

Université René Descartes-Paris V  
Faculté Cochin-Port Royal

**Prise en charge en EHPAD  
des personnes de moins de 60 ans.**

Nathalie Hoste-Gaussens.

D.I.U <<formation à la fonction de médecin coordonnateur  
d'Établissement d'Hébergement Pour Personnes Agées  
Dépendantes>>.

Année 2010-2011.

Directeur de thèse : Dc Catherine Foucau

# **SOMMAIRE**

- I) INTRODUCTION \_\_\_\_\_ page 2.
- II) QUE DIT LA LOI ? \_\_\_\_\_ page 3.
- III) QUELQUES EXEMPLES \_\_\_\_\_ page 4.
- IV) FREQUENCES DES DEROGATIONS D'AGE \_\_\_\_\_ page 8.
- V) DEVENIR DE CES PERSONNES UNE FOIS LA DEROGATION D'AGE  
OBTENUE \_\_\_\_\_ page 14.
- VI) COMMENT CELA SE PASSE T'IL AU SEIN DES EHPAD ? \_\_\_\_\_ page 16.
  - A) DANS LES EHPAD PUBLICS \_\_\_\_\_ page 16.
  - B) DANS LES EHPAD PRIVES \_\_\_\_\_ page 19.
  - C) EN RESUME \_\_\_\_\_ page 21.
- VII) LE ROLE DU MEDECIN COORDONNATEUR \_\_\_\_\_ page 23.
  - A) LORS DE L'ADMISSION \_\_\_\_\_ page 23.
  - B) VEILLER A LA FORMATION DU PERSONNEL \_\_\_\_\_ page 24.
  - C) VEILLER A L'ELABORATION DE PROTOCOLES \_\_\_\_\_ page 24.
  - D) METTRE EN PLACE DES CONVENTIONS AVEC DES PARTENAIRES EXTERNES  
\_\_\_\_\_ Page 24.
  - E) ETRE A L'ECOUTE DU PERSONNEL \_\_\_\_\_ page 24.
- VIII) CONCLUSION \_\_\_\_\_ page 25.

## I) Introduction

Je travaille actuellement comme médecin coordonnateur à la Maison Départementale des Personnes Handicapées du Calvados(MDPH).

Je suis également en formation de médecin coordonnateur d'EHPAD dans le cadre d'un DIU à la faculté Paris Descartes. En effet je dois prendre mes fonctions au sein d'un EHPAD le 17 octobre prochain et j'ai souhaité me préparer au mieux à ma future fonction de médecin coordonnateur en suivant cette formation au préalable.

Au cours de ma pratique à la MDPH, j'ai pu constater qu'un nombre non négligeable de personnes en situation de handicap se retrouvaient avant l'âge légal de 60 ans placées en EHPAD.

Que prévoit la loi ?

Pourquoi en EHPAD ?

Ces situations sont-elles fréquentes ?

Vers quel type d'établissement sont-elles placées ?

Les EHPAD sont-ils adaptés pour recevoir ce type de population ?

Quel est le rôle du médecin coordonnateur par rapport à ces demandes de placement ?

Je vais donc essayer de répondre à ces questions en me basant sur les chiffres de mon département : le Calvados et en m'appuyant sur les histoires personnelles de quelques personnes.

J'espère ainsi dans mon futur poste de médecin coordonnateur d'EHPAD pouvoir prendre mes décisions d'admission ou non de ce type de population de façon plus éclairée.

## II) Que dit la loi ?

Travaillant à la MDPH nous faisons régulièrement des dérogations d'âge afin de pouvoir placer en EHPAD des personnes de moins de 60 ans.

Pour moi et mes collègues qui depuis plusieurs années effectuons ces notifications, nous étions persuadés de trouver dans le code de l'action sociale et des familles les textes de lois régissant cette pratique.

Ma surprise fut importante quand après avoir parcouru tout le chapitre III relatif aux personnes âgées et tout le chapitre IV relatif aux personnes handicapées je n'ai absolument rien trouvé concernant le placement en EHPAD des sujets de moins de 60 ans.

J'ai pris alors contact avec l'adjoint en chef du service social du conseil général lui expliquant mes difficultés pour retrouver ces textes de lois.

Cette personne m'a confirmée qu'il n'existait en fait aucune législation concernant l'accueil de ces personnes en EHPAD.

L'accord d'entrée en EHPAD pour une personne plus jeune est en fait dépendante du bon vouloir du directeur de l'établissement (souvent après avis du médecin coordonnateur).

Il n'est même pas nécessaire d'être handicapé et dépendant.

Si le directeur a pour envie d'accueillir une personne de 30 ans bien portante et que celle-ci peut financer son hébergement rien ne s'y oppose.

En réalité la dérogation d'âge n'est exigée du conseil général seulement en cas de nécessité d'avoir recours à l'aide sociale.

En effet l'article L 113-1 du code de l'action social et des familles stipule qu'il faut être âgé de plus de 65 ans et avec des ressources insuffisantes (ou être âgé de 60 ans et être reconnu inapte au travail par la Maison Départementale des Personnes handicapées) pour pouvoir percevoir l'aide sociale.

Toutefois les articles L 121-3 et L121-4 du code de l'action social et des familles permettent au président du conseil général de décider de conditions et de montants plus favorables que ceux prévus par les lois et les règlements applicables aux prestations mentionnées à l'article L121-1

Les services sociaux ont donc profité de cette possibilité d'assouplissement de la loi pour obtenir l'aide sociale pour la prise en charge en EHPAD de personnes jeunes (moins de 60 ans).

En effet 'ils n'arrivaient pas faute de places à mettre ces personnes dans des établissements spécialisés dans le handicap. Il fallait donc trouver d'autres solutions.

De plus ces sujets ont en général des revenus faibles (invalidité ou allocation adultes handicapés) n'ont pas le droit à l'APA et ne peuvent pas bénéficier de la prestation de compensation lorsqu'elles rentrent en établissement.

IL est donc impossible pour elles de faire face aux dépenses induites par un hébergement en EHPAD sans avoir recours à l'aide sociale.

Et c'est en fait la généralisation de cette pratique au fil du temps qui a du initier une fausse croyance de la part de nombreux professionnels (les directeurs EHPAD notamment mais aussi personnel de la MDPH) qui tous pensent que la notification de la dérogation d'âge est obligatoire et nécessaire .Que c'est la loi !

A priori donc rien ne s'oppose légalement au placement en EHPAD d'une personne de moins de 60 ans.

**Sauf qu'en plus de ne pas avoir droit à l'APA** cette personne ne rentre pas non plus dans la cotation de la grille AGGIR.

Par conséquent elle ne sera pas comptabilisée lors de l'élaboration du G. I.R Moyen Pondéré ainsi que du G .M.P soin faussant ainsi les besoins de l'EHPAD lors de l'élaboration des budgets dépendances et soins.

La personne peut par contre bénéficier de l'APL.

### **III) Quelques exemples**

Dans un premier temps je me propose d'illustrer par quelques exemples d'histoires de vie (choisies parmi les dossiers de la Maison Départementale des Personnes Handicapées du Calvados) des situations qui ont amenées à faire des dérogations d'âge.

- **Jacques a 57 ans**

Il est déficient intellectuel moyen , immature avec des troubles du comportement épisodiques ainsi que des troubles de l'humeur.

Il a travaillé en ESAT pendant 36 ans et était logé au foyer de cet ESAT . Avec l'âge ne pouvant plus suivre la cadence demandée il a du quitter l'ESAT et donc du même coup le foyer.

Il a été placé en EHPAD a 57 ans étant incapable de vivre seul .Son intégration s'est apparemment bien faite car il a pu retrouver un ancien camarade de travail qui se trouvait dans la même situation que lui

- **Catherine a 57 ans**

Atteinte d'une maladie de parkinson elle a dans un premier temps quitté son logement pour bénéficier de l'aide de ses parents et vivre chez eux.

Son état se dégrade : elle a besoin d'aide pour marcher pour se laver et s'habiller il faut vérifier la prise de médicament toutes les 2 heures.

Ses parents de 87 et 89 ans ne font plus face .Une dérogation d'âge est prononcée.

- **Pierre a 55 ans**

Psychotique avec des troubles bipolaires depuis ses 16 ans , il a vécu pendant de nombreuses années en hôpital psychiatrique.

Ses troubles sont stabilisés .Il ne relève plus de l'hospitalisation au long court.

Cependant incapable de vivre seul et trop lourd pour un accueil familial, il sera placé en maison de retraite.

- **Christian a 55 ans.**

Suite a une intoxication alcool tabagique prolongée, il a des troubles cognitifs sévères une neuropathie périphérique et est en fauteuil roulant ainsi qu'une neuropathie visuelle.

Il vivait seul dans un studio .Est en rupture de liens sociaux ou familiaux.

Devant l'altération de son état général , la nécessité de l'aider pour la toilette et l'habillage, il est hospitalisé dans un service d'ophtalmologie dans l'attente d'une solution.

Etant trop difficile à gérer pour une famille d' accueil, une dérogation d'âge est prononcée.

- **Florence a 48 ans.**

Séparée de son conjoint, elle a 2 enfants en fin d'adolescence.

Une maladie d ' Alzheimer a été diagnostiquée à l'âge de 46 ans.

Elle doit être stimulée pour tous les actes de la vie courante .Ne sait plus utiliser un téléphone .Elle a une désorientation temporo- spatiale majeur et fait des fugues régulièrement.

Sa maman l'a prise chez elle mais cette dernière est elle même en mauvaise santé et les relations entre la mère et la fille sont conflictuelles : violence, agressivité de la part de Florence envers sa mère.

Devant l'épuisement de la maman florence intègre une maison de retraite.

- **Marie Christine a 46 ans.**

Atteinte de déficience mentale moyenne avec des troubles du caractère elle fut placée à l'âge de 6 semaines en famille d'accueil.

Elle a toujours vécu au sein de cette famille. N'a jamais été placée en institution et n'a pas travaillé en ESAT alors qu'elle en avait probablement les capacités.

Depuis le Décès de son mari, la maman d'accueil ne fait plus face et s'inquiète du devenir de Marie Christine lorsqu'elle même disparaîtra.

Marie Christine est autonome pour les actes essentiels de la vie quotidienne mais elle doit sans arrêt être stimulée et surveillée.

Elle a pu intégrer un EHPAD proche du lieu d'habitation de sa mère adoptive.

- **Michel a 51 ans.**

Atteint d'une sclérose en plaque, il a intégré un EHPAD suite au décès accidentel de son épouse.

En effet depuis ses 46 ans ce dernier est tétraplégique avec une névrite optique rétro bulbaire et est complètement dépendant.

## **CONSTATS :**

Nous pouvons en nous basant sur ces exemples en déduire une listes de situations les plus fréquentes qui peuvent amener à prendre une décision de placement en maison de retraite avec dérogation d'âge :

**1)** Les malades psychotiques chroniques stabilisés, qui n'ont plus leur place en service hospitalier mais qui sont incapables de vivre seuls et ont besoin d'accompagnement.

**2)** Les déficients intellectuels ou autistes vieillissants n'ayant jamais été placés auparavant en établissement mais dont les parents qui ont toujours été présents sont vieillissants ou décédés.

**3)** Les patients totalement désocialisés (souvent avec des séquelles graves d'alcoolisme) qu'aucun dispositif ne souhaite prendre en charge et incapable de s'assumer.

**4)** Les patients atteints de maladie neuro –dégénératives (parkinson, SLA, SEP, Alzheimer) ou ayant été victimes d'accident vasculaire cérébral, de traumatisme crânien ou de rupture d'anévrisme.  
Ayant perdu toutes autonomie, n'ayant pas d'aide pour rester à leur domicile et qui ne trouvent pas non plus de place en maison d'accueil spécialisée ou en foyer d'accueil médicalisé.

**5)** Enfin les personnes qualifiées de polyhandicapées qui ne trouvent pas de place en maison accueil spécialisée.

Il est important de noter que toutes ces situations sont trop lourdes pour une famille d'accueil et qu'elles ne trouvent pas de place en maison accueil spécialisée (MAS) ou en foyer d'accueil médicalisé (FAM).

En effet ces structures ne sont pas assez nombreuses.

La maison de retraite apparait comme la seule solution « faute de mieux ».



## Quelques chiffres

A signaler que le Calvados bénéficie de 326 places en M.A.S et qu'il y a 54 personnes sur leur liste d'attente (observatoire MDPH Calvados).

Il y a 67 places en F.A.M. Le nombre de personnes sur liste d'attente n'est pas connu dans le Calvados (étude non faite).

Il y a 180 familles d'accueil dans le Calvados avec 150 places pour des personnes handicapées

Il faut savoir que très peu de places se libèrent tous les ans, les personnes y entrant restant en général à vie au sein de l'établissement ou de la famille. L'attente se fait donc sur plusieurs années.

J'ai voulu ensuite connaître la fréquence de ces situations.

## **IV) Fréquence des dérogations d'âge**

Il n'y a pas eu d'étude de faite sur le Calvados.

J'ai pu toutefois retrouver une étude du CREA sur la Basse Normandie (Calvados mais aussi Manche et Orne), faite en décembre 2007 et en ressortir quelques éléments :

*« Les inadéquations de prise en charge des personnes ayant un handicap psychique ou des troubles apparentés accueillies dans les services d'hospitalisation complète de psychiatrie et dans les maisons de retraites de basse Normandie ».*

Dans cette enquête seule 103 maisons de retraite sur les 218 de Basse Normandie (soit 47%) ont bien voulu répondre aux questionnaires envoyés. Il en ressortait la présence de 400 adultes de moins de 60 ans dans des Ehpad.

Il faut souligner que ce chiffre ne tient compte que des troubles psychiques et qu'il est en réalité plus important car toutes les pathologies ne sont pas prises en compte et que seulement 47% des maisons de retraites ont répondu à l'enquête.

J'ai donc à petite échelle récupérer toutes les dérogations d'âge de la MDPH du calvados et fait une étude sur les années 2008, 2009 et 2010.

J'ai parcouru chaque dossier pour connaître l'histoire de la personne, son âge au moment de la dérogation, son sexe, et éventuellement son lieu de vie après la notification de dérogation d'âge.

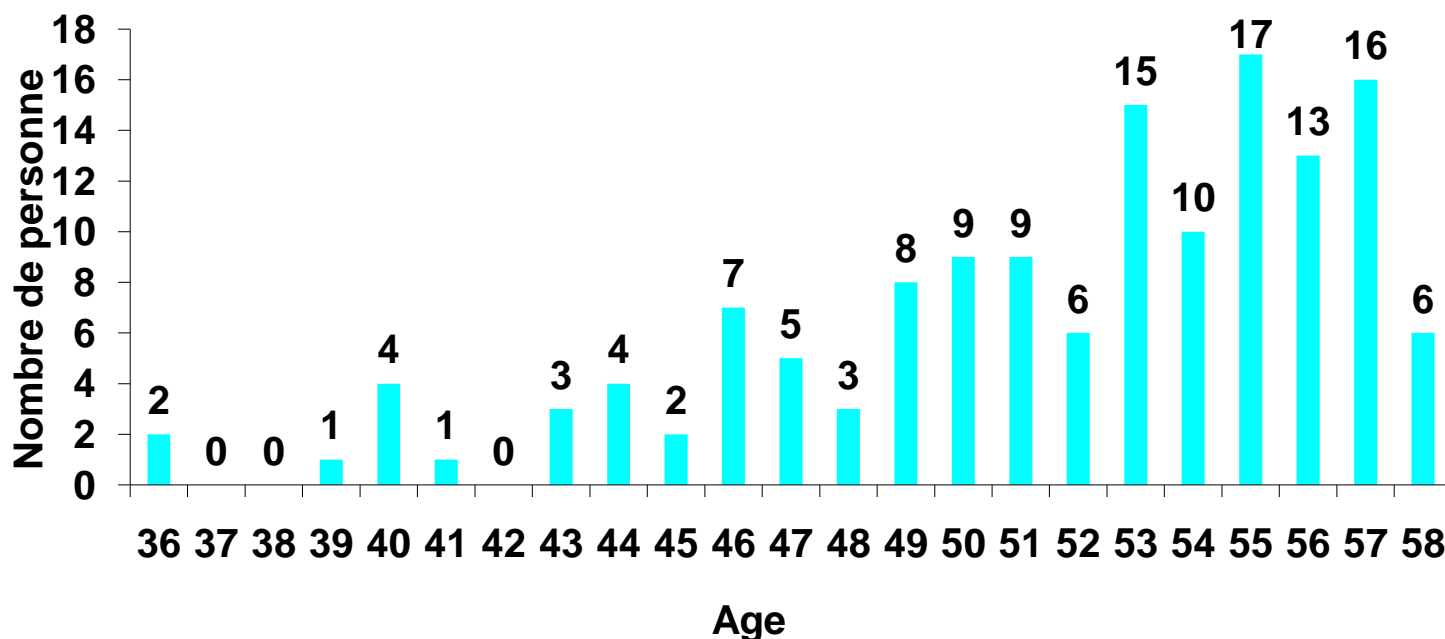
Je tiens à préciser que dans les chiffres qui suivent je n'ai pas distingué ceux qui ont pu réellement être placé en Ehpad de ceux qui sont en attente de place.

- En 2008 il y a eu 48 dérogations d'âge, dont 36 hommes et 12 femmes, ayant entre 40 et 58 ans au moment ou la notification a été faite.
- En 2009 il y a eu 51 dérogations d'âge, dont 37 hommes et 14 femmes, ayant entre 36 et 58 ans au moment ou la notification a été faite.
- En 2010 il y a eu 42 dérogations d'âge, dont 22 hommes et 20 femmes, ayant entre 39 et 58 ans au moment ou la notification a été faite.

⇒ Soit au total sur 3 ans 141 dérogations d'âge avec 95 hommes et 46 femmes.

**(Voir schéma page suivante)**

## Répartition des âges des personnes ayant eu une dérogation d'âge dans la calvados dans les années 2008-2009-2010



Les personnes avec dérogation d'âge avaient pour les plus jeunes 36 ans et pour les plus âgés 58 ans.

Les personnes âgées de 59 ans ne sont pas prises en compte dans cette étude car le conseil général du Calvados accepte qu'elles entrent en Ehpad sans notification de la part de la MDPH pour bénéficier de l'aide sociale. C'est le médecin du conseil général qui émet l'avis d'admission à l'aide sociale. D'après le Conseil Générale ces situations sont au nombre de 20 par an environ.

Il faut toutefois souligner qu'elles posent les mêmes problèmes que les plus jeunes car l'écart d'âge reste important avec les populations habituelles des maisons de retraite.

La majorité d'entre elles ont un âge compris entre 53 et 57 ans (71 personnes soit 50%).

On peut remarquer que les plus jeunes sont heureusement minoritaires (17 personnes avec un âge compris entre 36 et 45 ans, soit 12%)

## **Répartition en fonction des pathologies**

J'ai voulu ensuite connaître les pathologies qui parmi ces 141 dossiers avaient amenés à faire une demande de placement en EHPAD.

34 patients soit 24,11% sont des patients alcooliques avec un syndrome de Korsakoff qui le plus souvent étaient sans domicile fixe.

29 patients soit 20,5% sont des psychotiques stabilisés qui ne nécessitent plus d'être hospitalisé en psychiatrie.

28 patients sont de déficients intellectuels soit 19,8%.

Parmi ces derniers 5 sont des trisomiques 21.

On compte aussi parmi eux 10 anciens travailleurs d'ESAT (8 déficients intellectuels avec des troubles du comportement et 2 déficients intellectuels avec une atteinte physique associée).

22 patients soit 15,6% avaient une atteinte cérébrale suite à une maladie ou à un accident de la vie.

(9 accidents vasculaires cérébraux, 4 ruptures d'anévrismes, 3 traumatismes crâniens, 3 séquelles d'arrêt cardio respiratoire, 2 encéphalites post radique, 1 encéphalite secondaire d'une syphilis).

13 patients soit 9,2% avaient une maladie neuro dégénérative.

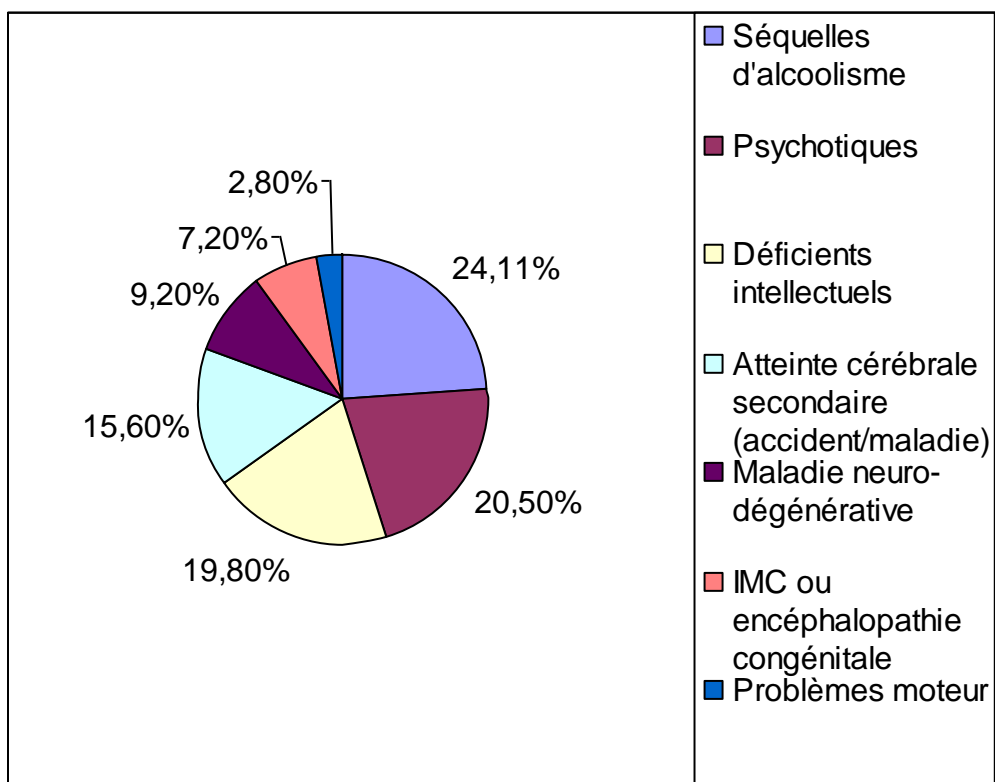
(3 chorée de Huntington, 3 sclérose en plaque, 2 sclérose latérale amyotrophique, 2 maladie d'Alzheimer, 1 parkinson, 1 atrophie cortico sous corticale, 1 maladie de Strumpell-Lorrain)

11 patients soit 7,8% sont infirmes moteur cérébral ou atteints d'encéphalopathie néonatale. La dépendance est présente depuis la naissance et souvent les parents vieillissants ne peuvent plus faire face.

4 patients soit 2,8% ont une atteinte purement motrice à type de polyarthrite rhumatoïde très évoluée ou encore par exemple d'une insuffisance respiratoire grave associée à des troubles moteurs.

## **Le schéma suivant résume la répartition des différentes pathologies**

## Répartition des différentes pathologies ayant entraîné une demande de placement en EHPAD .

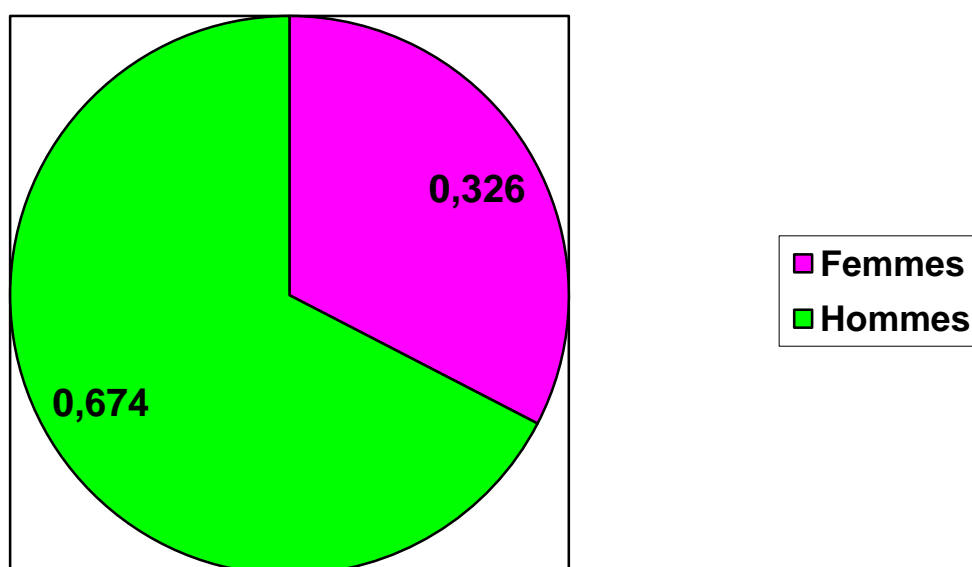


Nous pouvons constater que les pathologies à dominante psychique (environ 65%) priment largement sur les pathologies à dominante physique (environ 35%).

### Le schéma suivant illustre la répartition hommes /femmes

Nous pouvons constater que les personnes avec dérogations d'âge sont majoritairement des hommes (66,4%d'hommes et 33,4%de femmes)

Ceci est contraire aux chiffres habituellement retrouvés dans les maisons de retraite ou les femmes sont majoritairement présentent à75% (enquête sur les EHPAD 2007).



Ce chiffre s'explique il par le fait qu'une partie de cette population est issue des gens de la rue ayant des problèmes de dépendance alcoolique ou en sortie de travail en ESAT majoritairement des hommes ?

## **V) Devenir de ces personnes une fois la dérogation d'âge obtenue.**

Je n'ai pas pu savoir ou avaient été placé toutes ces 141 personnes.

En effet une fois la dérogation d'âge faite, la famille, le tuteur ou l'assistante sociale de secteur se charge de trouver une place en Ehpad (ou ailleurs). Je n'avais pas le temps nécessaire ni l'autorisation et ce n'était pas le sujet de mon étude pour enquêter sur chacun d'entre eux.

J'ai pu toutefois connaître le devenir de 85 personnes (soit 60,3%) en interrogeant le conseil général ou en parcourant les dossiers de la MDPH.

-74 personnes étaient en Ehpad.

-9 personnes étaient décédées dans un délai de 1 à 3 ans après la notification de dérogation.

-1 était en famille d'accueil en essai.

-1 était hospitalisée en neurologie dans l'attente de place en Ehpad.

### **Le calvados avec une population de 678303 habitants (INSEE) compte 91 Ehpad (étude CREAL, 2010) dont :**

- 21 établissements publics (dont 10 structures hospitalières).

-12 établissements privés conventionnés.

-58 établissements privés non conventionnés.

Pour les 74 personnes effectivement placées en Ehpad je me suis ensuite penchée sur la répartition en fonction du type d'établissement.

- 73% sont en maison de retraite publique (54 personnes dont 45 sont en établissements hospitalier).

- 5,4 % sont en Ehpad privés conventionnés (soit 4 personnes).

- 21,6% sont en Ehpad privés non conventionnés (16 personnes dont 1 à la croix rouge, 1 dans une communauté religieuse et 5 autres toutes ensemble dans la maison de retraite de saint Rémy sur Orne).

Nous pouvons constater de façon marquée que les personnes bénéficiant d'une dérogation d'âge sont majoritairement placées en établissements publics.  
Est-ce pour des raisons financières ou autres ?

Il m'apparaît intéressant aussi de contacter la maison de retraite de saint Rémy sur Orne car elle est la seule sur les 70 établissements privés du calvados à accepter les entrées des personnes avec dérogation d'âge de façon aussi marquée.

Y a-t-il une raison particulière ?

L'Ehpad de saint Rémy sur Orne a-t-elle des particularités expliquant sa différence de fonctionnement d'avec les autres établissements privés ?

J'ai souhaité aussi prendre contact avec des médecins coordonnateurs afin de connaître leurs critères de décision pour admettre ou refuser des entrées de personnes avec dérogation d'âge.



## **VI) Comment cela se passe t'il au sein des Ehpad?**

J'ai pris dans un premier temps contact avec tous les médecins coordonnateurs des établissements hospitaliers qui reçoivent la plupart des personnes avec dérogation d'âge. Puis dans un second temps avec les médecins coordonnateurs des EHPAD privées.

Certains établissements avaient quelques particularités.

### **A) dans les Ehpad publics**

Par exemple **la maison de retraite hospitalière de BAYEUX** comprend plusieurs unités. Ils ont donc eu l'idée de regrouper toutes les personnes plus jeunes entre elles au sein d'une même unité.

Ils m'ont toutefois précisé que cette unité recevait des personnes valides et non ceux en situation de grandes dépendance physique.

En effet à Bayeux les personnes jeunes et dépendantes physiquement sont plutôt placées en unité de soins de long séjour car << cela fait moins maison de retraite >>.

Pour les années 2008,2009 et 2010 (concernant mon étude) il y a eu 10 entrées avec dérogation d'âge dans cette structure.

Pour beaucoup en fait se sont des anciens travailleurs d'ESAT (pour 1/3) qui n'avaient plus leur place au sein de ces structures (du fait du vieillissement et du manque de rendement).

Certains même avaient travaillé ensemble et se connaissaient du temps de l'ESAT ce qui a grandement facilité leur intégration.

De plus il est important de préciser que la plupart de ces personnes avaient toujours vécu au sein d'une structure collective ;Que cela soit un long séjour en psychiatrie ou un foyer d'ESAT.

L'arrivée au sein de l'Ehpad a donc été pour eux moins bouleversante.

Ces personnes nécessitent d'être stimulées et surveillées et ne pourraient vivre seules. Toutefois le temps consacré aux toilettes à la prise des repas et aux soins de nursing est moins lourd et permet au personnel de se consacrer à des activités plus ludiques telles qu'activités manuelles ou sorties.

L'infirmière coordinatrice me fait part de leurs sorties fréquentes en ville afin d'aller s'acheter des vêtements avec l'accompagnement d'un des membres du personnel.

Ils vont aussi régulièrement à la piscine, dans une école de danse, faire des visites de musées et de jardins ainsi que faire des piques niques.

Il y a même eu 2 séjours de vacances d'organisés.

On peut constater qu'en fait les conditions de vie au sein de cette unité sont plus proches des conditions de vie d'un foyer d'accueil médicalisé et que l'unité a pu s'adapter au besoin de sa population et pallier ainsi à un manque de structure.

Ceci n'étant possible que par le fait qu'un nombre non négligeable de personnes avec un profil identique ont pu être regroupées et n'est pas envisageable dans un Ehpad classique avec une population plus dépendante physiquement.

L'unité a la particularité aussi d'avoir un protocole d'accord avec le centre médico psychopédagogique le plus proche et celui-ci intervient rapidement en cas de décompensation psychotique.

Cet accord est donc rassurant pour le médecin coordonnateur et le personnel de l'unité qui accueilleront de façon plus sereine des personnes avec des troubles du comportement potentiels.

L'infirmière coordinatrice me précise que les épisodes de décompensation sont rares car les personnes globalement se sentent bien dans cette structure.

Par contre elle constate que par rapport à une population plus âgée et plus dépendante cela génère plus de disputes et de chamailleries.

Les personnes âgées sont plus calmes.

Un recadrage éducatif s'avère souvent nécessaire.

Du coup cette unité particulière vient modifier les données de l'Ehpad dans son ensemble puisque la moyenne d'âge en 2010 était de 65 ans avec des âges allant de 45 à 89 ans et que la proportion d'homme est de 60%(beaucoup d'anciens alcooliques ou travailleur d'ESAT majoritairement des hommes)et singularise cet Ehpad des autres.

Il faut savoir que la moyenne d'âge dans les Ehpad en France est en moyenne de 84 ans et 2 mois et que 75% sont des femmes (Enquête EHPAD, 2007).

**La maison de retraite hospitalière de Pont L'évêque** comprend 3 sites.

De la même façon qu'à Bayeux le site de st Hymer est dédié aux personnes plus jeunes et les plus valides.

Sur 48 résidents : 42 sont des psychotiques stabilisés et 7 des arriérés mentaux

La structure architecturale du site qui est ancienne ne permet pas de toute façon d'y admettre des personnes dépendantes du point de vu physique. (Un fauteuil roulant par exemple ne passe pas les portes du fait de leur manque de largeur et le passage aux douches est trop étroit).

Le médecin coordonnateur me signale qu'il préfère regrouper ce type de population car ceux-ci ne sont pas forcément admis de la part des personnes plus âgées que la confrontation au monde du handicap mental ou psychique peut déranger. Ils n'y ont pas forcément été habitués.

En effet les plus jeunes sont plus vivants, bougent d'avantage alors que les plus âgées aspirent à vivre de façon plus calme.

Globalement l'adaptation des personnes avec dérogations d'âge se passe bien à Pont l'Evêque et le médecin coordonnateur ne remarque pas de différence significative par rapport à l'adaptation des personnes plus âgées.

**La maison de retraite hospitalière de Falaise** fonctionne sur le même mode avec une unité où les personnes les plus jeunes sont regroupées. Toutefois cette unité ne leur est pas dédiée et ils se retrouvent aussi avec des personnes plus âgées.

L'intégration se passe bien. Certaines Femmes plus âgées prennent sous leur coupe un plus jeune et le maternel. Elles en retirent du bienfait se sentant utile et reçoivent en échange de l'affection.

Le médecin coordinateur pour faire son choix au moment de l'entrée le fait surtout en fonction de la place occupée par la personne sur la liste d'attente en privilégiant ceux qui attendent depuis plus longtemps.

Il me signale tout de même que sans sa relation privilégiée avec le service de psychiatrie de l'hôpital de Caen il ne pourrait se permettre d'admettre des psychotiques sans mettre en difficulté son personnel soignant. De plus un psychologue est présent au sein de l'Ehpad et facilite la prise en charge de ces personnes.

Ayant travaillé auparavant en service de rééducation et de soins de suite où la population est à 80% constituée de personnes âgées il trouve que les jeunes malades avaient plus de difficultés à vivre parmi des personnes âgées et qu'au contraire les personnes plus âgées acceptent mieux les plus jeunes.

De ce fait le mélange des générations se fait pour lui plus facilement en Ehpad qu'en service de soins de suite et de réadaptation.

Les personnes avec dérogation d'âge s'intègrent bien au sein du service.

**Le médecin de la maison de retraite hospitalière de Lisieux** me fait part de ses difficultés à gérer les personnes avec dérogation d'âge.

Le souci principal étant que ses personnes ne sont pas <<girable>> et donc ne donnent pas de moyens financiers et donc forcément génèrent un manque de personnel.

De plus pour elle une personne avec toutes ses capacités cognitives ne pourra qu'être en grande souffrance au sein de son Ehpad et ne pourra pas s'intégrer. Elle refuse donc de prendre ce type de population.

En ce qui concerne les psychotiques elle en compte 3 jeunes, valides au sein de sa structure et regrette de ne pas avoir le personnel pour pouvoir faire des animations.

En effet ceux-ci sont en capacité et sont plus demandeur de faire des activités manuelles ou des sorties.

Malheureusement elle manque de moyens et ne peut répondre à leurs demandes.

De même dans sa structure les liens avec la psychiatrie ne se font pas facilement et ne l'incite donc pas à les prendre en charge.

Lors de son choix au moment des admissions, devant son manque de personnel, elle évite donc si possible de prendre en charge les personnes avec dérogation d'âge.

Les autres structures publiques m'ont globalement rapporté des propos identiques et ne présentent pas de particularités qui méritent d'être signalées.

## **B ) Dans les Ehpad privés.**

Peu de personnes avec dérogation d'âge intègrent les structures privées. Pour savoir pourquoi j'ai donc ensuite pris contact avec 3 médecins coordinateurs du privé.

Ce qui ressort c'est que bien évidemment les personnes avec dérogation d'âge ne faisant pas partie des effectifs rentrant dans la cotation AGGIR il est très rare que le médecin coordinateur prenne la décision d'accorder une entrée du fait du manque de moyen et de personnel qui s'en suivra.

L'un deux m'a rapporté avoir admis une personne jeune (61 ans) atteinte de sclérose en plaque et grabataire mais ayant toute sa tête ;

Cette personne ne s'est pas habituée et est rapidement rentrée chez elle avec des aides humaines à domicile.

Vivre au milieu de personnes ayant en moyenne plus de 20 ans de plus qu'elle lui renvoyait une image douloureuse de sa propre <<déchéance>> et elle ne l'a pas supporté.

Raison de plus pour ne pas en prendre d'encore plus jeune me dit il surtout sans atteinte cognitive. La confrontation quotidienne avec des personnes démentes est trop génératrice d'angoisse.

Dans une autre structure le médecin coordonnateur a fait 2 essais qui se sont bien déroulés.

Un premier avec des troubles bipolaires depuis ses 16 ans et qui a vécu de nombreuses années en hôpital psychiatrique. Ses troubles étant stabilisés il a pu intégrer l'Ehpad sans trop de difficultés bien qu'il ait tendance à fuguer et qu'il demande une vigilance accrue car il fume dans son lit et sa chambre pouvant y mettre le feu.

La seconde est une femme arrivée à l'Ehpad avant ses 50 ans.

Elle aussi avait été en hôpital psychiatrique pendant de nombreuses années.

Il faut la stimuler pour qu'elle se lave et s'habille.

Elle aime participer aux tâches ménagères de l'Ehpad. Elle aide pour dresser les tables, faire le repassage, distribuer les repas.

Elle sert ainsi de trait d'union entre les résidents et le personnel soignant. Ayant plutôt le même âge que certains membres du personnel et travaillant avec eux mais faisant partie des résidents.

***Nous pouvons donc conclure*** que si admission il y a tout comme dans le secteur public les médecins coordonnateurs du privé privilégient les personnes avec une atteinte cognitive mais valides.

Tous sans exception m'ayant affirmé que les conséquences sur les forfaits dépendance et soins étaient la raison principale de leur refus je n'ai pas pris contact avec d'avantage de médecin coordonnateur du secteur privé.

De plus le nombre de personnes avec dérogation d'âge admis dans le privé est très restreint et tient de l'exception.

Par contre je m'interrogeais sur la particularité **de la maison de retraite de st Remy** qui comptabilise à elle seule 5 personnes avec dérogation d'âge et qui est bien la seule dans le secteur privé à se singulariser de cette façon.

J'ai donc pris contact avec le médecin coordonnateur.

Celle-ci m'expliqua que cette particularité tenait à l'histoire même des lieux.

En effet la structure n'a été transformée en Ehpad qu'en 2008.

Auparavant il s'agissait d'un foyer de vie et il est donc normal que certains psychotiques qui y vivaient avant la date de rachat soient encore présents dans les locaux.

Cela ne va pas sans créer des soucis financiers pour cet Ehpad qui cherche à leur faire intégrer d'autres structures dans les mois qui viennent.

En tout cas à l'avenir il n'y aura pas d'admission avec dérogation d'âge.

On peut donc pour essayer de résumer la situation faire les remarques suivantes

### **C) En résumé**

Globalement l'intégration des personnes psychotiques ou déficientes intellectuelles paraît bien se passer et l'Ehpad et peut s'avérer une réponse adaptée au besoin de placement.

Au contraire les personnes en situation de dépendance physique sans atteinte cognitive ne parviennent pas à s'y plaire et qu'il apparaît comme prioritaire de les diriger vers d'autres structures ou encore qu'elles restent chez elle avec des aides humaines (notamment financées par la prestation de compensation à demander au sein des Maisons Départementales des Personnes Handicapées)

### **Faire ressortir que les principaux freins à l'admission de personnes avec dérogation d'âge dans des Ehpad sont :**

- 1) Les répercussions financières et leurs conséquences sur la dotation en personnel et en moyen du fait que les personnes avec dérogation d'âge ne rentrent pas dans la cotation AGGIR.
- 2) La pression des demandes avec des listes d'attente longues et qui fait que les médecins coordonnateurs peuvent définir un public prioritaire et peuvent se permettre de choisir qui faire entrer dans leur Ehpad.

- 3) Absence de personnel qualifié ou de relations privilégiées avec la psychiatrie avec la peur de ne pouvoir gérer des décompensations psychotiques rapidement et de perturber ainsi le fonctionnement de l'Ehpad.
- 4) Peur de la réaction de rejet des résidents plus âgés devant des handicaps auxquels ils n'ont pas été confrontés dans leur vie antérieure (déficience mentale et troubles psychotiques notamment).
- 5) L'écart d'âge important (décalage des générations) qui empêche les personnes plus jeunes dépendantes mais sans atteinte cognitive de s'épanouir au sein d'un Ehpad. Ceci est d'autant plus marqué que l'âge moyen au sein des Ehpad ne fait que croître (84 ans et 2 mois en moyenne selon l'enquête EHPAD 2007).

**A l'inverse les éléments facilitateurs sont les suivant :**

- 1) De pouvoir dédier une unité aux personnes plus jeunes ou en tout cas de les regrouper afin qu'elles puissent s'identifier à la population de la structure.
- 2) De bénéficier de relations privilégiées avec la psychiatrie ou de personnel qualifié dans ce domaine.
- 3) Ou encore de bénéficier d'une unité <<Alzheimer>> afin d'accueillir des personnes désorientées avec le maximum de sécurité.

## **VII) Le rôle du médecin coordonnateur**

### **A) lors des admissions**

Le médecin coordonnateur a un rôle déterminant puisque c'est lui qui est le conseiller du directeur en ce qui concerne l'admission des résidents au sein de l'Ehpad .

Il doit être le garant de l'adéquation entre la santé du résident et les capacités de prise en charge de l'Ehpad.

En ce qui concerne les dérogations d'âge, il doit bien prendre en cause le fait que si cette personne intègre son Ehpad elle ne pourra pas générer des <<points AGGIR>> et que cela aura des conséquences sur le budget de l'Ehpad pour le financement du personnel.

La charge de travail ne deviendra t'elle pas trop lourde ?

Il a intérêt aussi à ce que l'adaptation de la personne a l'Ehpad se fasse au mieux. En effet cela fait partie de son rôle de veiller à la bonne adaptation des résidents. Pour la personne elle-même mais aussi pour le personnel.

En effet un accueil demande de la part de tout le personnel de l'Ehpad un investissement important et il serait dommage que la personne ne s'adaptant pas fasse le choix de partir.

Aussi, bien s'interroger devant une personne jeune avec toutes ses capacités cognitives. Cette personne pourra elle vivre sereinement la différence d'âge ?

Si la personne est déficiente mais valide s'adaptera elle a une structure collective ou les sorties et les animations sont limitées du fait de la grande dépendance des autres résidents ?

Dans tout les cas en cas d'admission, il faudra veiller à attribuer une personne parmi les soignants qui sera l'interlocuteur privilégié de l'entrant afin de l'entourer et d'augmenter ainsi les chances de bonne adaptation.

Il doit mener aussi une réflexion sur la façon dont l'entrant sera accepté par les autres résidents .Comment vivront elles sa différence ?

Est-ce que cela pourra perturber la sérénité de l'Ehpad ?

Autant de questions à bien prendre en compte avant de se prononcer sur une possible entrée.



## **B) veiller à la formation du personnel**

Il est important pour le personnel d'être bien préparé à accueillir un public différent notamment concernant les personnes avec des maladies psychiques ou les déficients intellectuels.

En effet ceux-ci peuvent se sentir démunis car ce n'est pas le public auquel ils sont habitués dans les Ehpad.

## **C) veiller à l'élaboration de protocoles**

Notamment bien définir la conduite à tenir en cas de décompensation psychotique.

## **D) Mettre en place des conventions avec des partenaires extérieurs.**

Il est important d'établir des relations privilégiées avec le secteur de psychiatrie pour avoir une réponse adaptée et des conseils en cas de décompensation psychotique aigue. En effet il ressort des propos tenus plus haut que cette condition paraît primordiale pour la bonne intégration des personnes psychotiques avec dérogation d'âge .

## **E) être à l'écoute du personnel**

Pour les soulager face aux difficultés. Les écouter et essayer de répondre à leurs interrogations face à un public différent de leurs habitudes. Prendre conscience d'une charge de travail trop lourde et en tenir compte au cours d'une éventuelle nouvelle entrée.

## **VIII) Conclusion**

Les personnes ayant moins de 60 ans et placées en EHPAD ne sont pas rares et il ressort de cette petite étude que ces structures ne sont pas forcément les plus adaptées à leur prise en charge.

Les difficultés sont essentiellement financières : pas de droit à l'APA, pas de cotation AGGIR avec des répercussions budgétaires importantes pour l'EHPAD, pas de possibilité de percevoir la prestation de compensation en établissement.

Mais les difficultés tiennent aussi de la différence d'âge, de la différence de pathologie ; de la différence de besoin en matière de prise en charge mais aussi d'animation par rapport à la population typique présente en EHPAD.

L'EHPAD apparaît comme une solution <<faute de mieux>> parce que le maintien à domicile ou la famille d'accueil n'est pas possible, qu'il n'y a pas de place disponible en établissement spécialisé pour personnes handicapées.

L'ARS d'ailleurs a bien conscience des difficultés de prise en charge des personnes handicapées vieillissantes et a souligné lors de l'élaboration du plan stratégique régional de santé de Basse Normandie le 07 janvier 2011 que ce domaine sera l'une des priorités à prendre en compte.

En effet, selon une enquête réalisée en Basse Normandie en octobre et novembre 2010, il ressort que 29% des besoins exprimés en matière de santé concernent la prise en charge des populations handicapées vieillissantes et place ce thème comme la préoccupation première des Bas Normand.

Il semble que l'évolution rapide de l'espérance de vie des populations handicapées n'est pas été anticipée et que peu de structures sont adaptées à l'accueil et l'accompagnement spécifique de ces personnes.

L'ARS souhaite à l'avenir travailler sur la création de places adaptées et réfléchir à la création de plateaux techniques nouveaux.

En attendant les améliorations à venir, il reste que c'est au médecin coordonnateur de réfléchir pour conseiller au mieux son directeur afin de prendre la décision d'admettre ou non dans son établissement des personnes plus jeunes.

J'ose espérer que la lecture de cette étude pourra les aider à guider leurs réflexions.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- 1) Article L 113-1 du code de l'action sociale et des familles. Livre I .Titre I. Chapitre III.
- 2) Article L 121-3 du code de l'action sociale et des familles. Livre I. Titre II.  
Chapitre I. Section I.
- 3) Article L 121-4 du code de l'action sociale et des familles Livre I. Titre II.  
Chapitre I. Section I.
- 4) Article L 121-1 du code de l'action sociale et des familles Livre I. Titre I.  
Chapitre I. Section I.
- 5) Chiffres fournis par l'observatoire de la MDPH de CAEN Calvados pour l'année 2010
- 6) Les inadéquations de prise en charge des personnes ayant un handicap psychique ou des troubles apparentés accueillies dans les services d'hospitalisation complète de psychiatrie et dans les maisons de retraite de basse –Normandie  
Etude réalisée par le CREAI de Basse –Normandie en 2007 et commanditée par la DRASS et l'ARH
- 7) Enquête statistique auprès des établissements et des résidents hébergés en EHPAD réalisée par Rémy Marquier et Jacqueline Perrin-Haynes en 2007.  
Etude commanditée par la DREES ministère de la santé et de la solidarité
- 8) Chiffres de la population du CALVADOS produit par l'INSEE en décembre 2010 et valables pour toute l'année 2011.
- 9) Liste des établissements hébergeant des personnes âgées dans le département du Calvados établie par le CREAI en 2010.
- 10) Elaboration du plan stratégique régionale de santé de l'ARS de Basse Normandie  
Caen le 07 janvier 2011.

Ce mémoire traite du placement des personnes de moins de 60 ans en EHPAD.

Pourquoi ce placement ?  
Que prévoit la loi ?  
Ces situations sont elles fréquentes ?

Une étude a été réalisée dans le calvados : étudiant le nombre de placements avec dérogation d'âge dans le département, le devenir des ces personnes, regardant comment se faisait leur intégration avec des personnes âgées d'au moins 20 ans de plus qu'elle.

Ensuite les différents médecins coordonnateurs des EHPAD concernées ont été interrogés. Le but étant d'avoir leur point de vue, de connaître leurs difficultés ou au contraire ce qui favorise une bonne intégration de cette tranche de population. Tout ceci afin de mieux connaître cette pratique et de pouvoir en tant que médecin coordonnateur argumenter les décisions à prendre concernant l'accord ou le refus d'admission de personne de moins de 60 ans en EHPAD

**MOTS CLES** : PLACEMENT / HEPAD / DEROGATION D'AGE / MOINS DE 60 ANS.