entre les différents partenaires :

- Coordination des soins en relation avec l'équipe éducative
- Relation avec le service hospitalier lors des hospitalisations
- Accompagnement lors de visites médicales
- Convention avec le secteur psychiatrique

3) Mise en œuvre des moyens en adéquation avec le dépistage :

- Rééducateurs
- Psychologues
- Éducateurs
- Diététiciens
- Dentistes
- Podologue/Pédicures
- Coiffeurs/esthéticiens
- Médecins psychiatres

VI – PROCEDURE D'OUVERTURE ET D'AUTORISATION

Il existe deux moyens d'obtenir une autorisation :

- Répondre à un appel à projet émanant de l'ARS ou du CG
- Transmettre un dossier qui permet de répondre à une problématique relevée dans le schéma départemental ou dans le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS)

Pour créer un foyer de vie adossé à un EHPAD, il faut l'intégrer dans le projet d'établissement.

VII – CAPACITE D'ACCUEIL

Les unités de vie de 12 personnes sont adaptées tant au point de vue organisationnel que gestionnaire.

2 places supplémentaires seront réservées pour des accueils temporaires, des accueils d'urgence et de stages d'évaluation.

Au total, il s'agit d'une unité de 14 lits.

VIII – LES CRITERES D'ADMISSION

Il doit y avoir une orientation CDAPH « EHPAD avec dérogation d'âge », mais le dossier d'admission unique national sera également rempli pour la partie administrative.

Le pouvoir de décision final appartient à l'EHPAD qui peut donc refuser une personne handicapée qui ne correspondrait pas au projet de l'unité.

L'admission doit donc se faire en adéquation avec le projet de vie, en lien avec des critères psychologiques permettant ou non l'adaptation.

Elle répond à la question : « En quoi cette personne handicapée est-elle vieillissante ? ». L'établissement peut-il répondre à ses besoins ?

- ➔ Orientation CDAPH
- ➔ Dossier EHPAD en vue du passage en commission d'admission de l'EHPAD
- ➔ Grille GEVA A
- ➔ Dossier médical
- ➔ Synthèse éducative
- ➔ Privilégier le recrutement de proximité

IX - L'ADMISSION

- ➔ Rencontre obligatoire de l'utilisateur dans son milieu d'origine et création d'un lien avec l'équipe éducative ou psychiatrique
- ➔ Une visite de l'établissement sera proposée au résident avec sa famille et/ou représentant légal et/ou l'équipe éducative
- ➔ Mise en place d'un stage d'évaluation obligatoire pour « l'utilisateur », d'une durée de 1 mois, renouvelable 1 fois.
- ➔ Les accueils temporaires et d'urgence seront également d'une durée de 1 mois, renouvelable 1 fois.

Un stage d'évaluation est obligatoire avant que le résident et l'établissement valident l'accueil définitif. Avant la fin de cette période, un entretien d'évaluation avec le résident et sa famille et/ou représentant légal sera fait. Une réunion d'équipe sera également à prévoir afin de valider ou non l'admission définitive.

X – LES LOCAUX

Les locaux du foyer seront différenciés matériellement avec une signalétique adaptée.

1) Espace privatif :

- Chambres individuelles avec salle de bain.

2) Espaces affectés au foyer de vie :

- Cuisine thérapeutique et d'apprentissage
- Pièce « à vivre » de 100 m²
 - a. Permettant d'accueillir une vingtaine de personnes (lieu de vie).
 - b. Préservant l'intimité, la discrétion, le respect de la personne.
 - c. Intégrant des espaces de salon (bibliothèque), d'activités et de restauration
- Salle d'activités
- Salle de soins
- Bureau des éducateurs
- Local ménage
- Local de stockage.

3) Espaces communs

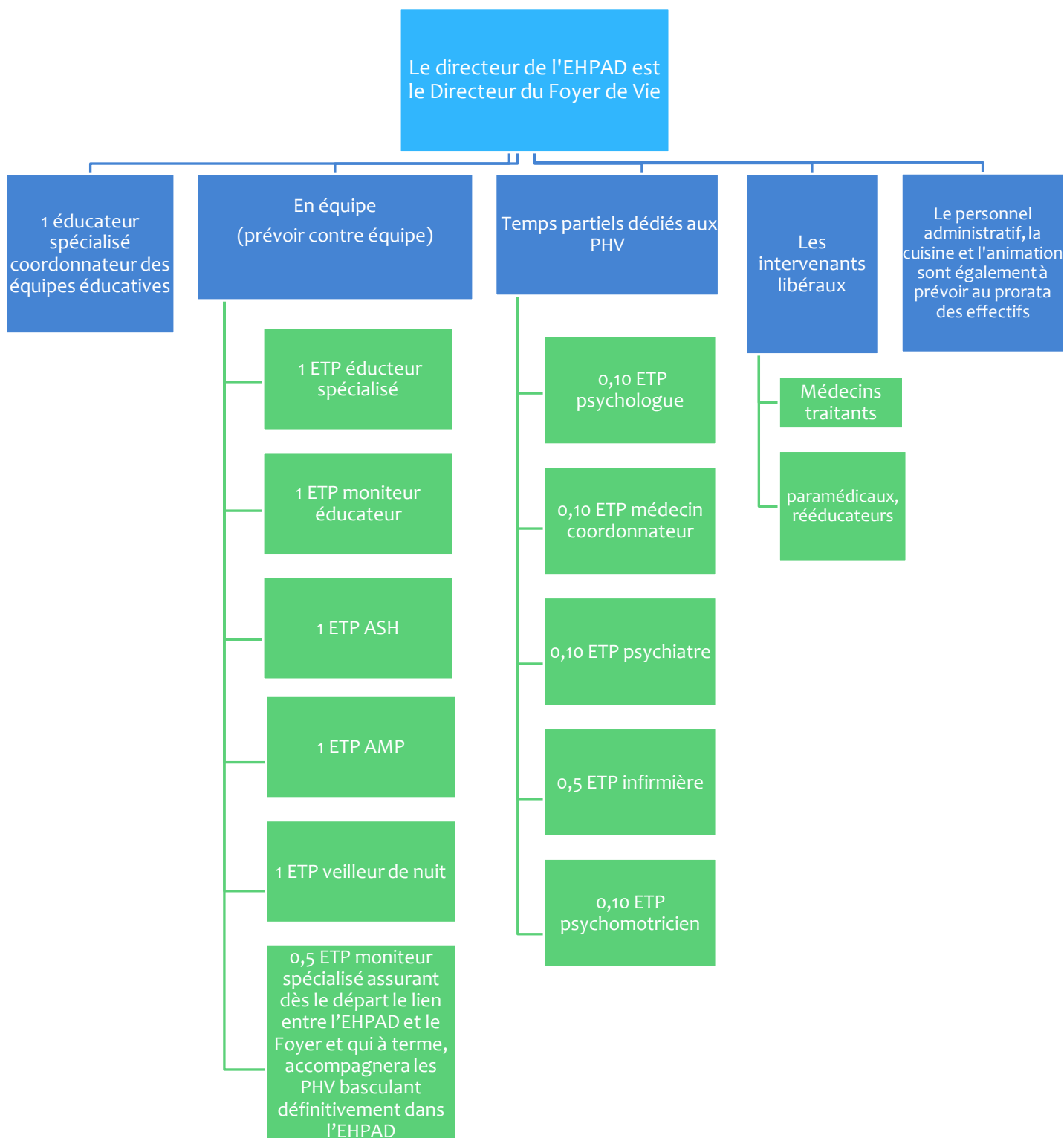
- Salle «exercice physique»
- Salle balnéo bien-être
- Espace pour l'accueil des familles et proches
- Salle de réunion
- Toilettes hommes + femmes. Pour les visiteurs, à confronter à la réglementation.

XI – LE MATERIEL AFFECTE AU FOYER DE VIE

- Minibus 9 places + 1 véhicule léger
- Equipement bureautique (ordinateur, logiciel, accès internet...)
- Mobilier de bureau
- Aménagement de la salle de soins
- Aménagement de la pièce à vivre
- Equipement de la cuisine thérapeutique
- Equipement de la salle d'activité
- Matériel de bien être
- Vélos
- Télévision
- Vidéo projecteur
- Jeux de boules, de quilles, de société
- Table de jeux
- Babyfoot
- Matériel de jardinage
- ...

XII – LE PERSONNEL

Le personnel proposé est pour 14 résidents maintenus au sein du foyer de vie, organisé en 2 équipes en fonctionnement alterné.



L'équipe dans son ensemble a pour but d'accompagner au quotidien les résidents accueillis.

L'infirmière est garante de la création du dossier médical du résident à son arrivée et de son suivi : calendrier des bilans, prises de RDV, rédaction du suivi, renseignements du logiciel de soins pour la traçabilité des soins, accompagnement lors des RDV, prise de médicaments,

interface auprès du médecin coordonnateur, diagnostic infirmier (filtre), reconnaissance auprès des résidents et de leurs familles.

Le psychologue a pour mission l'accompagnement des résidents.

Le médecin coordonnateur coordonne le suivi médical de tous les résidents. Il établit le projet de soins du résident en lien avec tous les intervenants extérieurs.

Le psychiatre apporte l'expertise et un soutien à l'équipe. Il peut également intervenir en cas d'urgence.

Le psychomotricien a pour mission l'accompagnement psychomoteur des résidents les plus en difficulté.

Le choc des cultures institutionnelles sera pris en compte au moment du recrutement des personnels : les éducateurs spécialisés ne sont pas formés à une prise en charge gériatrique. L'acceptation du vieillissement et de la mort sont à appréhender.

La confrontation au quotidien, la mixité des cultures professionnelles, les passerelles professionnelles entre l'EHPAD et le Foyer de Vie, ainsi que la formation, seront des prérequis sur lesquels s'appuyer pour faire vivre le projet.

XIII – LE FINANCEMENT

Évaluation du coût en termes

- d'équipement
- d'installation
- de salaires en coût réel
- de fonctionnement
- de fournitures

Établissement d'un budget prévisionnel,

en tenant compte de l'incidence des investissements et de l'éventualité d'une progressive montée en charge de l'activité.

La tenue d'une comptabilité analytique à l'ouverture, est indispensable.

Financement de l'organisation :

La convention tripartite définira le tarif applicable pour une PHV qui passe du foyer de vie à l'EHPAD.

XIV – PARTENARIAT ET CONVENTION FORMALISES

- Conseil Général
- ARS
- REGIES 95
- Coordination 95
- Les établissements d'origine des résidents.
- Les différentes instances avec lesquelles l'EHPAD a signé des conventions (Hôpital, Clinique, Equipe mobile de psychiatrie ou de soins palliatifs, Pharmacie, ...)
- Les différents centres de formation
- CCAS des communes

XV - L'EVALUATION

Une évaluation de l'activité de la structure doit être prévue et comporter :

- les statistiques de fréquentation
- le recueil de satisfaction des familles, des usagers et des acteurs locaux – rapport
- une évaluation du service rendu auprès des partenaires
- un rapport d'activité annuel

CONCLUSION

La proposition de ce cahier des charges est la synthèse d'un groupe de travail pluridisciplinaire qui s'est appuyé sur l'expérience de professionnels provenant de deux secteurs, gériatrique et handicap.

La structure proposée a pour vocation de permettre l'accueil d'une catégorie de population qui à l'heure actuelle, ne trouve pas sa place dans les établissements existants.

Adosser un foyer de vie à un EHPAD permet de conjuguer l'expertise gériatrique avec celle du handicap. Cette mutualisation enrichit chacune des populations accueillies et les professionnels de chaque secteur.

De plus, cette structure apporte une réponse graduelle et continue dans l'accompagnement de la personne handicapée vieillissante.

ANNEXE 1

JOURNEE TYPE

7h30 (arrivée de l'AS ou ME) – 7h45 (départ du veilleur de nuit) : Transmissions entre équipe de nuit et de jour.

7h45 - 8h15 : Lever au rythme de chacun.

8h30 : Arrivée de l'éducateur

8h15 – 9h15 : Petit déjeuner en fonction des levés des résidents.

9h30 : Arrivée de l'éducateur coordinateur

9h15 – 10h30 : Accompagnement à la douche, temps libre en attendant les accompagnements (revue de presse, lecture, repos...)

10h30 : Arrivée de l'AS ou ME

10h30 – 10h45 : Transmissions avec tous les membres de l'équipe

10h45 – 12h : Activités proposées par l'équipe seulement au foyer de vie, sortie en autonomie pour certains.

12h – 13h30 : mise de table et déjeuner tous ensemble en salle à manger.

13h30 – 14h30 : Temps de repos et détente

14h30 – 16h : - Activités et sorties proposées par l'équipe au sein du foyer de vie.
- Activité avec l'EHPAD pour certains résidents. (Chant, Loto, Musique, jeux de société, atelier culinaire...) 1 fois par semaine minimum.

16h – 18h : Goûter et moment d'échange

18h : Départ de l'AS ou ME et de l'éducateur coordinateur

18h – 19h : Accompagnement aux douches et moment devant la télévision. Transmissions écrites de la journée par l'éducateur.

19h : Départ de l'éducateur

19h – 20h : Dîner

20h – 20h45 : Échange devant les informations, hygiène bucco-dentaire.

20h45 (arrivée du veilleur) – 21h (Départ de l'AS ou ME) : Transmissions entre équipe de jour et de nuit

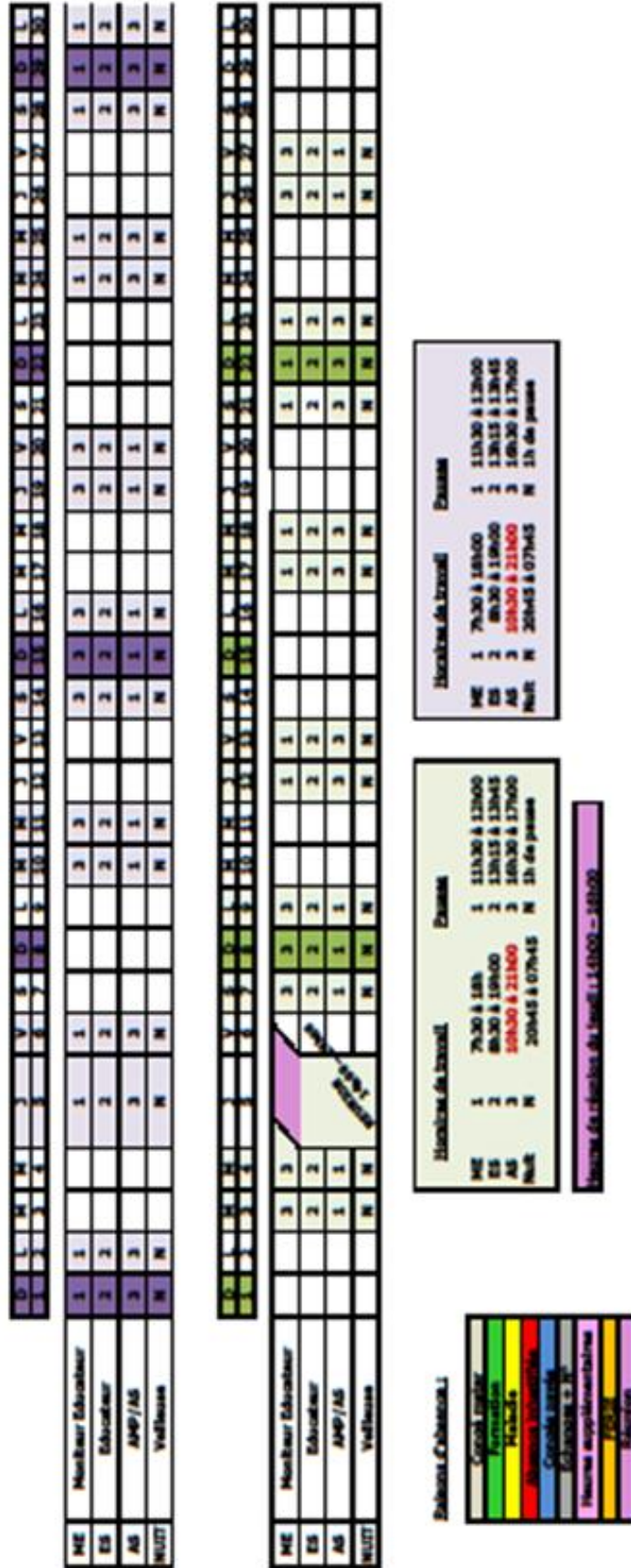
21h – 22h : Moment devant la télévision pour certains et accompagnement au couché pour d'autres.

22h – 7h30 :

- Tour des chambres pour s'assurer que tous sont présents et que les télévisions et lumières sont bien éteintes.
- Prendre connaissance des transmissions écrites.
- Faire des rondes régulières afin d'être sur que tout le monde dort bien.
- Faire le ménage dans le couloir, la grande pièce à vivre (sol et tables), le poste de soin, la salle d'activité et le bureau des éducateurs.
- Penser à descendre le conteneur de linge le mercredi et dimanche.
- Nettoyer les fauteuils le mardi et les chaises le vendredi.
- Faire les transmissions écrites sur informatique.
- Préparer le café pour le petit déjeuner.
- Accompagner à la douche les résidents si nécessaire à leur réveil.
- Transmission orale avec le membre de l'équipe de jour.

ANNEXE 2 Planning mensuel, exemple

PLANNING FOYER DE VIE - Juin - 2014



Horaires: Educ CO/ Lundi au Vendredi de 9h30 à 18h