



# Hôpital

d'île de france

revue trimestrielle de la FHF Île-de-France N°43 - juin 2008



dossier

Des opportunités à saisir dans  
le secteur social et médico-social



L'invité

**Jean-Marie Vetel**

*" L'objectif n'est pas de sauver l'hôpital,  
l'objectif est de sauver les malades. "*

actualités FHF-IDF

# Rapport LARCHER : la place du Médico-Social renforcée

Ce rapport accorde une place remarquable au médico-social.

Parmi les recommandations effectuées, on notera le souhait de :

- Favoriser l'adéquation des prises en charge en développant une offre d'aval adaptée grâce au redéploiement de l'offre vers le moyen séjour et le médico-social.
- Assurer la continuité du parcours de soins entre hôpital, médecine de ville, moyen séjour, institutions sociales et médico-sociales, mieux intégrer la dimension sociale et médico-sociale de l'hospitalisation.

Les propositions intéressant le secteur médico-social sont les suivantes :

## Améliorer l'accueil et la coordination

Le rapport part du constat que le système de santé français peine à organiser le parcours du patient (ville, court séjour, moyen séjour, médico-social, domicile). L'hôpital n'organise pas l'accueil des personnes âgées et handicapées de manière spécifique. Ceci implique d'identifier les personnes "référentes ou aidantes", de développer les relations avec le médecin traitant, l'infirmier libéral ou la structure médico-sociale en charge de la personne, d'organiser le parcours de soins en relation avec les référents et les professionnels de santé habituellement en charge de la personne.

## Favoriser le redéploiement de l'offre vers le moyen séjour et le médico-social

La planification doit offrir un cadre de réponse stratégique et les recompositions, y compris vers le médico-social, et une meilleure réponse aux besoins de la population. Une vision de la médecine donnant un primat à sa dimension technique, au détriment de soins pourtant fondamentaux pour les patients : médecine de réadaptation, gériatrie, suivi des maladies chroniques, prise en charge médico-sociale doit être révisée. L'évolution du droit de l'autorisation, permet aux établissements hospitaliers de procéder plus facilement aux transformations nécessaires des lits de court séjour en places d'hébergement médico-social (EHPAD ou MAS). Afin de favoriser la conversion de structures hospitalières en structures médico-sociales, le rapport propose de mettre en place des éléments de politique qui reposent sur une amélioration de la programmation, en établissant des liens forts entre programmation sanitaire et médico-sociale, et d'assurer la **fongibilité des enveloppes** au niveau régional.

## Mieux intégrer la dimension sociale et médico-sociale de l'hospitalisation

Pour les personnes âgées, les handicapés, les malades en situation d'invalidité, la coupure, autant institutionnelle que culturelle, entre les domaines sanitaire, social et médico-social est un obstacle à une bonne coordination des prises en charge qui obéissent à des logiques différentes alors que l'approche pluridisciplinaire devrait être similaire. Les défauts de continuité des soins concernent essentiellement les personnes dont le parcours les mène de la ville à l'hospitalisation, puis vers le domicile ou une structure de suite : personnes âgées, handicapées, mais aussi personnes atteintes d'affections invalidantes. Il s'agit, au regard des spécificités de l'action médicosociale, de lutter contre une vision essentiellement médicale de la personne pour **promouvoir une analyse « situationnelle »** intégrant les conditions de logement et les besoins d'accompagnement ou de facilitation de la vie quotidienne tenant compte du support familial ou relationnel.

L'extension de la compétence des ARH au secteur médico-social (ARS) est en marche. Toutefois, l'organisation des relations entre l'agence et les départements devra être précisée en tenant compte de deux facteurs :

- Sur le plan de la **planification**, dans le champ du handicap et des personnes âgées (PRIAC), les compétences de la DRASS pourraient être transférées à l'agence, en assurant le partenariat avec les conseils généraux et le pilotage national de la CNSA. Il sera nécessaire de construire une relation entre l'Agence régionale et les Conseils généraux permettant un décloisonnement entre les secteurs.

Ceci suppose de régler des questions de zonage, afin d'avoir une programmation cohérente entre l'Etat et le département pour favoriser les redéploiements des structures hospitalières et assurer une réponse adaptée aux besoins de la population.

- S'agissant de la **tarification des établissements médico-sociaux** financés par l'assurance maladie, un choix devra être fait entre le maintien de cette compétence à l'Etat et une dévolution aux conseils généraux, avec le souci d'assurer la fongibilité des enveloppes.

Les évolutions de l'offre de soins doivent ainsi déborder le strict cadre sanitaire pour intégrer la dimension sociale du système de santé dans un environnement marqué par le vieillissement de la population, la fragilité de certains patients et la précarité (fonction sociale de l'hôpital, accessibilité des établissements de santé et accueil des accompagnants, conditions d'hospitalisation des PA, filières courtes d'hospitalisation des PA, accompagnement du retour au domicile avec les professionnels libéraux et les structures associatives, communales et intercommunales).

## Structurer la coordination des prises en charge

Les propositions faites reposent sur la mise en place d'une action globale politique et stratégique qui s'appuie sur une offre de services diversifiée et doit tenir compte de la multiplicité des intervenants.

Il conviendra particulièrement :

- De ne pas négliger l'accompagnement au domicile.
- De construire les réponses en termes de structures de soins et de dispositifs médico-sociaux d'aval.
- De favoriser la **coordination** intersectorielle : filières gériatriques et gérontologiques, accès aux soins pour les personnes handicapées, consultations pluridisciplinaires spécifiques (maladie d'Alzheimer) prise en compte de la problématique sanitaire dans le champ médico-social
- D'initier une vision stratégique territoriale, par la mise en place de **plates-formes transversales**, l'une sous forme de guichet unique pour les usagers (MDPH, CLIC) permettant l'information, l'évaluation et l'orientation, l'autre pour les institutions permettant de mutualiser l'observation, l'évaluation et la coordination des services.

## Actualités

2. Rapport Larcher :  
la place du médico-social renforcée

## L'invité

- 4-6. Dr Vetel,  
Président du Syndicat National  
de Gériatrie Clinique

## Dossier

7. Atlas pour développer le service public
- 8-9. Les maisons départementales du handicap :  
une avancée pour les personnes handicapées
10. De l'intérêt d'une MAS  
en milieu psychiatrique
- 10-11. Handicap et dépendance : abolition  
des barrières d'âge et convergence

## Actu médicales

- 12-13. Pourquoi le GRAP ?
- 14-15. Les difficultés de communication  
verbale et non verbale du patient  
schizophrène vieillissant sont-elles  
un frein à l'intégration en EHPAD ?

## En direct des établissements

16. Le MAS de l'Isle
17. Un SAMSAH à Institut Le Val Mandé  
Pour une architecture de la vie
18. Un pôle Handicap dans un établissement  
hospitalier

## Actualités

19. Congrès de printemps de la FHF  
Île-de-France  
Forum Régional des Métiers hospitaliers

## Hôpital d'Île-de-France

- **Directeur de la publication** : Yves Tavernier
- **Rédacteur en chef** : Gérard Cotellon (FHF-IDF)
- **Comité de rédaction** :  
Jean-Marie Barbot (Versailles)  
Gilles Calvet (Saint-Ouen)  
Isabelle Cormenier (Gonesse)  
Vincent Errera (Eaubonne-Montmorency)  
Jean-Marie Karman (Moisselles)  
François Leloup (IME Saint-Denis)  
Zaynab Riet (Marines)
- **Maquette et édition** : vu intégral
- **Impression** : Graphikplus
- **Tirage** : 10 000 ex. - ISSN : 1166-3340
- **Secrétariat** : FHF - Île-de-France - Centre Hospitalier  
de Gonesse - 25, Rue Pierre de Theilley 95503 Gonesse  
Tél. : 01 34 53 20 71 / Fax : 01 34 53 21 90
- **Crédits Photos** : Couverture : i-stock Photo, ILVM
- **Illustrations** : Gilles Calvet
- **Intérieur** : Mas de l'Isle, ILVM, X-DR

## Dire et faire une politique de prise en charge des personnes âgées et de la dépendance.

À l'heure où une nouvelle réforme va bouleverser le fonctionnement et l'efficacité des organisations hospitalières, c'est toute la place et le rôle des structures sociales et médico-sociales qui risquent une remise en cause.

Depuis la prise de conscience de 2003, les plans nationaux relatifs au secteur personnes âgées se sont succédés : des plans qui témoignent d'une prise de conscience des pouvoirs publics.

Néanmoins, force est de constater un paradoxe grandissant entre, d'une part, une reconnaissance des enjeux sanitaires et médico-sociaux du vieillissement de la population et, d'autre part, des freins en terme d'accompagnement, de financement et de planification.

La mobilisation et la volonté des professionnels de ce secteur est grande, leur implication, leurs initiatives ont très fortement contribué à l'émergence de ces plans nationaux. Grâce à eux, la cause du secteur médico-social est une cause mieux écoutée.

Dans les années à venir, tout francilien sera inévitablement concerné par un parent proche dépendant ou atteint d'une pathologie Alzheimer.

La prise en charge du grand âge et de la dépendance est un véritable enjeu de société. Sujet par essence même d'action politique.

Dans notre région aussi, sont fortes les attentes et bien réelles les interrogations du moment.

Il existe désormais un doute sur la volonté, ou plus précisément sur la marge réelle, d'action des pouvoirs publics né du déphasage entre les annonces faites (plan solidarité grand âge, protocole Bertrand-Jacob, Rapport Menard et affectation d'importants crédits issus de la mise en place de la franchise médicale) et la réalité des mesures financières octroyées.

L'analyse de la circulaire médico-sociale du 15 Février 2008 accroît les inquiétudes sur :

- le taux d'évolution des moyens,
- la réalité de la réintégration des dispositifs médicaux dans les forfaits soins,
- les aides insuffisantes à l'investissement (dont l'assèchement explique depuis quelques années la raréfaction des promoteurs publics),
- la non intégration, l'absence d'identification en 2008 dans notre région des mesures prévues par les plans PSGA et Alzheimer,
- la réforme des USLD, sujet majeur du SROS Gériatrique actuellement en cours de négociation.

Sur ce point, la FHF-IDF s'est prononcée pour des critères de partition prenant à la fois en compte les résultats des coupes Pathos les plus récentes (2007-2008), l'analyse SMTI des patients hébergés en EHPAD et plus généralement l'évolution du vieillissement de la population francilienne.

Elle sera particulièrement vigilante sur l'équilibre des décisions devant intervenir entre l'AP-HP et les établissements de la couronne parisienne.

Pour que la réalité de l'action publique entreprise corresponde à la qualité du discours ministériel.

Sans aucun doute, ce sujet le mérite.

Jean-Pierre Burnier,  
Secrétaire Général



l'invité  
Jean-Marie VETEL

## Jean-Marie VETEL,

*“ L'objectif n'est pas de sauver l'hôpital, l'objectif est de sauver les malades. ”*



**Dr Jean-Marie Vetel,**  
Président du Syndicat National  
de Gériatrie Clinique

### *Hôpital d'Île-de-France :*

*Depuis la canicule de 2003, on assiste à un foisonnement de mesures pour l'hôpital et les EHPAD, quel est votre regard sur les conséquences de tous ces dispositifs successifs vis-à-vis des personnes âgées ?*

Jean-Marie VETEL : Je suis très inquiet pour la place des personnes âgées à l'hôpital. Ce qui m'inquiète plus particulièrement c'est la T2A à 100% en court séjour, malgré nos demandes réitérées d'avoir une réflexion gériatrique avec Mme Aoustin, cela ne nous a jamais été accordé. Le groupe de travail demandé à l'époque par M. DOUSTE-BLAZY, n'a toujours pas été mis en place... 5 ans plus tard !

La T2A, d'une part n'intègre que quelques états pathologiques, un diagnostic principal et une catégorie majeure de diagnostics associés, et non pas toutes les pathologies pertinentes alors que les personnes âgées ont quelquefois jusqu'à 7 maladies actives ou déséquilibrées simultanément.

D'autre part la T2A en court séjour n'intègre absolument pas la charge de travail liée à la perte d'autonomie qui est donc non rémunérée, ce qu'elle va en revanche faire dans la T2A soins de suite, ce qui semble incohérent.

Autre sujet d'inquiétude : le corps médical n'a compris qu'une seule chose à la T2A : il faut pour les malades la durée de séjour la plus courte possible.

En conséquence les services de spécialités ne voulaient déjà pas des personnes âgées parce qu'elles étaient âgées, maintenant ils n'en veulent pas parce qu'ils sont convaincus que du fait du blocage des lits qu'elles vont générer, elles vont leur faire perdre de l'argent ; Les personnes âgées où qu'elles se trouvent doivent donc sortir le plus vite possible. C'est « l'effet toboggan ». On constate que les services de soins de suite en aval du court séjour voient désormais arriver des malades qui sont de plus en plus fréquemment des aigus « pas terminés ». C'est extrêmement inquiétant car ces services ont en moyenne 0,7 agent par lit alors que les services d'aigus ont entre 1,2 à 1,5 agents par lit si non plus. On récupère donc des malades d'aigus en soins de suite alors que ce n'est pas du tout leur mission. Il y a de plus un forçage qui est fait dès les urgences pour des admissions de personnes âgées directement en soins de suite, le risque c'est qu'un nombre croissant de personnes âgées n'aient plus « droit » au court séjour. Rappelons avec force que les personnes âgées ont le droit d'aller dans les services de spécialités comme tout malade.

### *HIDF : Vous soulevez là une question éthique importante...*

J-M.V. : On voit effectivement apparaître des comportements inéthiques de la part de nombreux médecins, qui « sortent » les malades du court séjour beaucoup trop prématurément. On est désormais dans une logique de productivité totalement financière qui induit des comportements haïssables.

Je reviens sur « l'effet toboggan ». Le soin de suite est en train de devenir quasiment de l'aigu, ensuite se pose le problème de la sortie du soin de suite.

Le rapport LARCHER et la mise en place des ARS interrogent, car le message fort est qu'il faut « fluidifier les filières entre l'hôpital et le médico-social », en conséquence,

les malades âgés vont avoir « un droit de tirage » de 8 jours en court séjour, puis s'ils ne peuvent rentrer chez eux à 30 jours de soin de suite, et puis, il y aura une « sortie forcée » en EHPAD ou à domicile. Les EHPAD nous disent de plus en plus fréquemment qu'on leur re-propose des pensionnaires qui ne vont pas suffisamment bien sur le plan médical compte tenu de leurs moyens. Par ailleurs un discours parfaitement entendu est le suivant : gardez ou reprenez donc vos malades rapidement ainsi votre Pathos Moyen va augmenter et on va vous donner ainsi des moyens, ... ceci n'est pas sérieux, car l'hôpital offre une organisation technique et une permanence de soins qui ne rentrent absolument pas dans la mission des EHPAD.

Comme le dit la ministre Valérie LETARD : « Les EHPAD n'ont pas pour mission de devenir la variable d'ajustement des dysfonctionnements hospitaliers ».

### *HIDF : Quel est selon vous le pourcentage de SMTI (les malades lourds à soins médicaux et techniques importants) acceptable dans les EHPAD ?*

J-M.V. : IL faut plafonner... Un EHPAD ne peut avoir plus de 5 à 7% au maximum de malades graves et encore temporairement, et il me semble plus urgent que les EHPAD commencent d'abord par bien assumer les accompagnements de leurs mourants au besoin avec l'aide de l'HAD.

Mais il est hors de question de transformer les EHPAD en mini hôpitaux de 2<sup>ème</sup> catégorie qui ne vont pas rendre un service de qualité et où « ceux qui savent » ne mettraient jamais leur proche âgé.

Attention à cet effet pervers : si nous ne protégeons pas les EHPAD avec un médecin coordonnateur disant « nous n'avons pas les moyens et je ne peux endosser une responsabilité que je n'assumerai pas ... », et par un nombre plafond de SMTI à ne pas franchir, les EHPAD vont se faire envahir de malades graves qui vont sortir de l'hôpital.

**HIDF : Quand est-il du dossier soins de longue durée qui est une vraie préoccupation sur l'IDF ?**

J-M.V. : c'est un dossier brûlant au plan national...

La mission des USLD c'est de prendre après les soins de suite, les malades qui ont encore besoin pour un temps prolongé de la structure hospitalière pour leur prise en charge sanitaire... encore faut-il qu'il y ait suffisamment de lits.

Avec Gérard VINCENT nous sommes allés rencontrer Mme PODEUR Directrice des hôpitaux pour l'alerter sur le fait que sur le terrain le nombre de lits de SLD redéfinis dans chaque hôpital semblait uniquement fixé à partir du nombre de SMTI de la coupe pathos 2006. Ce n'est absolument pas ce qui avait été dit à l'époque. Dans le rapport THIERRY auquel nous avons participé, il avait été clairement spécifié que l'indicateur SMTI était « l'un des indicateurs » parmi d'autres qui devait être pris en compte à côté d'autres indicateurs comme l'évolution démographique et surtout d'une réflexion de planification à 5 ans du besoin départemental en SLD redéfinis.

Or, on constate aujourd'hui une application mécanique : Nombre de SMTI régionaux 2006 = nombre de lits de long séjour que vous aurez dans votre région, ensuite les ARH dispersent « au mieux » le pool de lits de soins longue durée qui leur a été attribué.

Dans certaines régions les CHU ou les gros hôpitaux généraux font main basse sur l'ensemble des lits pour avoir de la fluidité d'aval, ce qui fait que les hôpitaux plus petits n'ont plus de lit de long séjour ;

Le grand risque d'« effet toboggan » dans les EHPAD, puisqu'il n'y aura pas ou pas suffisamment de lits de long séjour est majeur.

A l'heure où on parle de fluidifier les filières ce « numerus clausus » de lits de long séjour reposant uniquement sur les SMTI, est une erreur stratégique.

**HIDF : peut on être encore plus précis ?**

J-M.V. : La DHOS a comme objectif la répartition d'environ 25.000 lits de long séjour, c'est-à-dire au maximum 6 places pour mille de plus de 75 ans. Ce chiffre est très sous évalué, le besoin étant à notre avis de 10 à 11 pour mille de plus de 75 ans sinon les filières d'amont s'engorgeront rapidement. C'est donc près de 40.000 lits de long séjour qu'il faudrait en fait conserver dans le secteur sanitaire. Derrière cela se pose le problème des moyens mis sur ces lits qui vont accueillir essentiellement des malades graves au long cours. Peut-être pas 100 % de SMTI, parce que ce sera trop lourd à gérer, mais prenons 70 % de lits de SMTI et 30 % de malades « limites ».

Le gériatre avec raison va alors dire : « Monsieur le Directeur, je veux bien remplir à 70 % de SMTI mes lits, mais donnez-m'en d'abord les moyens ».

Pour 70 % de SMTI, il faut des ratios de personnel de l'ordre de 1,2 à 1,3.

Si ne sont pas attribués, comme cela est prévu, des moyens supplémentaires correspondant au PATHOS Moyen Pondéré (PMP) la réforme échouera.

Pas de moyen supplémentaire pas de malade grave supplémentaire en SLD et donc embolisation des lits d'amont.

Donc, si on veut que la réforme marche, il y a deux points qu'il va falloir régler :

1. le nombre de lits de SLD, on ne va pas tout mettre en place demain, donnons du temps à la DHOS, mais il faut prévoir 40.000 lits à échéance de 3 ou 4 ans.
2. la montée en charge des malades graves qui vont être hospitalisés dans ces lits, doit être anticipée. Il faut d'abord donner les moyens, puis les médecins feront alors entrer les malades correspondant.

**HIDF : Après les files d'attente dans les EHPAD, on va en créer dans les USLD...**

J-M.V. : C'est pour cela qu'il convient de rester vigilant et combatif sur le nombre requis de lits de SLD redéfinis ...

**HIDF : Une question un peu technique à propos des coupes PATHOS. En Île-de-France, plusieurs de nos adhérents nous ont fait remonter des difficultés rencontrées avec des Médecins conseil lors de la validation, avez-vous eu des remarques de ce type dans les autres régions ?**

J-M.V. : J'ai eu ces remarques de partout... Mais des 2 parties, médecins gériatres et médecins conseils !

C'est évident que dans la mesure où PATHOS est devenu un outil de financement, d'un côté certains essayent de majorer la gravité des malades pour avoir le plus d'euros possible, et d'un autre côté l'Assurance Maladie qui est garante des deniers publics essaie de contrôler, le plus « justement » possible.

Ma position a toujours été de dire aux médecins gériatres « ne vous occupez pas des aspects financiers ce n'est pas votre métier, jouez l'honnêteté, ayez des dossiers médicaux « bétonnés » et vous n'aurez pas de problème avec l'assurance maladie ». La direction de l'action sociale vient de sortir un excellent document de bonnes pratiques cliniques gériatriques en EHPAD, éventuellement opposable en cas de litige sur la prise en charge requise, aux médecins conseil.

**HIDF : Que pensez-vous de la mise en place des pôles gériatriques ?**

J-M.V. : L'idée des pôles gériatriques n'est légitime que si on a une filière complète et fluide qui fonctionne. La filière est facile à définir quantitativement, c'est 1, 2, 3, ... il faut 1 lit de court séjour pour 2 lits de soins de suite et 3 lits de SLD en aval, si la filière tourne en autarcie, mais vous voyez bien que ce schéma ne marche pas si les soins de suite et l'USLD prennent aussi des malades de tout le reste de l'hôpital ; Dans ce cas ce n'est plus 1,2,3, mais 1,4,8...voire plus !

Tout cela pour dire que le Conseil Exécutif et le Conseil de pôle doivent avoir une réflexion approfondie sur le bon dimensionnement des éléments du pôle gériatrique qui permettra d'assurer la fluidité, sinon c'est la mort financière pour ce pôle eu égard aux fondamentaux de la T2A.....

## L'invité Jean-Marie VETEL

### **HIDF : Quel regard portez-vous sur le plan Alzheimer ?**

J-M.V. : Il y a beaucoup de bonnes intentions, je ne suis pas sûr qu'il y ait les financements derrière, et je partage le point de vue de France Alzheimer sur ce point... mais qui peut-être contre l'idée avancée par le Pr MENARD qui propose que tout professionnel en contact avec quelqu'un atteint de la maladie d'Alzheimer soit formé à la maladie et à sa prise en charge ?

Les deux points qui font défaut dans le plan c'est premièrement l'oubli de la formation des médecins généralistes, or les généralistes de plus de 50 ans qui forment la majorité des actuels médecins en ville n'ont pas reçu d'enseignement sérieux sur la maladie d'Alzheimer, deuxièmement on a oublié dans le long séjour sanitaire, la nécessité de créer une unité psycho-gériatrique Alzheimer. Il y a des grands troubles du comportement dans certaines démences frontales ou démences vasculaires beaucoup trop lourds et impossible à garder en EHPAD sauf à les

plonger dans les neuroleptiques, ce qui n'est pas acceptable. Il faut donc des unités psycho-gériatriques protégées pour ces patients qui ne seront pas pris en psychiatrie et qu'il va bien falloir que les gériatres assument.

### **HIDF : Où en est-on du déploiement de New AGIR ?**

J-M.V. : New Agir a été présenté officiellement par Jean-Jacques TREGOAT, Directeur de l'action sociale, le 18 juin 2007.

Un long travail a été mené depuis pour nous mettre tous d'accord sur certains algorithmes de calcul et a priori nous attendons la sortie imminente de New Agir ; Se posera alors le problème essentiel de la formation à ce nouvel outil.

### **HIDF : Est-on suffisamment organisé pour éviter une catastrophe du type canicule 2003, accompagnée d'une surmortalité de plus 15.000 décès ?**

J-M.V. : il y a eu 15.000 morts mais elles

n'ont pas été inutiles, cela a changé le regard des politiques sur les personnes âgées et la face de la gériatrie en France. La veille sanitaire est entre de bonnes mains au niveau national, mais ce qui m'interpelle c'est que l'on a rajouté une nouvelle et 14<sup>ème</sup> mission de veille sanitaire aux médecins coordonnateurs qui ne sont présents que deux à trois demi-journées par semaine dans leur EHPAD, quand va-t-on arrêter de charger de responsabilités multiples cette profession sans lui donner conjointement les moyens de les assumer ?

### **HIDF : quel est votre message aux lecteurs « d'hôpital d'Île-de-France » ?**

J-M.V. : Que l'on se donne tous les moyens d'éviter « l'effet toboggan » hôpital - EHPAD, que les EHPAD montent les barrières qu'il faut pour ne pas servir de variable d'ajustement aux dysfonctionnements hospitaliers. L'objectif n'est pas de sauver l'hôpital, l'objectif est de sauver ou en tout cas de bien soigner les malades.

*Propos recueillis par Gérard Cotellon*

## Dossier : Des opportunités à saisir dans le secteur social et médico-social

*« ...Il faut garder à l'esprit que les activités de MCO ne sont pas le seul horizon du service public. Nous identifions trop souvent les mots hôpital et plateau technique, ou encore les mots urgences et bloc opératoire, alors que cette assimilation est datée et contre-productive. Pendant ce temps, l'hospitalisation à domicile, les soins de suite, l'addictologie, le secteur médico-social connaissent de forts développements dont il faut savoir nous servir... »*

**Claude EVIN**

(Discours prononcé lors de la journée régionale des hôpitaux d'Île-de-France le 26 novembre 2007 à Paris)

# Atlas pour développer le service public : les opportunités relatives au secteur personnes âgées et adultes handicapés

Dans le cadre des rencontres régionales, la FHF a procédé à une évaluation de la situation du paysage sanitaire et médico-social et à une présentation des opportunités à saisir, ainsi qu'une projection à moyen terme, à l'horizon du SROS 4.

Globalement cette évaluation met en évidence :

- Un morcellement des établissements
  - Dispersion des ressources et notamment ressources humaines
  - Un risque pour le maintien et le développement d'un service public de qualité
- La nécessité d'impulser la mise en œuvre de stratégie de groupe pour l'hospitalisation publique passant par :
  - La prise d'initiatives
  - La mise en œuvre de regroupements et de convergences

Dans le cadre de ce comparatif, seules seront examinées, les cartes d'opportunités pour la prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes âgées et le secteur des Adultes handicapés. Ces opportunités constituent les droits de tirage sur des programmes nationaux, qui ne prennent pas en compte les possibilités issues de recompositions et de redéploiements.

## I – Le secteur médico-social :

### Personnes Agées

#### • L'opportunité en soins à domicile pour les 75 ans et plus :

Il s'agit du développement de l'offre en SSIAD qui :

- s'élargit au secteur des personnes handicapées
- répond au soin du maintien à domicile
- est complémentaire de l'offre d'hébergement

Pour l'IDF un potentiel de 2599 places à installer pour atteindre le niveau national de 18 places/1000 habitants de 75 ans et plus en 2010, compte tenu des projections de population et de l'objectif de 25000 places à créer en France d'ici 2010.

Ce potentiel se répartit comme suit : Seine et Marne : 401 places / Yvelines : 498 places / Essonne : 373 places / Hauts de Seine : 407 places / Seine St Denis : 313 places /

Val de Marne : 298 places / Val d'Oise : 309 places

#### • Les opportunités en Maison de retraite (hors foyers-logements) :

Au regard du niveau national à atteindre de 83 lits / 1000 habitants de 75 ans et plus en 2010, compte tenu des projections démographiques et de l'objectif de 20 000 places à créer en France d'ici 2010, des besoins importants apparaissent nettement en Ile-de-France . En effet, 14 949 seraient à créer en IDF. Sont surtout concernés les départements de Paris et de la Petite Couronne, soit : Paris : 7767 places / Val de Marne : 3145 places / Seine St Denis : 2990 places / Hauts de Seine : 1137 places

#### • Les opportunités en hébergement temporaire et Alzheimer ou apparentée

Les programmes nationaux fixent comme objectif un niveau national de 2,64 places / 1000 habitants de plus de 75 ans et plus en 2010, compte tenu des projections de population.

Les besoins sont importants et tous les départements sont concernés : 1123 places à créer, soit par département :

Paris : 232 places / Seine et Marne : 137 places / Yvelines : 203 places / Essonne : 83 places / Hauts de Seine : 132 places / Seine St Denis : 154 places / Val de Marne : 149 places / Val d'Oise : 116 places

#### • Les opportunités en Accueil de jour pour personnes âgées et Alzheimer ou apparentée

Le niveau national à atteindre est de : 2,56 places / 1000 habitants de 75 ans et plus en 2010, compte tenu des projection démographiques. Là encore, les besoins sont criants : 1152 places à créer avec une répartition suivante par département :

Paris : 191 places / Seine et Marne : 119 places / Yvelines : 121 places / Essonne : 154 places / Hauts de Seine : 125 places / Seine St Denis : 196 places / Val de Marne : 153 places / Val d'Oise : 93 places

## II – Le secteur sanitaire

### • Les opportunités en Soins de Suite :

Sur les bases du plan national de : 8 lits / 1000 habitants de 75 ans et plus en 2010

compte tenu des projections démographiques, les besoins en IDF apparaissent sur Paris, les Hauts de Seine et une moindre mesure la Seine St Denis. Soit : Paris : 452 places / Hauts de Seine : 138 places / Seine St Denis : 21 places

### • Les opportunités en HAD :

L'objectif national à atteindre est de : 24,6 lits / 100 000 habitants en 2010 compte tenu des projections démographiques et de l'objectif de 15 000 lits en HAD. Hormis les Hauts de Seine et Paris qui n'affichent pas de besoins théoriques, les autres départements franciliens sont potentiellement concernés.

Soit une répartition des places à créer par département comme suit :

Seine et Marne : 345 places / Yvelines : 301 places / Essonne : 299 places / Seine St Denis : 316 places / Val de Marne : 304 places / Val d'Oise : 300 places

## III – Secteur médico-social : Adultes Handicapés

### • Les opportunités sur les capacités d'accueil des adultes handicapés :

Le niveau national à atteindre est de 0,93 places / 1000 habitants de 20 à 59 ans compte tenu de l'objectif de 2500 places en MAS et 2500 places en FAM en France d'ici 2007. Le déficit de place est très élevé sur le bassin parisien avec au total 3795 places à créer, soit par département :

#### Pour Paris et la Petite Couronne :

Paris : 1079 places (620 MAS, 495 FAM) / Hauts de Seine : 493 places (414 MAS, 79 FAM) / Seine St Denis : 417 places (277 MAS, 140 FAM) / Val de Marne : 326 places (76 MAS, 250 FAM)

#### Pour la Grande Couronne :

Seine et Marne : 497 places / Yvelines : 214 places / Essonne : 293 places / Val d'Oise : 475 places stratégiques de l'Hôpital Simone Veil qui sera ainsi en mesure de faire face à de nouveaux challenges comme celui de **défendre sa place dans le territoire de santé.**

Zaynab RIET

Directrice de l'Établissement Public de Gériatrie de Marines (95)  
Responsable du groupe Personnes âgées  
FHF - Île-de-France

# Les Maisons Départementales du Handicap : une avancée pour les personnes handicapées



## Le guichet unique: Mythe ou réalité ?

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées a suscité de grands espoirs. Elle a notamment replacé la personne handicapée au centre des dispositifs, en favorisant la prise en compte de son projet de vie.

Le pivot est la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Sa mission est d'offrir un guichet unique pour l'accès aux droits et prestations: Allocation aux Adultes Handicapés (AAH), reconnaissance du statut de travailleur handicapé, Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH), prestation de compensation, carte d'invalidité,...

Elle aide la personne handicapée et sa famille à élaborer un projet de vie au travers d'un plan personnalisé de compensation du handicap en procédant à une évaluation des besoins avec l'aide d'une équipe médico-sociale pluridisciplinaire. Elle définit les droits et prestations, oriente vers les établissements et services médico-sociaux.

Les MDPH sont des Groupements d'Intérêt Public (GIP) associant le Conseil Général qui assure la tutelle administrative et financière et le pilotage général, l'Etat, des organismes de protection sociale, des associations de personnes handicapées.

## Le fonctionnement des MDPH

Une **commission exécutive (COMEX)** présidée par le Président du Conseil Général administre la MDPH. Elle est composée de représentants du Conseil Général, de membres associatifs, de représentants de la DDASS, de la DDTEFP, de l'Education nationale, de la CPAM, de la CAF et de la CRAMIF.

La **Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH)** prend les décisions concernant les droits de la personne handicapée (attribution d'aides, orientation), le projet de vie et le plan personnalisé de compensation. Elle regroupe les anciennes COTOREP et CDES.

Des difficultés sont dues à la grande variété des statuts. L'absence de positionnement hiérarchique clair sur les personnels titulaires d'Etat est un problème majeur et l'unification des situations administratives reste à améliorer. Le respect des règles propres aux collectivités territoriales rend toute opération complexe et freine la mise en place des services attendus par les usagers.

Souvent, les moyens nécessaires pour assurer le fonctionnement de la MDPH sont assurés par les services du département (locaux, équipement) auxquels elles sont adossées.

## Faire du sur mesure au prix du prêt-à-porter

Pour bien des responsables, l'Etat a laissé une situation catastrophique, les délais de traitement des dossiers pouvant atteindre deux ans. Les MDPH ont dû agir dès leur installation pour résorber ce retard, tout en faisant face aux flux ordinaires renforcés par l'effet d'annonce. Elles ont recruté du personnel supplémentaire, à la charge des départements car non prévu dans les conventions initiales de constitution des GIP. En deux ans, la MDPH de Seine et Marne a triplé ses effectifs, et en Seine-Saint-Denis selon sa Directrice-adjointe, Martine Clée, la part du Conseil Général dans le personnel est passée de 18 à 70% tandis que sa participation au budget s'élevait à 30%, alors que d'importants frais de fonctionnement en nature n'étaient pas comptabilisés, car assurés par les services départementaux. A Paris, le retard constaté en 2006 était d'environ 30 000 dossiers en instance. Aujourd'hui, il en reste 15 000, et le temps de traitement est d'environ quatre mois. Le Département a également apporté à la MDPH une importante subvention de fonctionnement.

De sérieuses difficultés de recrutement (médecins, ergothérapeutes,...) gênent considérablement la constitution des équipes d'évaluation.

En 2007, on comptait encore trois applications informatiques -dont deux obsolètes- incompatibles entre elles. Cela a compliqué la gestion des dossiers, et généré des retards d'enregistrement des demandes.

Les MDPH insistent sur leurs coûts de fonctionnement, les compensations financières et apports en personnel ayant été établis sur des bases sous-évaluées : charges sociales pour certains personnels, fabrication et reproduction des formulaires, frais postaux, coût du numéro vert... Elles signalent les versements trop tardifs de la part des services de l'Etat.

La contrainte fondamentale de la MDPH est d'assurer une production de masse pour des cas particuliers (en Essonne, 42 000 décisions pour 20 000 personnes adultes et enfants, en Seine-Saint-Denis, 40 000 décisions et 18 000 adultes concernés). A Paris, on compte près de 80 000 demandes annuelles, et 150 personnes sont reçues quotidiennement au guichet unique.

Les changements intervenus avec la loi de 2005 conditionnent le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire. Une grande difficulté tient à donner toute sa place à la famille, compte tenu des habitudes antérieures. De leur côté, enseignants référents et établissements doivent modifier leurs pratiques : il ne suffit plus d'activer des commissions, mais il faut élaborer avec les familles un projet de scolarisation soumis à la CDAPH.

Pour les établissements médico-sociaux, les efforts de l'Education nationale pour mieux accueillir - et non plus seulement intégrer - les enfants handicapés et l'instauration des plans personnalisés de scolarisation peuvent provoquer un décalage dans le temps des décisions d'orientation voire une diminution quantitative des orientations. Il leur appartient de réfléchir à l'adaptation de leur agrément à l'accueil d'une population en plus grande difficulté, sachant que les MDPH mettront tout en œuvre pour apporter des réponses aux cas encore trop nombreux dits «sans solution».

## Une nouvelle prestation : la Prestation de Compensation du Handicap (PCH)

La prestation de compensation, versée, par le Conseil Général, est accordée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006 par la CDAPH pour les

adultes, afin de compenser les surcoûts liés au handicap. Elle n'est pas soumise à conditions de ressources et prend en compte l'ensemble des besoins de la personne. Elle remplace l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) et l'Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels (ACFP). Elle englobe toutes les aides déterminées jugées nécessaires aux besoins et au projet de vie et s'inscrit dans le plan personnalisé de compensation du handicap établi avec l'aide de l'équipe pluridisciplinaire.

Elle peut financer des aides humaines (hors aide ménagère) et techniques, l'aménagement du logement et du véhicule, des surcoûts de transport, des charges spécifiques ou exceptionnelles, l'entretien des aides animalières.

Contrairement aux prestations qu'elle remplace, la PCH est soumise à un contrôle de son utilisation. Les bénéficiaires actuels de l'ACTP et de l'ACFP pouvant choisir de conserver ces prestations ou d'opter pour la PCH, beaucoup choisissent la première solution.

Pour les enfants, la PCH doit entrer en vigueur au 1<sup>er</sup> avril 2008, mais les décrets d'application nécessaires viennent tout juste d'être publiés<sup>1</sup>, alors que des demandes étaient déjà déposées. Contrairement à la prestation adulte, la PCH Enfants ne remplace rien, et peut se cumuler avec l'AAEH et ses compléments. Cette situation est suffisamment inquiétante pour que le Conseil de la CNSA qui s'est réuni le 1<sup>er</sup> avril ait évoqué la question des moyens de financement de la PCH enfants qui va peser sur les départements. Tous déplorent la lourdeur des dossiers à constituer, surtout quand on s'adresse à des personnes en difficulté, et certains considèrent que l'on a remplacé un parcours du combattant par une usine à gaz. Les imprimés type CERFA apparaissent coûteux et complexes, au point que l'Essonne, a choisi de proposer un dossier simplifié.

#### Ile-de-France : une situation contrastée

Depuis janvier 2006 les MDPH sont une réalité. Elles rassemblent les agents de l'Etat des ex COTOREP, CDES et Site pour la Vie Autonome (SVA), ainsi que de nouveaux agents mis à disposition par le département ou recrutés directement. Si tous les départements ont pu financer des équipes renforcées et l'ouverture d'un guichet unique, les choix organisationnels et les niveaux de réalisation sont différents.

La MDPH du Val-de-Marne s'est ouverte début janvier 2006, ce département étant l'un des

premiers à être en capacité de mettre ainsi en oeuvre ce guichet unique.

La MDPH de Paris a regroupé les services dans ses locaux définitifs depuis Juin 2007. Aujourd'hui, 75 agents sur 150 ont été recrutés par le GIP, les autres étant toujours mis à disposition par leur administration d'origine. Selon Michèle Pivin, Directrice-adjointe, si le GIP a bien offert une grande souplesse au démarrage, il ne permet pas de donner aux personnels contractuels un statut stable, et la diversité des situations professionnelles reste complexe à gérer. Le traitement des dossiers de PCH est rendu difficile par la lourdeur des démarches d'évaluation à effectuer.

En Essonne, l'ouverture au public des nouveaux locaux a pu se faire dès janvier 2007, l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite y étant assurée, mais ces locaux doivent voir leur aménagement et équipement améliorés.

Dans les Yvelines, aux côtés d'un pôle central départemental, le choix a été de créer sept portes d'entrée constituant des pôles de proximité. Des Coordinations Handicap Locales (CHL) y accueillent le public, des équipes pluridisciplinaires doivent évaluer les besoins de compensation et suivre le projet de vie.

La Seine et Marne a regroupé les services, mais avec une déconcentration dans un réseau de proximité de partenaires locaux constitué des Unités d'Action Sociale (UAS) du Conseil Général et des Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS). La MDPH s'appuie sur le réseau associatif, les CAP-Emploi, les ANPE, mais aussi sur les hôpitaux, établissements et services médico-sociaux. Un chargé de mission du développement territorial local, Michel Champo, a pour mission d'apporter l'aide technique nécessaire aux services de terrain. Selon lui, il convient de «mettre à la disposition de l'usager un maillage territorial susceptible de l'accompagner dans la construction de son dossier».

2008 est une année charnière pour la MDPH des Hauts de Seine, qui va devenir, cette maison unique regroupant tous les services, la section adultes et la section enfants-jeunes se rejoignant dans des locaux communs.

En Seine Saint-Denis s'est ouvert un point d'accueil, le Pôle Handicap, les sites antérieurs continuant à fonctionner. Pour des questions liées aux problèmes fonciers et de financement dans un département socialement très défavorisé, le regroupement des services de l'ensemble de la MDPH n'est pas prévu avant 2012. Toutefois, dès 2008, l'ancien Site pour la

Vie Autonome rejoindra l'accueil du public.

Enfin, le Val d'Oise s'est doté d'un point d'accueil situé au Conseil Général. Des équipes décentralisées jouent le rôle de cellules d'enregistrement des demandes, souvent transmises par les Assistants de Vie Scolaire. Mais le maillage territorial semble avoir perdu en efficacité, les remontées d'informations permettant les orientations étant insuffisantes. La gouvernance de la MDPH est apparue problématique, et il est à noter que de nombreux personnels des équipes d'origine ont quitté leur poste.

#### Des améliorations attendues

Dans son rapport d'août 2007, Patrick Gohet, Délégué interministériel aux personnes handicapées, estime que la mise en place des MDPH constitue une véritable «révolution culturelle et institutionnelle». Il revient sur leurs difficultés et propose une série de mesures pour améliorer le fonctionnement afin que la compréhension du diagnostic, la connaissance des droits, des procédures à suivre, des services à contacter, des démarches à effectuer... cessent de constituer un véritable parcours du combattant.

Valérie Létard, secrétaire d'Etat à la Solidarité, pour qui la loi n'est pas un aboutissement mais un nouveau départ pour la politique du handicap, a mis en place un comité de suivi en faveur de la politique des personnes handicapées, co-animé par Patrick Gohet et par un représentant de l'Association des Départements de France, qui réaffirme la place respective des Départements, pilotes de la politique en faveur des personnes handicapées au niveau local et de l'Etat, garant de l'équité territoriale. Il comprendra six groupes de travail thématiques : fonctionnement des MDPH, accessibilité, scolarisation des enfants handicapés, compensation, établissements, ainsi que ressources et emploi.

Si la MDPH constitue bien la pierre angulaire du dispositif institutionnel, si pour tous les acteurs, il faut s'approprier une nouvelle culture, une nouvelle organisation, de nouveaux modes de fonctionnement, de nouvelles procédures, ceci nécessite la rencontre d'une véritable volonté politique, que chacun revendique, et des moyens nécessaires ; ces derniers n'ont pas toujours été au rendez-vous.

**François LELOUP**  
Directeur de l'Etablissement Public  
Médico-Social Dionysien (E.P.M.S.D.)

1. Décrets N° 2008-450 et 451 du 7 mai 2008 (JO du 11 mai 2008)

## De l'intérêt d'une MAS en milieu psychiatrique

L'étude réalisée par l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Île-de-France (2001-2004) visant à recenser et analyser les profils des patients séjournant au long cours dans les services de psychiatrie adultes "montre qu'en Île-de-France plus de 2200 patients (36 % des lits sectorisés) sont hospitalisés depuis plus d'un an (45 % depuis plus de 5 ans) pour la grande majorité, faute de solutions alternatives sanitaires ou médico-sociales."

Sous l'influence des avancées législatives (loi 2002-2, loi du 4 mars 2002, loi du 11 février 2005) les orientations des politiques sanitaires et médico-sociales évoluent : les besoins et les projets de vie des usagers sont reconsidérés. Ils y sont étroitement associés.

Ainsi, l'un des axes du volet psychiatrie du Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire de troisième génération (SROS 3) vise à améliorer la qualité de la prise en charge globale des patients en réorganisant et diversifiant celle-ci, en amont comme en aval, en réponse à la forte progression des demandes et à l'engorgement des lits par des patients au long cours.

La pénurie d'établissements médico-sociaux en Île-de-France, les obstacles à une orientation vers le secteur médico-social dus aux représentations de la maladie mentale et à la particularité de l'accueil des personnes en situation de handicap psychique (troubles

importants du comportement, addictions, refus de participer aux activités socio-éducatives, personnel spécialisé) ont conduit à la création de nouvelles structures : des MAS "spécialisées" réservées aux personnes présentant un handicap psychique.

C'est ainsi que certains établissements publics de santé diversifient leurs missions et développent un pôle médico-social pour améliorer la qualité de l'offre de soins et du « prendre soin », qu'il soit associatif ou non. Depuis 2003 (ouverture de la MAS des Murets) cinq MAS "spécialisées" ont été créées dans des Etablissements Publics de Santé permettant de libérer des lits d'hospitalisation : toutes ne proposent pas un accompagnement spécifique au handicap psychique de par leur histoire et projet d'établissement. Pour celles qui prennent cette nouvelle orientation, il s'agit d'un véritable challenge qui nécessite des stratégies comme notamment : souplesse et individualisation du fonctionnement, un panel de réponse permettant de faire face au caractère évolutif du handicap psychique, une organisation qui intègre une prise de risque mesurée pour permettre aux résidents d'aller et venir en toute liberté, une formation complémentaire du personnel pour qu'il soit en mesure de faire face à l'expression des pathologies avec souplesse et discernement, l'utilisation des instances institutionnelles

(analyse des pratiques) favorisant l'expression de la pratique professionnelle, enfin et surtout un partenariat étroit entre les équipes psychiatriques d'origine et du médico-social.

D'une façon générale, toutes les MAS qui ont été créées au sein d'une structure sanitaire, qu'elles soient autonomes ou annexes, bénéficient largement de tout le dispositif hospitalier, qu'il soit logistique ou médical. En ce qui concerne les MAS "spécialisées" la proximité du plateau technique psychiatrique permet d'offrir à leurs usagers un accompagnement médico-social de qualité tout en ayant la garantie d'un suivi ponctuel en psychiatrie.

La nécessité des structures médico sociales que sont les maisons d'accueil spécialisées (M.A.S.) au sein des établissements publics de santé spécialisés en psychiatrie apparaît de plus en plus nettement. Elles permettent non seulement de libérer des lits dans les unités de psychiatrie mais aussi et surtout d'offrir une prise en charge mieux adaptée à ces anciens patients au long cours devenus résidents. La proximité géographique et institutionnelle entre unités de psychiatrie et MAS est un gage de réussite par la possibilité de réhospitalisation de très courte durée qu'elle rend effective.

**Brigitte LOISAY**

*Chargée de Direction à la MAS "l'Envolée" au sein de l'EPS Roger Prévot de Moisselles.*

## Handicap et dépendance : abolition des barrières d'âges et convergence

**Horizon 2010 : suppression de la barrière d'âge : un défi illusoire ou réaliste ?**

La loi du 11 février 2005 pose le principe du droit à compensation du handicap quel que soit l'âge. L'article 13 fixe une échéance de 5 ans afin que la prestation de compensation soit versée à toute personne en situation de handicap, âgée ou non. En février 2010, les institutions seront-elles prêtes à assurer une continuité de prise en charge ? Quelle stratégie ? Quelle organisation sur les territoires ? Quel financement ? Quelles compétences individuelles et collectives ?

La convergence n'est pas qu'une question réglementaire. Des secteurs, des métiers, des dispositifs devront se rapprocher, les territoires se mobiliser. Pour autant, converger n'est pas fusionner : les spécificités doivent être respectées

Dépendance, autonomie, handicap, vieillissement, ces mots véhiculent des représentations qui déterminent l'action, que celle-ci soit une politique publique, une pratique professionnelle, un mode de prise en charge. Quels sont les enjeux du changement ? Le législateur, dès la loi sur l'APA, posait un

autre regard comme condition nécessaire, réaffirmée par la loi du 11 février 2005.

Il s'agit de comprendre les raisons qui amènent à poser cette question de la convergence, et comment aujourd'hui poser le problème. D'autres barrières symboliques mais aussi réelles que celle de l'âge sont à identifier. Ces cloisonnements doivent être dépassés. Chacun de notre place, nous pouvons prendre la mesure du travail à effectuer, des obstacles, mais aussi des leviers sur lesquels agir dans cette perspective.

La question de la convergence des dispositifs destinés aux personnes âgées et ceux destinés aux personnes handicapées doit être prise en considération dans l'élaboration des projets de territoires, qui doivent permettre la pleine expression des projets de vie des personnes.

Il convient de penser l'observation et le diagnostic dans une démarche partagée, intégrant les différents acteurs, schémas et institutions : il s'agit d'animer la structuration d'un territoire dans une logique coopérative.

Proposer une réponse, la plus ajustée possible aux besoins des personnes et de leurs familles est l'enjeu de chacun des dispositifs. Rechercher des points de rencontre entre ceux-ci permettrait d'optimiser les réponses.

La première étape, constituée par l'accueil, l'information et l'orientation est une étape préalable primordiale avant toute démarche d'élaboration de projet d'accompagnement.

Une organisation territoriale, basée sur une logique de guichet unique et de pôles ressources accessibles et de proximité est en marche. Elle doit s'accompagner d'une coordination entre les acteurs (MDPH, CLIC, réseaux gérontologiques...) qui préserverait les personnes d'une réponse élatée. Dans un contexte historique où chaque secteur évoluait de son côté, la perspective de convergence soulève la question du management organisationnel et de l'accompagnement des équipes.

#### Rapprocher le sanitaire et le médico-social

Les compétences des professionnels sont le plus souvent façonnées par différents facteurs (la formation initiale, le public accompagné, le secteur professionnel, social, médicosocial, médical, ou par le lieu d'exercice-domicile ou établissement) qui structurent des identités professionnelles cloisonnées.

Il nous faudra repenser le management des compétences, non seulement parce qu'une approche globale de la personne invite à une articulation et à la construction de compétences collectives, mais aussi parce que les difficultés rencontrées par ces secteurs professionnels (pénurie de personnels, manque d'attractivité, usure professionnelle...)

et l'évolution des réponses de plus en plus diversifiées, rendent ce management indispensable.

La création d'une nouvelle branche de protection sociale est aujourd'hui d'actualité avec l'ouverture prochaine de la phase de concertation annoncée par Xavier Bertrand.

Cette concertation portera sur un périmètre défini notamment par le rapport pour 2007 de la CNSA et les conclusions de la mission d'information du Sénat.

Deux principes sous-tendent les futures actions :

- Prendre en compte des situations de vie et non des publics : quelle que soit l'origine du besoin d'aide, penser une aide à l'autonomie et à l'accessibilité sociale et s'affranchir de la barrière des 60 ans.
- Personnaliser la réponse apportée, la compensation devant reposer sur un projet de vie reflétant des besoins de la personne mais également de ses choix, de ses attentes, de ses potentialités et de son environnement.

La FHF au travers du conseil de la CNSA y voit le droit pour tout citoyen à une évaluation pluridisciplinaire et évolutive d'une situation donnée au regard d'un projet de vie, et la définition d'un plan personnalisé de compensation.

Par ailleurs, la répartition de la charge du financement constitue le deuxième enjeu de la concertation. La concertation devra trancher plusieurs points :

- Le financement de la part complémentaire (prévoyance personnelle ou collective et la place du financement public.
- La part supportée par les ressources nationales et départementales et les critères retenus pour accéder à une prise en charge par la solidarité collective (prise en compte ou non des ressources).
- L'application ou non des mécanismes propres à l'aide sociale : (recours en récupération, obligation alimentaire). Sur ce point un net refus est exprimé par la FHF.
- La définition des clés de répartition en cas de sources de financements publiques et privées.

Les sources d'un financement public sont également à déterminer : augmentation de la CSG, TVA sociale en sus des actuelles ressources consacrées à la perte de l'autonomie (ACTP, APA, PCH, aide sociale).

L'assurance maladie devra continuer à jouer tout son rôle car il ne s'agit pas de mélanger « soins » et « autonomie ». Une vigilance particulière devra être portée sur la répartition analytique des dépenses afin que la 5<sup>ème</sup> branche ne devienne pas une variable d'ajustement.

Enfin, le troisième enjeu majeur de la concertation sera celui de la définition de la gouvernance du 5<sup>ème</sup> risque. Celle-ci devra combiner l'exigence de proximité (le département étant l'échelon privilégié pour garantir cette proximité avec les MDPH susceptibles d'évoluer en Maisons Départementales de l'Autonomie, en lien avec un échelon intermédiaire au niveau régional, les ARS) et la responsabilité d'un opérateur national : la CNSA confortée dans des missions étendues.

Bien au-delà du propos de départ, tels sont les enjeux des réflexions actuelles autour de la notion de 5<sup>ème</sup> risque et de l'évolution de la CNSA, ou de la réorganisation des secteurs sanitaire et médico-social au sein des futures Agences Régionales de Santé, dont le contour est toujours en débat.

On l'aura compris, les enjeux des réformes en cours sont majeurs. Il en va du maintien des valeurs humanistes de solidarité et d'égalité qui sont le socle de notre modèle social et le garant de notre contrat social.

Les Etablissements Publics sont dorénavant prêts à affronter ces mutations, et la FHF apportera sa contribution aux débats en cours, en veillant tout particulièrement à la qualité du service rendu aux usagers.

**François LELOUP**  
Directeur de l'Établissement Public  
Médico-Social Dionysien (E.P.M.S.D.)



## Pourquoi le GRAP ? (Groupe de Recherche Alzheimer Presbyacousie)



L'idée d'un groupe de recherche permettant d'étudier les rapports entre la cognition et l'audition, particulièrement en cas de presbyacousie et de maladie d'ALZHEIMER, remonte à plus de sept ans.

L'un d'entre nous portait en lui la conviction que les patients du type Alzheimer ayant un déficit auditif avec une gêne sociale, devaient nécessairement avoir de grosses difficultés lors du travail de rééducation des capacités cognitives résiduelles qui leur était demandé afin de ralentir l'évolution de leur maladie.

Dans le même temps, quelques cadres de santé tentaient d'entrer dans une démarche de recherche clinique qui leur semblait nécessaire pour répondre à leur quête de progrès et aux demandes de leur profession.

Ce petit groupe médico-soignant prit contact avec des médecins, des administratifs, des Directions de soins... et finit par réunir une petite équipe d'une douzaine de bonnes volontés de tous horizons, autour du projet d'aider à la réalisation d'une thèse sur ce sujet. L'union de ces bonnes volontés permettait de réaliser en quelques mois un travail impossible à faire seul dans le temps requis.

Comme nous avions avec nous des personnes formées qui ont eu la patience basale et l'exigence indispensable pour ne jamais nous laisser aller à la facilité, les progrès furent finalement assez rapides.

Nous avons dû nous familiariser avec la loi sur l'expérimentation humaine dite « loi Huriot » et son éthique, obtenir les autorisations nécessaires pour entrer dans les établissements... À la fin, nous disposions d'une hypothèse, d'une demi-douzaine d'enquêtrices, d'un protocole qui semblait cohérent avec nos référents, de plus d'une dizaine de maisons de retraites qui acceptaient de nous accueillir, des diverses autorisations indispensables et d'une volonté à toute épreuve de nous mettre au travail. La recherche pouvait commencer.

C'est à cette époque (2004) que l'idée de créer une association loi de 1901 nous est apparue indispensable et nous avons commencé à lui chercher un nom. Nous avons accueilli un ou deux volontaires supplémentaires et nous pensions qu'avec une association, il nous serait plus facile d'en recruter d'autres. Le Groupe de Recherche Alzheimer Presbyacousie était né.

Une circonstance particulière devait faire évoluer le GRAP d'une manière tout à fait inattendue : le soutien du Professeur Lionel COLLET (CNRS et Université de Lyon 1) qui a bien voulu superviser nos travaux et nous aider de ses conseils.

Par ailleurs, Madame Martine LADOUCETTE, Directrice de l'hôpital Simone VEIL, a bien voulu accepter d'être membre d'honneur de notre association et s'est intéressée à nos travaux en nous offrant son aide.

Une troisième rencontre enfin fut alors déterminante sous la forme du parrainage de la Fondation Siemens grâce à l'un de ses administrateurs, Monsieur Pascal BOULUD. Ce mécénat nous permettait bien des activités que nos moyens précédents nous interdisaient.

Aujourd'hui le GRAP compte plus de soixante membres dont une quinzaine de membres d'honneur et d'experts d'une exceptionnelle compétence.

Notre association a organisé son travail, selon trois axes qui correspondent à ses statuts :

- La recherche clinique : construction de protocoles, dans le respect de la rigueur scientifique, méthodologique et épidémiologique, nécessaire pour garantir la validité des résultats.
- La formation : élaboration de documents de formation tant sur le plan de l'audition que de la neuropsychologie.
- Le soin : contacts suivis avec les professionnels sur les lieux d'enquête pour renforcer nos liens, être au fait de ce qui y est pratiqué, compléter nos études du suivi des patients dans le temps. Partager avec tous les professionnels concernés : gériatres, ORL, audioprothésistes, orthophonistes, mais aussi généralistes...

Enfin, la circulation de l'information fait partie de nos préoccupations majeures, qu'il s'agisse de communications internes ou externes.

Notre première étude, intitulée : « La presbycousie est-elle un facteur de risque de démence ? *Étude AcouDem* », vient d'être publiée dans la revue de Gériatrie, tome 32, n°6 du mois de juin 2007, 439-445. Elle démontre de manière indiscutable, puisque le risque d'erreur est seulement de 1/10.000, que les personnes de plus de 75 ans qui présentent une gêne sociale liée à une baisse d'audition, ont 2,48 fois plus de risques d'être démentes. Il serait tout à fait logique d'espérer que la compensation de la presbycousie puisse, dans ce cas, influencer favorablement l'évolution de la maladie démentielle. C'est le travail que nous sommes en train de réaliser et qui va nous occuper dans les deux ou trois années à venir.

La vocation du GRAP est, répétons le, de faire savoir que l'on pourrait améliorer considérablement l'état de ces personnes âgées malentendantes par le port dès les premiers signes de gêne auditive et donc avant l'apparition des troubles en particulier cognitifs, de deux aides auditives correctement mises en place et dont le suivi, assuré par une orthophoniste, serait poursuivi selon les besoins du patient.

Alors, que tous ceux qui sont tentés par la recherche clinique médico-soignante et qui ont envie de partager notre bonheur de travailler en équipe pluridisciplinaire, nous contactent. Ils seront les bienvenus.

**Mireille SAN JULIAN,**  
*Cadre Supérieur de Santé, en charge  
du Pôle de Gériatrie à l'hôpital Simone VEIL,*

**Philippe TAURAND,**  
*Coordonnateur du Pôle  
de Gériatrie à l'hôpital Simone VEIL,*

**Laurent VERGNON,**  
*ORL, ancien Chef de Service ORL  
à l'hôpital Simone VEIL.*



## Les difficultés de communication verbale et non verbale du patient schizophrène vieillissant sont-elles un frein à l'intégration en EHPAD ?



**Dr Martine MERCERON**  
Pdt de CME de l'Établissement Public  
de Gériatrie de Marines (95)

Le vieillissement de la population n'épargne pas les patients atteints d'une maladie mentale.

Nos EHPAD accueillent des patients atteints de pathologies psychiatriques chroniques telles que des schizophrénies vieilles.

Dès l'âge de 55 ans, ces patients nous sont adressés directement par les services de psychiatrie. Dans notre étude, l'âge moyen des schizophrènes à l'entrée est d'environ 62 ans et 4 mois (42-79 ans) ce qui laisse supposer des durées de séjour en EHPAD très longues parfois supérieures à 30 ans.

La schizophrénie n'est ni une pathologie unitaire, ni une maladie dont l'évolution est homogène.

La nature ambivalente de la symptomatologie se trouve modifiée avec l'avancée en âge. Au cours du vieillissement, il est souvent observé une diminution des troubles positifs (hallucinations, délires, agitation) et une augmentation des symptômes négatifs

(déficit des fonctions supérieures, désorganisation, apathie, isolement, retrait social).

Cette évolution chronique conduit souvent à de profonds troubles affectifs.

De par la dissociation de la pensée, le contact et la communication avec ces patients sont malaisés, le langage est appauvri, souvent incohérent, abstrait.

L'analyse de ces troubles du langage a été réalisée dans le cadre d'une évaluation neuropsychologique de nos patients schizophrènes.

La production verbale peut aller du semi-mutisme pouvant se manifester par un mutacisme (le patient choisit de répondre ou non) ou par une mussion (le patient marmonne quelques phrases à voix basse ou remue les lèvres sans prononcer de parole) jusqu'au mutisme total. Sont également modifiées, la dynamique verbale (bradyphrénie, palilalie, écholalie), la syntaxe (agrammatisme), la sémantique (néologismes, verbigeration voire schizophasie) rendant le discours inintelligible ce qui participe aux difficultés de communication entre le soignant et le patient.

Cette évaluation met également en évidence la présence d'un syndrome dyséxécutif chez la quasi-totalité d'entre eux.

Paradoxalement, les répercussions semblent moindres lors des principaux actes de la vie quotidienne (l'orientation, l'habillage, la toilette, la prise des repas ne sont que partiellement perturbés).

L'hypothèse la plus probable pouvant expliquer ce constat résiderait dans la suractivation de la mémoire procédurale qui pallierait aux difficultés d'anticipation, de programmation, d'élaboration et d'acquisition de nouveaux processus.

Par ailleurs, sur le plan comportemental, ces patients présentent des troubles de type stéréotypiques gestuelles ou d'attitude, des mimiques, une échomimie, une échopraxie, un maniérisme, des rires inappropriés.

En d'autres termes, la réponse verbale et non verbale est non significative pour le soignant.

L'association du trouble du langage, de l'altération des fonctions exécutives, des troubles attentionnels et des symptômes négatifs a une influence certaine sur le statut fonctionnel du patient, sur son adaptation et son intégration dans la structure.

Ces perturbations peuvent aller jusqu'à la forme autistique avec repli sur soi. Ceci se traduit par une perte des interactions émotionnelles, affectives, intellectuelles, et/ou sociales avec leur environnement. Le patient schizophrène est alors en retrait par rapport aux autres résidents et ne noue plus de liens.

Il nous paraît inconcevable de chercher à réinstaurer la mise en relation avec ces patients par des techniques de communication non verbale (captation du regard, approche par le toucher) sans avoir pu obtenir de celui-ci l'autorisation de rentrer dans « son périmètre corporel ». Le schizophrène a des difficultés à gérer les distances corporelles dans sa relation avec les autres. S'approcher trop près de lui peut provoquer des réactions vives voire anxiogènes. Cette notion est à prendre en considération lors de toute rencontre, y compris et surtout lors d'un examen clinique, de soins d'hygiène ou de nursing.

« La distance relationnelle » est une notion nouvelle pour le soignant en gériatrie. Celui-ci a plus pour habitude d'utiliser des moyens de communication non verbale avec le patient dément (posture en écho, lien corporel). L'application de ces techniques au patient schizophrène ne nous paraît pas être toujours appropriée. En effet, ne pas respecter l'espace du patient peut engendrer des comportements violents ce qui peut être traumatisant pour le soignant et pour le malade.

Le patient schizophrène, pouvant se sentir agressé par l'environnement, devrait bénéficier d'une unité de lieu spécifique « contenante », apaisante et sécurisante avec « des filtres de protection » le mettant à l'abri d'un excès de stimulations sensorielles. Il est fréquemment constaté que les patients schizophrènes supportent difficilement la vie en collectivité avec les patients déments qui par leur déambulation inappropriée entrent dans leur domaine privé.

Avant d'admettre en EHPAD des patients schizophrènes, il semble nécessaire de conduire une réflexion relative :

**- À l'évaluation :**

Concernant les activités mentales, la grille AGGIR n'apporte pas suffisamment d'informations sur le relationnel et le comportemental (communication, sociabilité, comportement psycho-affectif, rapport au danger, convention sociale, sexualité, agressivité...).

**- Au statut cognitif :**

Facteur essentiel dans la capacité d'adaptation fonctionnelle.

**- À l'organisation des soins :**

Améliorer le niveau de qualification et le ratio de soignants afin d'adapter les pratiques professionnelles, dans le but de pouvoir établir un projet thérapeutique adapté individualisé.

Le modèle proposé par le SUPAA nous paraît être un premier élément de réponse, son application permet de favoriser l'intégration et l'adaptation du patient schizophrène en EHPAD.

**Modèle du SUPAA (Service Universitaire de Psychiatrie de l'Âge Âgée)**

**- Garantir un cadre temporel** par l'organisation des activités quotidiennes ou thérapeutiques au travers d'un programme hebdomadaire.

**- Gérer la distance** avec le patient en respectant son besoin de retrait et en lui permettant de régler la distance à son rythme.

**- Respecter l'espace du patient** en évitant l'intrusion.

**- Permettre au patient de se distinguer de l'autre** en renforçant les éléments de son identité.

**- Respecter les limites corporelles inhabituelles du patient.**

**- Réintroduire des liens logiques dans le discours**, et lui redonner du sens.

**- Favoriser la distinction entre le réel et l'imaginaire.** La réalité est à rappeler et le délire ne doit pas être alimenté.

**- Ne pas proposer de choix** mais soumettre une proposition l'une après l'autre dans un langage court et clair.

**- Avoir un langage clair, concis et concret.**

**- Éviter au patient les situations désagréables.**

**- Identifier les mécanismes de défense** (projection, retrait, obsession, somatisation) pour pouvoir les respecter lors qu'ils sont opérants pour le patient, et pouvoir les contrôler lorsqu'ils sont à haut risque (régression inhibition...).

## Bibliographie

**DRUNAT Olivier**

*Le patient schizophrénique âgé a-t-il sa place en institution gériatrique*

Congrès PSY et SNC - Paris 7 novembre 2003

*De nouveaux regards sur la Schizophrénie*

Département de Psychiatrie CHU Canton de Vaud

Service Universitaire de Psychiatrie de l'Âge Avancé (SUPAA)

**MERCERON Martine**

*Un regard sur la qualité de prise en charge des schizophrènes en EHPAD*

Mémoire de Géro-psi-chiatrie. 2005-2006

## Le « Mas de l'Isle »

### Une institution pour adultes handicapés



**Elise GATESOUBE**  
Directrice de la MAS de l'Isle

La Maison d'Accueil Spécialisée « le Mas de l'Isle » est une institution médico-sociale pour adultes atteints de handicap mental et/ou psychique, ouverte en janvier 2006. Elle accueille des adultes entre 20 et 60 ans, résidant en Seine-Saint-Denis, avec ou sans troubles du comportement permettant la vie en collectivité en internat, 3 places étant réservées à un accueil en journée. Des accueils séquentiels et des séjours temporaires peuvent être envisagés. Au quotidien, l'équipe assure le bien-être physique et psychique des résidents.

Elle s'attache également à maintenir ou développer leur autonomie. La socialisation est encouragée. Les relations avec les familles sont favorisées.

Établissement Public Médico-Social, « le Mas de l'Isle » a la particularité d'être rattaché à un Établissement Public de Santé, l'EPS de Ville-Evrard. Il bénéficie des moyens logistiques et administratifs de l'établissement et se trouve sur son site de Neuilly-sur-Marne. La présence d'une MAS au sein d'un Établissement psychiatrique comme celui de Ville Evrard permet de rapprocher le secteur sanitaire et médico-social afin d'articuler des prises en charge souvent complémentaires dans l'accueil de personnes atteintes de handicap mental et/ou psychique. En effet, la collaboration avec les CMP et avec les unités d'hospitalisation est facilitée. En cas d'urgence médicale ou psychiatrique le soir et les week-end, les résidents peuvent bénéficier de l'intervention d'une infirmière et d'un médecin.

Il est rapidement apparu que l'ouverture d'une structure médico-social au sein d'un EPS justifiait la présence permanente d'un cadre de direction DESMS (Directeur d'Établissement Médico Social) afin de pouvoir élaborer un projet d'établissement réellement ancré dans le médico-social (mise en oeuvre des outils de la loi du 2 janvier 2002, projets personnalisés, accent mis sur l'ouverture de l'institution sur la cité et sur la socialisation...)

#### Une équipe pluridisciplinaire

L'accompagnement est mis en œuvre par une équipe pluridisciplinaire composée d'aides-soignants, Aide médico-psychologique, Agent des Services Hospitaliers infirmiers, éducateurs spécialisés, ergothérapeute, psychomotricien, psychologue.

#### Le projet personnalisé

Un projet personnalisé adapté aux besoins et envies de chaque résident est élaboré en équipe. Un référent est désigné pour la coordination et la mise en œuvre du projet. L'accompagnement se fait autour de la vie quotidienne : toilette, participation aux tâches domestiques, sorties,...

Des activités et ateliers adaptés sont proposés: sport, ateliers vie quotidienne activités d'expression. Les prises en charges rééducatives, les soins infirmiers et médicaux se font également au quotidien.

#### Les locaux

Créé très récemment, les premiers résidents ayant été accueillis en février 2006, le « le Mas de l'Isle » dispose de locaux neufs, clairs et spacieux. Les résidents ont accès en journée à un jardin et à des salles équipées pour des activités multiples.



## Un SAMSAH à l'Institut Le Val Mandé



### Un nouveau service pour la prise en charge du handicap psychique

Le SAMSAH (Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) de l'Institut Le Val Mandé, appelé Samvabien, a ouvert ses portes en janvier 2007. Destiné à prendre en charge des personnes en situation de handicap psychique, il est l'un des 11 services de l'établissement, lui-même entièrement dédié au bien-être des 600 personnes handicapées accueillies ou accompagnées. Composé d'une équipe pluridisciplinaire (cadre de santé, infirmiers, éducateurs, psychologues, personnel administratif...), ce service, co-financé par l'assurance maladie et le conseil général du Val-de-Marne, s'adresse à des personnes ayant connu un parcours et des soins psychiatriques longs, qui aspirent à un mieux être en restant à leur domicile tout en développant un véritable projet de vie global. Comme tout SAMSAH, le Samvabien a pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, de réaliser les missions d'intégration sociale et professionnelle également dévolues aux SAVS.



Au nombre de trente-six, les usagers du Samvabien, sont tous domiciliés à Saint-Mandé, Fontenay, Vincennes et pour quelques exceptions dans des communes limitrophes, donnant ainsi tout son sens à la prise en charge de proximité.

Cette prestation médico-sociale est novatrice car en complémentarité avec l'action sanitaire en cours pour ces usagers. Il s'agit d'un des tous premiers services liant le suivi des soins et l'action éducative actuellement opérationnels pour répondre à ces besoins.

Jean POITEVIN  
Directeur de l'Institut Le Val Mandé

## Pour une architecture de la vie : La Maison du Val d'Ysieux-Luzarches

La Maison du Val d'Ysieux est située au centre de la ville de Luzarches (Val d'Oise), au cœur d'un parc, près de la forêt de Chantilly. Elle accueille 74 résidents et dispose en plus de 2 chambres d'hébergement temporaire, d'un service d'accueil de jour de 9 places et d'une chambre d'hôte.

La philosophie de l'établissement est déclinée ainsi : la maison de retraite doit être un réel lieu de vie où l'on doit continuer à vivre au plus près de ses choix antérieurs et où l'on oublie l'hospitalisme, c'est-à-dire que la chambre doit pouvoir être considérée comme son « chez soi », l'étage le « quartier », et l'ensemble de l'établissement « la ville »

De juin 2004 à décembre 2006, l'établissement a engagé des travaux de rénovation et de construction afin que l'architecture réponde à ce postulat.

Celui-ci se concrétise par la création de lieux de vie qui démarrent à partir d'un centre ville organisé autour d'une terrasse intérieure intitulée le Café-crème et différents points de service : salon de coiffure, boutique, restaurant de 275m<sup>2</sup> climatisé appelé l'Escal Gourmande, point « informations ».

Une signalétique lumineuse informe les résidents et les familles des activités et des menus de la journée. À partir de ce centre-ville, les résidents empruntent différentes rues pour se retrouver soit « chez eux », soit au « centre culturel » qui propose des films sur grand écran, l'apprentissage de la vidéo ou l'initiation à l'informatique et l'utilisation de la webcam qui permet un dialogue avec les familles. Des boîtes aux lettres à la signalétique individuelle sont installées près de chaque chambre, espace d'intimité.

L'espace est aussi une caractéristique prégnante du projet. Ainsi aux angles des bâtiments, les salons se projettent sur le parc, le jardin clos ou la ville et deviennent des carrefours de rencontres. Théâtre des activités participatives, les ateliers sont ouverts sur l'extérieur et situés au croisement des lieux de passage. Dans un environnement chaleureux et serein, un espace « snoezelen » utilise la stimulation des cinq sens pour interagir sur l'humeur et le comportement du résident.

L'accent a été, enfin, mis sur la luminosité des lieux et l'éclairage transversal. Les choix des couleurs des murs et des sols, des voilages, doubles rideaux, pendules, baromètres, tableaux... ont été déterminants pour répondre aux exigences voulues par la philosophie.

Viviane ETIENNOT  
Directrice de l'EHPAD de Luzarches

En direct des établissements

# Un Pôle Handicap dans un établissement hospitalier

L'Hôpital Gérontologique de Plaisir-Grignon a développé au fil du temps un pôle médico-social important.

## 1) Pôle Adultes Handicapés

### La Maison d'Accueil Spécialisée

La MAS l'Oasis accueille 80 résidents répartis sur trois services de plain pied :

les personnes accueillies présentent un polyhandicap avec déficiences physiques et mentales, des pathologies néo-natales et post traumatiques, des maladies dégénératives ou des séquelles d'accidents de la voie publique.

Elles ne peuvent exercer une activité professionnelle, même dans un cadre protégé. Leur dépendance quasi-totale rend nécessaire l'intervention d'une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne.

Une surveillance médicale et des soins constants doivent leur être apportés.

### Le Foyer d'Accueil Médicalisé

Le FAM l'Archipel accueille 90 résidents repartis sur trois services : il est réservé à des personnes handicapées physiques, mentales ou atteintes de handicaps associés que la dépendance totale ou partielle rend inaptes à toute activité à caractère professionnel et nécessite l'assistance d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de l'existence, ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants ou aux personnes ayant besoin d'un soutien et d'une stimulation constante ainsi que d'un suivi médical et paramédical régulier.

### Le Foyer d'Accueil Médicalisé pour Personne Handicapée Vieillesse

Le FAM pour Personne Handicapée Vieillesse est prévu ordinairement pour des personnes âgées de 40 ans et plus. Il accueille des personnes ne pouvant plus bénéficier d'accueil en foyers d'hébergement. Les personnes accueillies sont des personnes handicapées mentales ou psychiques âgées, présentant des troubles psychiatriques et comportementaux incompatibles avec des admissions de maisons de retraites classiques. Elles sont très dépendantes sur le plan psychique bien que considérées comme stabilisées par le secteur psychiatrique. Elles ne peuvent assumer seules l'ensemble des actes de la vie quotidienne et présentent des troubles de la personnalité. Le handicap mental ou psychique reste au premier plan, nécessitant un suivi psychiatrique et psychologique. Cette structure a ouvert ses portes en décembre 2006.

### Le foyer de vie

Il accueille 80 résidents répartis dans quatre structures : deux sont situées au sein de l'HGMS et accueillent des résidents dont les capacités de déplacement nécessitent un lieu protégé ou qui ne sont capables de se déplacer en toute sécurité que sur des distances courtes en dehors de l'hôpital.

Une autre se trouve à l'extérieur de l'hôpital, en centre ville et s'adresse à des résidents capables de se déplacer en toute sécurité, et de s'intégrer dans la cité.

Enfin, un Service d'Accompagnement et de Suite est constitué d'appartements situés en ville. Les résidents vivent à deux ou à trois par appartement et sont capables de confectionner leur repas, d'entretenir leur appartement, de prendre seuls leurs traitements médicamenteux, de se déplacer sans danger dans la ville et d'utiliser le dispositif de sécurité mis à leur disposition.

## 2) Le pôle Enfance Handicapée

Pour répondre à des besoins repérés en matière de prises en charge en direction du secteur enfant, l'HGMS a ouvert le 3 janvier 2006 un SESSAD sur la ville de Plaisir et des communes environnantes. Agréé pour 15 places de garçons et filles âgés de 6 à 18 ans avec pour objectif prioritaire d'aider les jeunes à se maintenir dans une scolarisation en milieu ordinaire. Après deux ans de fonctionnement, la MDPH encourage à prévoir une extension dans la perspective de doubler l'effectif.

Du côté de l'EMP de Saint Cyr l'École un projet de création pour permettre des accueils temporaires de certains jeunes accueillis dans l'établissement va voir le jour. Cet élargissement de l'offre de prise en charge permettra le travail de la séparation enfant/parents en équipe pluridisciplinaire.

L'équipe de direction de l'hôpital comprend trois membres issus de la filière DES ou DESS désormais unifiée.

Nous pouvons voir dans cet exemple une réalisation dépassant la double barrière de l'âge et de la séparation entre le sanitaire et le médico-social.

**Luc LABELLE**  
 Directeur du Pôle "Handicap"  
 Établissement Gérontologique de Plaisir-Grignon

# Congrès de printemps de la FHF Île-de-France

Lundi 9 juin 2008

GENOCENTRE - Centre de conférences - 1, rue de l'Internationale - EVRY

## Programme

- 9 h 30 Accueil des congressistes
- 9 h 45 Allocution de bienvenue de Monsieur le Président du Conseil d'Administration du CH Sud Francilien
- 10 h 00 Ouverture officielle du Congrès par Monsieur Yves TAVERNIER, Président de la FHF-Île-de-France
- 10 h 15 Questions régionales d'actualité - Interventions de :  
- Monsieur Yves TAVERNIER, Président de la FHF-Ile de France,  
- Monsieur Jacques METAIS, Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Île-de-France,
- 11 h 15 Pause et visite de l'exposition
- 11 h 30 Questions nationales d'actualité - Interventions de :  
- Monsieur Claude EVIN, Président de la Fédération Hospitalière de France,  
- Madame Annie PODEUR, Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
- 12 h 30 Déjeuner sur place (Buffet)
- 14 h 00 Les Projets Médicaux de Territoires expérimentaux : Bilan, perspectives et propositions  
Groupe coordonné par Didier HOELTGEN, Directeur du centre hospitalier de Villeneuve Saint Georges
- 15 h 30 Pause et visite de l'exposition
- 15 h 45 Établissements de santé franciliens : comment sortir de la spirale déficitaire ?  
Groupe co-animé par :  
Michael GALY, Directeur du centre hospitalier de Nemours et responsable de la Conférence des Directeurs des Affaires Financières de la FHF-Île-de-France et  
Emmanuelle QUILLET, Directrice du centre hospitalier de Rambouillet
- 17h15 Clôture du congrès

## 1<sup>ère</sup> édition du Forum Régional des Métiers Hospitaliers en Île-de-France

Organisé par le CRIPP\*, en partenariat avec les principales fédérations hospitalières d'Île-de-France et l'Académie de Versailles, le premier Forum Régional des Métiers, qui s'est déroulé au Palais des Congrès de Versailles le 13 décembre 2007, a accueilli plus de 1.700 lycéens et 200 enseignants provenant d'une trentaine d'établissements.

Plusieurs hôpitaux de la FHF Île-de-France (Versailles, Poissy/St Germain, Longjumeau, Gonesse, Argenteuil, Rueil-Malmaison, Rambouillet, et l'Hôpital Charcot de Plaisir) sous la coordination du Centre Hospitalier de Versailles, ont participé à cette manifestation qui a mobilisé une centaine de professionnels venus présenter, sur une trentaine de stands, les différents métiers exercés dans les établissements de santé.

Des conférences et des projections de films étaient également proposées aux participants.

Décembre 2008 - Nouvelle édition du forum régional des métiers organisé cette fois avec les établissements de l'académie de Créteil !

\* Centre Régional pour l'Information des Professions Paramédicales (ARH Île-de-France, DRASS, Conseil Régional Île-de-France)



**La FHF Île-de-France représente  
les centres hospitaliers, hôpitaux locaux,  
établissements pour personnes âgées  
et centres de prise en charge  
du handicap de :**

**Ville de Paris (75)**

Hôpital des 15/20 - Sainte-Anne  
Perray Vaucuse - Maison Blanche  
Esquirol - UGECAM

**Seine et Marne (77)**

Beaumont-en-Gatinais - Bray-sur-Seine  
Brie-Comte Robert - Saint Séverin  
Chatelet-en-Brie - Coulommiers  
Crouy-sur-Ourcq - Dammartin en Goële  
Donnemarie Dontilly  
La Ferté Gaucher - Fontainebleau  
Jouarre - Lagny - Meaux  
Melun - Montereau - Nangis  
Nemours - Noisiel - Provins - Rozay-en-Brie  
Samois-sur-Seine - Tournan-en-Brie

**Yvelines (78)**

Bullion - Chevreuse - Conflans Sainte-Honorine  
Houdan - Jouars Pontchartrain  
Mantes-la-Jolie - Meulan/Les Mureaux  
Montesson - Montfort l'Amaury - Plaisir  
Rambouillet - Poissy/Saint Germain-en-Laye  
Sartrouville - Triel-sur-Seine - Versailles  
Le Vésinet - Viroflay

**Essonne (91)**

Arpajon - Brétigny-sur-Orge - Evry/Corbeil - Dourdan  
Etampes - Juvisy-sur-Orge - Longjumeau - Montgeron  
Monthléry - Orsay - Palaiseau  
Sainte Geneviève des Bois - Saint Vrain  
Savigny-sur-Orge - Verrières-le-Buisson - Yerres

**Hauts de Seine (92)**

Antony - Asnières-sur-Seine  
Boulogne-Billancourt  
Clamart - Clichy - Courbevoie/Neuilly-sur-Seine  
Fontenay aux Roses - Issy les Moulineaux  
Levallois-Perret Montrouge - Nanterre  
Puteaux - Rueil-Malmaison - Santé Service  
Sceaux - Sèvres/Saint-Cloud - Suresnes  
Vanves - Villeneuve-la-Garenne

**Seine-Saint-Denis (93)**

Aubervilliers - Aulnay-sous-Bois  
Le Blanc Mesnil - Livry Gargan  
Montreuil-sous-Bois - Neuilly-sur-Marne  
Pantin - Le Raincy/Montfermeil  
Saint-Denis - Saint-Ouen

**Val de Marne (94)**

Alfortville - Bry-sur-Marne - Créteil  
Fontenay-sous-Bois Fresnes - Gentilly  
Le Perreux-sur-Marne - La Queue-en-Brie  
L'Hay-les-Roses - Saint-Mandé  
Saint-Maur des Fossés - Saint-Maurice  
Sucy-en-Brie - Villejuif - Villeneuve Saint-Georges

**Val d'Oise (95)**

Argenteuil - Beaumont-sur-Oise  
Eaubonne/Montmorency  
Gonesse - L'Isle Adam  
Louvres - Luzarches  
Magny-en-Vexin - Marines - Moisselles  
Cergy - Saint-Christophe - Cergy-Pontoise  
Taverny - Viarmes - Marly-la-Ville

**La FHF Île-de-France a un site internet :  
n'hésitez pas à nous rejoindre sur le web  
<http://fhf-idf.org>**



**Secrétariat Général de la FHF Île-de-France  
Centre Hospitalier de Gonesse  
• 25 rue Pierre de Theilley • 95503 GONESSE**

**Téléphone : 01 34 53 20 71 • Télécopie : 01 34 53 21 90  
e-mail : [contact@fhf-idf.org](mailto:contact@fhf-idf.org)**