



## L'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes en région Centre-Val de Loire :

Besoins des personnes accompagnées, des professionnels, des ESMS/dispositifs et du territoire



## Remerciements

Le CREAI Centre-Val de Loire tient à remercier tous les ESMS, professionnels et directions, s'étant mobilisés dans cette étude à travers le questionnaire, les entretiens et les *focus groups*. Le temps consacré par les participants a été conséquent. L'engagement dans cette étude témoigne de la volonté des acteurs du territoire de s'impliquer dans l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes.

## Précautions de lecture

Le CREAI CVL est un organisme d'étude indépendant dont la mission est la production de connaissances permettant l'aide à l'orientation des politiques territoriales. Les préconisations sont issues de l'analyse des données récoltées sur le terrain selon une démarche méthodologique rigoureuse et scientifique. Ces préconisations s'adressent aux différents acteurs du territoire. Le CREAI n'intervient pas dans l'application de ces recommandations.

*Étude réalisée par :*

**Julie GINER-PEROT**, chargée d'étude,  
**Pierre CHALMETON**, chargé d'étude et  
**Charlotte PERROT-DESSAUX**, conseillère technique et d'études  
Assistés de **Mamy RAHARIJAONA**, assistante de direction, pour la relecture,

Sous la direction de **Pauline NOËL**, directrice du CREAI

# Table des matières

<b>Acronymes</b> .....	<b>5</b>
<b>Résumé</b> .....	<b>6</b>
<b>Synthèse des préconisations</b> .....	<b>7</b>
<b>Commande</b> .....	<b>10</b>
<b>Méthodologie et calendrier</b> .....	<b>11</b>
<b>Questionnement de l'étude</b> .....	<b>11</b>
<b>1) Caractéristiques des ESMS</b> .....	<b>13</b>
1.1 Caractéristiques des ESMS répondants .....	13
1.2 Unité dédiée aux Personnes Handicapées Vieillissantes .....	14
<b>2) Caractéristiques des personnes accueillies</b> .....	<b>16</b>
2.1 Types de handicaps/troubles.....	16
2.2 Age moyen des personnes accompagnées.....	16
2.3 Modalités d'accompagnement avant l'arrivée au sein de l'ESMS .....	16
<b>3) Synthèse des échanges relatifs aux PHV</b> .....	<b>18</b>
3.1 Besoins des PHV.....	18
3.2 Évolution des besoins avec l'avancée en âge.....	18
3.3 Age charnière dans l'évolution des besoins .....	20
3.4 Repérage et évaluation des signes du vieillissement .....	21
3.5 Vieillesse des PHV et réévaluation du PPA.....	21
3.6 Besoins des PHV présentant des profils particuliers.....	22
3.7 Préconisations en lien avec les besoins identifiés .....	24
<b>4) Synthèse des échanges concernant les professionnels</b> .....	<b>25</b>
4.1 Formation des professionnels au vieillissement des PHV .....	25
4.2 Repérage des signes du vieillissement.....	26
4.3 Représentations et craintes des professionnels .....	27
4.4 Préconisations en lien avec les besoins identifiés .....	30
<b>5) Synthèse des échanges concernant les directions</b> .....	<b>31</b>
5.1 Plateau technique.....	31
5.2 Aménagement du bâti et matériel adapté.....	32
5.3 Mission des établissements et services .....	32
5.4 Interconnaissance, passerelle et hébergement temporaire .....	33
5.5 Établissements non médicalisés et gestion des données de santé .....	34
5.6 Préconisations en lien avec les besoins identifiés .....	35

<b>6) Synthèse des échanges concernant le territoire CVL .....</b>	<b>36</b>
6.1 Repérage précoce des PHV nécessitant un accompagnement .....	36
6.2 Habitat inclusif .....	36
6.3 Politiques catégorielles et accès au droit commun.....	36
6.4 Approche préventive .....	37
6.5 Téléconsultation et télémédecine .....	37
6.6 Parcours des personnes handicapées vieillissantes .....	38
6.7 Ressources médicales .....	39
6.8 Préconisations en lien avec les besoins identifiés .....	41
<b>7) Expériences d'accompagnement de PHV en EHPAD .....</b>	<b>43</b>
7.1 Méthodologie, intérêt de la démarche et précautions de lecture .....	43
7.2 Types d'accueil proposés aux personnes handicapées vieillissantes .....	43
7.3 Profils, file active et lieu de provenance des PHV.....	43
7.4 Types de troubles et difficultés d'accompagnement.....	43
7.5 Formation et culture réflexive des professionnels .....	45
7.6 Représentation des soignants vis-à-vis des différents handicaps.....	45
7.7 Partage de l'espace et vie collective .....	45
7.8 Ouverture de l'EHPAD sur l'extérieur.....	47
7.9 Moyens humains et matériels.....	47
7.10 Ressources paramédicales/médicales et suivi de santé .....	47
7.11 Processus d'admission .....	48
7.12 Aspects administratifs et financiers.....	48
7.13 Cœur de mission des EHPAD .....	48
7.14 Préconisations en lien avec les besoins identifiés .....	49
<b>8) Limites de l'étude et conclusion .....</b>	<b>50</b>

## Acronymes

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie  
ARS : Agence Régionale de Santé  
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles  
CD : Conseil Départemental  
CREAI : Centre Régional d'Études, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CVL : Centre-Val de Loire  
EAM : Établissement d'Accueil Médicalisé  
EANM : Établissement d'Accueil Non Médicalisé  
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes  
ESAT : Établissement et Service d'Accompagnement par le Travail  
ESMS : Établissement Social et Médico-Social  
FAM : Foyer d'Hébergement  
FAM PHV : Foyer d'Accueil Médicalisé pour Personnes Handicapées Vieillissantes  
FG : Focus Group  
FH : Foyer Hébergement  
FO : Foyer Occupationnel  
FV : Foyer de Vie  
HAD : Hospitalisation à Domicile  
MARPA : Maison d'Accueil et de Résidence pour Personnes Âgées  
MARPAHVIE : Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Adultes Handicapées Vieillissantes  
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée  
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées  
PA : Personne Âgée  
PH : Personne Handicapée  
PAP : Projet Personnalisé d'Accompagnement  
PHV : Personnes Handicapées Vieillissantes  
PSH : Personne en Situation de Handicap  
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés  
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale  
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile  
TSA : Trouble du Spectre de l'Autisme  
UHR : Unité d'Hébergement Renforcé  
UPHV : Unité pour Personnes Handicapées Vieillissantes

# Résumé

## Contexte

L'Agence Régionale de Santé, en concertation avec les Conseils Départementaux, a mandaté le CREAI Centre-Val de Loire pour réaliser une étude régionale sur les Personnes Handicapées Vieillissantes accompagnées par le secteur médico-social (Établissements/Services des champs gérontologique et du handicap). L'étude ne concerne pas les personnes handicapées vieillissantes sans accompagnement, vivant seules à domicile ou avec le soutien de proches aidants.

## Méthode

L'étude visait plusieurs objectifs :

- **Recueillir et analyser** des expériences des acteurs médico-sociaux, champ handicap et champ personne âgée, concernés par le vieillissement des personnes accompagnées
- **Identifier et analyser** les impacts et les difficultés liés au vieillissement des personnes en situation de handicap
- **Collecter et étudier** les leviers, les adaptations et les organisations adaptées à cette problématique, dans le champ handicap et le champ personne âgée
- **Produire de la connaissance** sur les personnes handicapées vieillissantes, en termes de parcours et de besoins

La méthodologie développée est mixte : **quantitative** à l'aide d'un questionnaire adressé aux différents ESMS et **qualitative** via la réalisation d'une part d'entretiens, avec des EHPAD accueillant des PHV et d'autre part de focus groups, avec des directions des secteurs du handicap et de la gérontologie.

## Résultats

Les préconisations portent principalement sur les points suivants :

- **Renforcer** l'accompagnement des personnes ayant des troubles psychiatriques
- **Développer** l'interconnaissance entre les secteurs PA et PH, pour faire évoluer les représentations
- **Repenser** les missions des différents ESMS
- **Renforcer et diversifier** les compétences professionnelles dans les ESMS PA/PH
- **Repenser et renforcer** l'accompagnement au domicile
- **Aménager** le bâti et investir dans du matériel adapté
- **Sensibiliser et former** les professionnels à l'accompagnement des PHV
- **Repérer et évaluer** la perte d'indépendance fonctionnelle et les syndromes gériatriques des PHV
- **Permettre** l'accès aux soins de santé et lutter contre la perte d'indépendance fonctionnelle
- **Accompagner** les PHV dans leur parcours social/médico-social et de droit commun
- **Repenser l'accompagnement** des différents publics en EHPAD

## Conclusion

Plusieurs **pistes et préconisations** ont pu être dégagées de ce travail. Cependant, **il est essentiel de lire les différents résultats avec beaucoup de précaution** du fait des principales **limites de l'étude**, soient :

- La non-représentativité des ESMS de la région CVL
- Les difficultés rencontrées dans la définition et le repérage des PHV
- L'hétérogénéité des publics au sein du collectif constituant les personnes handicapées vieillissantes
- La diversité des pratiques au sein des 6 départements de la région Centre-Val de Loire.

# Synthèse des préconisations



## Renforcer l'accompagnement des personnes ayant des troubles psychiatriques

1. **Développer l'offre et faciliter l'accès aux dispositifs de soins en psychiatrique** sur le territoire (dispositifs de téléconsultation, formation de professionnels en santé mentale, création de postes d'infirmières en pratique avancée en psychiatrie, etc.)
2. **Développer le conventionnement des ESMS PA/PH** et du domicile, avec les **CMP** (consultations avec les infirmiers du CMP, accueil de jour en CMP etc...)
3. **Repenser la collaboration entre les services d'urgence psychiatrique**, les ESMS PA/PH et le domicile, afin de faciliter la prise en soins des PHV aux urgences
4. Former les professionnels, à **l'évaluation et l'accompagnement, des troubles de l'humeur et des « comportements-problèmes »**
5. Penser des postes à **orientation socio-éducative en EHPAD** afin d'accompagner au mieux les PHV présentant des troubles psychiatriques
6. **Développer davantage de dispositifs** permettant une prise en soins adaptée des troubles du comportement



## Hybrider les cultures professionnelles

1. **Associer et partager les compétences sanitaires avec les compétences du secteur éducatif et social** dans les équipes
2. **Mobiliser les professionnels alternativement auprès des différents publics** (par exemple, mutualisation des équipes entre un EHPAD et un FAM), afin de prévenir l'épuisement professionnel



## Développer l'interconnaissance pour faire évoluer les représentations des professionnels du secteur PH vis-à-vis des EHPAD et vice-versa

1. Développer et généraliser les **passerelles et la collaboration entre les ESMS PH et les EHPAD** en permettant aux équipes de se rencontrer en amont de l'orientation d'une personne vers un établissement d'aval
2. **Pérenniser la collaboration, au-delà de l'accueil de la personne**, en positionnant les **équipes de l'ESMS PH comme ressources** dans l'accompagnement **au sein de l'EHPAD**
3. Travailler autour **des craintes des professionnels du secteur PH et des aidants familiaux** quant au **parcours des personnes handicapées vieillissantes** dans le secteur PA



## Repenser les missions des différents ESMS

1. **Amener les EHPAD à redéfinir leurs missions** et leur projet d'établissement parfois mis à mal du fait des injonctions paradoxales émanant de l'accompagnement de publics aux besoins différents (accompagnement des personnes en fin de vie, accompagnement des PHV, accompagnement des personnes atteintes de troubles neurocognitifs, etc.)
2. **Aider les différents ESMS PH à repositionner leur projet d'établissement en articulation avec les orientations des schémas départementaux et du PRS3** : s'inscrivent-ils dans un accompagnement tout au long de la vie, ou développent-ils des partenariats avec des établissements « en aval » dans le parcours ?



### **Renforcer les moyens humains des ESMS**

1. Permettre aux différents ESMS des champs du handicap et de la gérontologie de renforcer leurs **ressources en termes de compétences relatives au soin, à la rééducation et à l'accompagnement** des PHV
2. Favoriser **l'intervention des SSIAD et SAAD, en EANM**, afin de répondre **aux besoins de soins et d'accompagnement** des PHV dans les actes de la vie quotidienne
3. **Créer/penser des postes, en EHPAD**, à orientation **éducative et sociale**, afin d'accompagner les PHV
4. **Créer/penser des postes, en ESMS PH**, de professionnels assurant **la gestion des données de santé**, ainsi que **la coordination** entre les **intervenants libéraux**
5. Reconnaître et valoriser les **doubles expertises PA/PH**



### **Repenser et renforcer l'accompagnement au domicile**

1. **Investir dans la formation des professionnels du secteur de l'aide à domicile**, afin de permettre aux **PHV vivant à domicile** de bénéficier d'un accompagnement plus qualitatif
2. **Former les professionnels du domicile au rôle de veille et d'alerte**, en lien avec les **problématiques gériatriques** et les troubles cognitifs
3. Répondre aux **besoins de soins des PHV à domicile**



### **Aménager le bâti et investir dans du matériel adapté**

1. **Avancer sur l'adaptation du bâti** aux normes d'accessibilité
2. **Concevoir les bâtiments** en tenant compte **des besoins et attentes** des personnes accueillies
3. **Réfléchir**, avec l'ensemble des **personnes concernées, les professionnels et les aidants**, à **l'organisation architecturale des lieux d'hébergement** des différents publics accueillis



### **Sensibiliser et former les professionnels à l'accompagnement des PHV**

1. **Former les professionnels des différents secteurs aux thématiques** suivantes : Accompagnement au vieillissement des PHV / Observation et repérage des syndromes gériatriques / Évaluation des besoins en lien avec le vieillissement / Prévalence de certaines pathologies avec l'avancée en âge / Accompagnement de l'entourage et des proches aidants / Enjeux liés à la retraite des personnes accompagnées / Accompagnement de la fin de vie
2. **Développer et généraliser des dispositifs de partage de pratiques** tels que l'immersion de professionnels du champ PH en EHPAD, et réciproquement l'immersion de professionnels du champ gérontologique en ESMS du secteur PH. Procéder à la même démarche de partage de pratiques et d'immersion avec les professionnels du domicile
3. **Mettre en place des espaces d'analyse des pratiques professionnelles inter-secteurs** (accueillant, au sein d'un même groupe, des professionnels du champ gérontologique, du champ du handicap et du domicile)



### **Repérer/évaluer la perte d'indépendance fonctionnelle et les syndromes gériatriques des PHV**

1. Initier les professionnels du champ du handicap à **l'évaluation de la perte d'indépendance fonctionnelle**
2. **Diffuser/mutualiser les outils d'évaluation/repérage** des syndromes gériatriques (risque de chute, de dénutrition, troubles de l'humeur, isolement, etc.), qu'ils soient issus de l'évaluation gériatrique standardisée, développés et validés spécifiquement pour les PSH, ou créés localement par les équipes



### Permettre l'accès aux soins de santé somatique/psychique et lutter contre la perte d'indépendance fonctionnelle des PHV

1. **Renforcer le suivi de la santé des PHV** via, d'une part, les **dispositifs d'aller-vers**, tels que les bus « bucco-dentaire » et le déplacement des professionnels libéraux au sein des ESMS, et via, d'autre part, **l'inclusion des personnes** (vivant au domicile et en ESMS) **dans les dispositifs de droit commun**, en valorisant le temps d'accompagnement aux rendez-vous médicaux (personnel supplémentaire dédié à cet accompagnement)
2. Développer et faire connaître les **modalités de transport à la demande**, pour faciliter l'accès aux soins
3. Face aux difficultés/délais pour accéder aux consultations spécialisées, **encourager les partenariats et la mutualisation d'expertises** entre les secteurs PA, PH, le secteur de l'aide à domicile, du sanitaire, les équipes spécialisées, les professionnels libéraux, les services mandataires, etc.
4. Du fait du manque de ressources médicales, de temps dédié aux consultations et des difficultés d'accès et de mobilité, **remobiliser les partenariats autour de la téléconsultation et la télémédecine**, permettant de répondre, d'une part, aux situations de crise (décompensation psychiatrique par exemple), mais aussi aux besoins de suivis réguliers en santé



### Accompagner les PHV dans leur parcours social/médico-social et de droit commun

1. **Accompagner les travailleurs d'ESAT à la retraite** en adaptant progressivement le poste et le temps de travail, et en accompagnant petit à petit vers l'établissement d'accueil choisi
2. **Communiquer avec les PHV et les aidants** sur le **panier de service**, **expliquer** l'offre existante, **organiser** la visite des structures, rencontre des équipes etc... **afin de favoriser une prise de décision libre et éclairée** quant à **l'orientation du parcours**
3. **Aider les PHV qui souhaitent entrer en EHPAD à trouver des leviers financiers** lorsque la structure d'aval n'est pas habilitée à l'aide sociale
4. Développer les **passerelles entre les ESMS** afin de faciliter les transitions
5. **Développer l'accueil familial**, ainsi que des **formes d'habitat inclusif**, en Centre-Val de Loire
6. Permettre aux PHV ayant intégré un EHPAD de **revenir sur leur décision et sortir de l'EHPAD**, si elles le souhaitent (**droit fondamental**). Appliquer la **même logique de droit au renoncement** quel que soit **l'ESMS ou dispositif** concerné
7. Porter une attention particulière dans le **repérage et l'accompagnement des couples de PHV**, ainsi que des **dyades « enfant handicapé vieillissant/parent âgé en situation de perte d'indépendance »**
8. **Remobiliser les différents acteurs** (MDPH, secteur du domicile, ESMS PH, EHPAD et secteur sanitaire), via le dispositif « Réponse Accompagnée Pour Tous », autour **du risque de rupture** dans le parcours pour certaines PHV
9. Réfléchir à **des critères d'entrée « par besoins » et « par attentes »**, en ESMS, plutôt qu'à des critères d'entrée « par âge » afin d'assouplir les possibilités d'accompagnement
10. Faciliter **l'accès au droit commun des PHV** à domicile et en ESMS (ex : droit à de l'aide-ménagère, droit à accéder aux EHPAD, s'il s'agit de leur souhait, comme tout autre citoyen)
11. Penser des **hybridations**, d'une part, **entre différents dispositifs sociaux/médico-sociaux**, et d'autre part, **entre dispositifs sociaux/médico-sociaux et dispositifs de droit commun** (ex : GEM/EHPAD, association/EHPAD, FH/FV, association/FH EHPAD/FV, FH/GEM, etc.) pour mieux répondre aux besoins des personnes



### Repenser l'accompagnement des différents publics en EHPAD

1. **Travailler sur la compatibilité entre les accompagnements des différents publics en EHPAD**, et réfléchir, au sein des EHPAD, à la constitution de **différents collectifs**, en fonction **des moments de la journée** et des **besoins** de chacun (activités, temps de repas etc...)
2. **Penser des projets, en EHPAD, autour de l'accompagnement à la vie sociale** et du besoin **d'interaction** des PHV

## Commande

L'Agence Régionale de Santé, en concertation avec les Conseils Départementaux, a mandaté le CREAI Centre-Val de Loire pour réaliser une **étude régionale sur les Personnes Handicapées Vieillissantes**. Cette commande s'inscrit dans un **contexte à la fois national et régional**.

À la faveur des progrès de la médecine et d'un meilleur accès aux ressources en santé, les **personnes en situation de handicap ont vu leur espérance de vie augmenter** de manière significative, posant des questions et des **défis** jusque-là inédits en termes de réponses et d'accompagnements adaptés au niveau sanitaire, social et médico-social. « **Cette nouvelle longévité** »<sup>1</sup> se traduit par une hausse générale de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap et, à l'instar de la population générale, d'une espérance de vie en bonne santé. Si ce gain d'espérance de vie est indéniablement un progrès, il expose en retour les personnes en situation de handicap à l'apparition de problèmes et de **besoins en santé associés au vieillissement**.

L'inscription des Personnes Handicapées Vieillissantes à l'agenda des **politiques publiques** traduit ainsi la nécessité de **faire évoluer les réponses et dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux** de façon à répondre aux **besoins** de ces personnes, à leurs proches aidants et aux professionnels qui les accompagnent.

**Au niveau régional**, le développement de réponses adaptées aux besoins et attentes des personnes concernées est une problématique majeure, avec des listes d'attente très importantes à l'entrée de certaines structures. De plus, **les orientations départementales relatives aux Personnes Handicapées Vieillissantes s'avèrent très variées**, entre des politiques actives de mise en place d'Unités PHV dédiées ou des pratiques de dérogations d'âge d'entrée en EHPAD.

C'est dans ce contexte que l'ARS a confié au CREAI la réalisation d'un travail visant les objectifs suivants :

- **Recueillir et analyser** des expériences des acteurs médico-sociaux, champ handicap et champ personne âgée, concernés par le vieillissement des personnes accompagnées
- **Identifier et analyser** les impacts et les difficultés liés au vieillissement des personnes en situation de handicap
- **Collecter et étudier** les leviers, les adaptations et les organisations adaptées à cette problématique, dans le champ handicap et le champ personne âgée
- **Produire de la connaissance** sur les personnes handicapées vieillissantes, en termes de parcours et de besoins

Au-delà de la production de connaissances, il s'agit **d'interroger les acteurs concernés (secteur Handicap et Personne âgée) sur les conditions requises** en termes organisationnels, de plateau technique, de ressources internes et externes, pour l'accompagnement de Personnes Handicapées Vieillissantes.

---

<sup>1</sup> Azéma, B. et Martinez, N. (2005). Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie et de santé ; qualité de vie Une revue de la littérature. Revue française des affaires sociales, (2), 295-333. <https://doi.org/10.3917/rfas.052.0295>.

## Méthodologie et calendrier

L'étude concerne **tout type de handicap**. Les ESMS mobilisés ont été les **SAVS, les SAMSAH, les FAM/EAM, les MAS, les ESAT et les EANM** (ensemble des foyers non médicalisés) ainsi que les **EHPAD**. Malgré la demande, du CREAL CVL, **d'intégrer les personnes concernées dans l'étude**, cette démarche n'a pas pu aboutir car ne répondant pas à la commande.

L'âge pris en compte dans le cadre de l'étude, permettant de qualifier les personnes handicapées comme vieillissantes, est celui de **40 ans**. Ce critère d'âge prend appui sur une définition de la **CNSA** (2010). La méthodologie employée **était mixte (quantitative et qualitative)**. Les différentes étapes de la démarche ont été les suivantes :

Étape	Méthode	Temporalité
<b>Quantitative</b>	Diffusion d'un questionnaire auprès des ESMS du champ du handicap (SAVS, SAMSAH, FV, FH, FO, FAM, MAS)	Juin-Juillet 2024
<b>Qualitative</b>	Réalisation d'entretiens en visio avec 5 EHPAD de la région accompagnant des PHV	Mars-Avril 2024
	Réalisation de 6 focus groups (un par département), avec des cadres et directeurs d'ESMS des champs du handicap et de la gérontologie	Septembre 2024

**Antérieurement** à ces étapes quantitative et qualitative, **un temps exploratoire** ainsi qu'une **phase de quantification** des personnes handicapées vieillissantes en région CVL ont été menés. Les résultats issus de ces démarches préalables n'apparaissent pas dans ce rapport et la phase de quantification a fait l'objet **d'un autre livrable**, remis à l'ARS.

## Questionnement de l'étude

Cette étude **questionne les besoins**, en termes d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes, à 4 niveaux :

1. **Besoins de Personnes handicapées vieillissantes** (PHV)
2. **Besoins des professionnels** des secteurs PA, PH et du domicile
3. **Besoins des directions** des ESMS PA, PH et du domicile
4. **Besoins du territoire** Centre-Val de Loire

Une fois les données descriptives présentées (caractéristiques des dispositifs et des personnes accueillies), chacune de ces **4 entrées (PHV, professionnels, directions et territoire)** fait l'objet d'un **chapitre** distinct. À la fin de chaque chapitre, **les principales préconisations**, en lien avec les **besoins identifiés**, sont présentées. **Les retours d'expérience de 5 EHPAD**, accompagnant des PHV, sont aussi présentés en dernière partie de ce rapport.

**I - Données descriptives :**  
**Caractéristiques des ESMS et des  
personnes accueillies**

# 1) Caractéristiques des ESMS

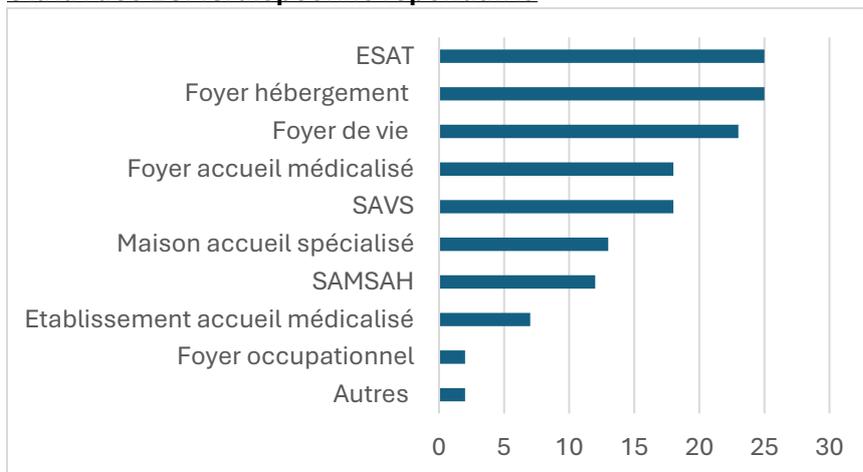
## 1.1 Caractéristiques des ESMS répondants

### Participation et répartition en région

145 ESMS et dispositifs ont répondu à ce questionnaire en région Centre-Val de Loire.

Sur l'ensemble des 145 répondants, **les 3 départements les plus représentés** sont **l'Indre-et-Loire**, le **Loiret** et le **Loir-et-Cher**, respectivement à hauteur de 28% (n=40 ESMS), 22% (n=32), 16% (n=23). **Les 3 départements les moins représentés** sont **l'Eure-et-Loir**, le **Cher** et **l'Indre**, respectivement à hauteur de 13% (n=19), 13% (n=19) et 8% (n=12).

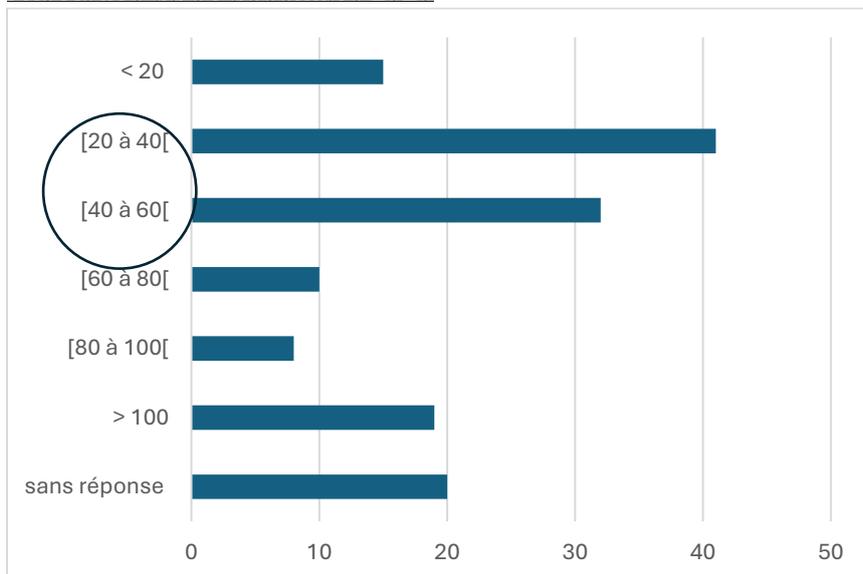
### Statut des ESMS/dispositifs répondants



Les ESMS **les plus représentés** dans l'étude sont les **ESAT**, les **Foyers d'hébergement** et les **Foyers de Vie**

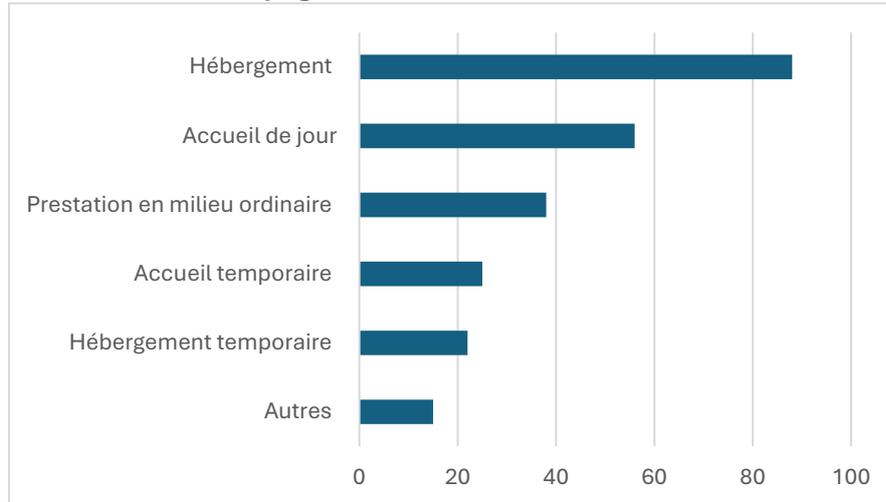
Les ESMS **les moins représentés** sont les **SAMSAH**, les **Établissements d'Accueil Médicalisé**, les **Foyers occupationnels**

### File Active au 31 décembre 2023



La majorité des ESMS et dispositifs répondants ont une **file active de 20 à 60 personnes accueillies**

## Modalités d'accompagnement



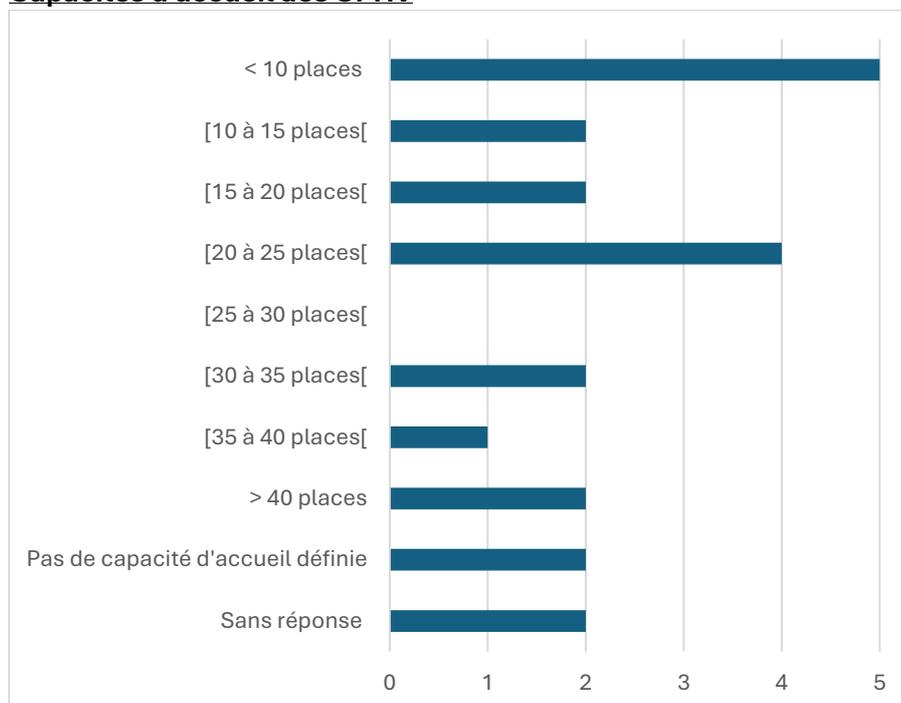
Les 3 modalités les plus proposées sont **l'Hébergement, l'Accueil de jour et les Prestations en milieu ordinaire**

**Les autres modalités d'accompagnement proposées sont :** Accompagnements à domicile et prestations de coordination / Accompagnement temporaire au domicile et en extérieur / Services d'évaluation par le travail et services d'accompagnement à la retraite / Foyers d'Accueil Médicalisé hors les murs / Travail en ESAT à temps partiel ou plein / Exercice professionnel en milieu protégé / Suivi par les SAVS / Interventions à domicile / Accompagnement de situations complexe à défaut orientation en Maison d'Accueil Spécialisée

## 1.2 Unité dédiée aux Personnes Handicapées Vieillissantes

Parmi les ESMS répondants, **15% (n=22) disposent d'une unité dédiée aux Personnes Handicapées Vieillissantes** (y compris interne, sans autorisation administrative dédiée), 70% (n=101) n'en disposent pas, et 15% (n=22) n'ont pas répondu.

### Capacités d'accueil des UPHV



La majorité des UPHV sont de **petite taille** (inférieure à 25 places)

Les places proposées concernent plutôt de **l'hébergement permanent**, mais aussi quelques places **d'accueil temporaire et d'accueil de jour**.

## **Éléments complémentaires sur les UPHV**

Parmi les 22 unités dédiées à l'accompagnement des Personnes Handicapées Vieillissantes recensées dans l'étude, les organisations développées revêtent certains points communs :

### **1. Concernant la configuration globale :**

Ce sont généralement de **petites unités intégrées à la demande** de la personne accompagnée / Lorsqu'elles excèdent **10-15 personnes, elles sont subdivisées** / Le respect du **rythme de chacun et l'organisation des activités** selon la fatigabilité des personnes sont primordiaux dans l'organisation / Des **équipements adaptés** sont souvent nécessaires.

### **2. En termes de présence de professionnels :**

Généralement, les **cultures professionnelles sont hybridées** et l'équipe pluridisciplinaire est constituée de professionnels issus des champs de **l'accompagnement, du social, l'éducatif et du soin** / Les professionnels **soignants** (infirmiers, aides-soignants) font partie intégrante de l'unité ou interviennent dans le cadre d'une collaboration avec d'autres services/institutions détenant une compétence « soin ». Ces professionnels sont amenés à réaliser des **soins de nursing** / Les professionnels des champs **éducatifs et sociaux permettent généralement un temps de renfort éducatif**, avec, dans certains cas, la possibilité pour les personnes accompagnées de participer à des ateliers adaptés (rendez-vous avec une assistante sociale, accompagnement dans le cadre de dispositifs de type « Un avenir après le travail », etc.) / **Des partenariats avec d'autres dispositifs/établissements** sont réalisés afin de répondre au mieux aux besoins spécifiques des Personnes Handicapées Vieillissantes, pour lesquels l'équipe en place ne détiendrait pas la compétence / Une ouverture sur l'extérieur et sur les **partenariats** est recherchée. Par exemple, dans le cadre de l'accompagnement de personnes retraitées d'un ESAT vivant dans un foyer d'hébergement, un accueil à la journée sur un Service d'Accueil et d'Activité de Jour a été spécifiquement mis en place.

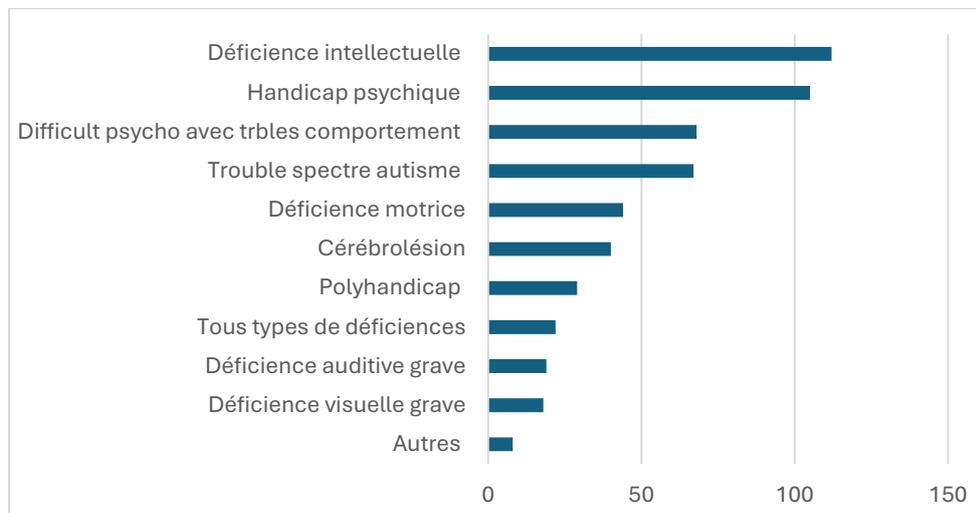
### **3. En termes d'organisation à l'interne :**

Des **espaces distincts** peuvent être créés pour des personnes aux besoins différents. Ainsi, par exemple, au sein d'un même ESMS, 3 espaces ont été distingués : **un espace pour des personnes présentant encore une importante indépendance fonctionnelle**, avec des professionnels uniquement sur les moments forts de la journée (toilette, repas et coucher) ; **un espace pour des personnes présentant une perte d'indépendance fonctionnelle modérée**, ayant besoin d'accompagnement et de surveillance, avec la présence d'un professionnel tout le long de la journée ; **un espace pour des personnes présentant une perte d'indépendance fonctionnelle importante** et un besoin de surveillance continue.

Ces unités dédiées sont majoritairement à **destination de personnes retraitées, mais un accompagnement auprès de personnes toujours en activité peut être proposé**. Par exemple, un temps de travail adapté en ESAT peut être couplé avec un accompagnement vers le passage à la retraite par les équipes pluridisciplinaires / Les personnes handicapées vieillissantes peuvent être accompagnées au sein **d'un collectif dont elles assurent seules la constitution**, ou être **réparties dans un collectif plus large** (EHPAD, Foyer de vie...) / **Les équipes utilisent des grilles d'analyse et d'évaluation** permettant d'objectiver les besoins des personnes et leur évolution / Le travail autour du **projet de vie** est central.

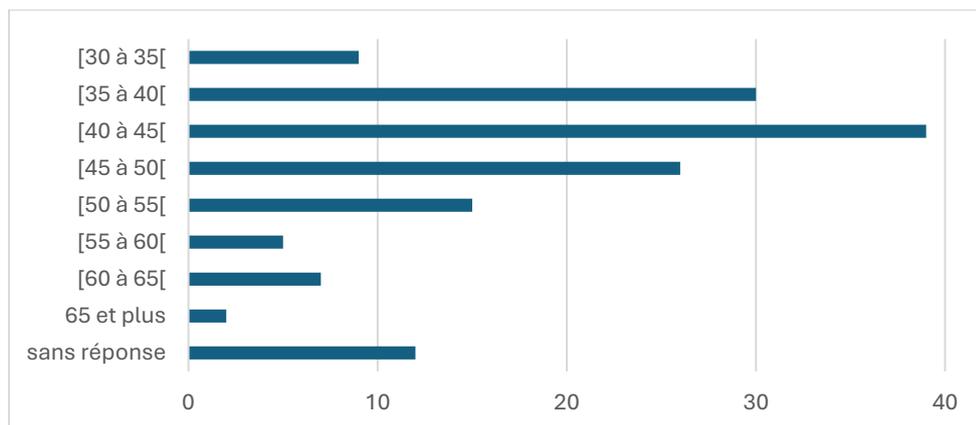
## 2) Caractéristiques des personnes accueillies

### 2.1 Types de handicaps/troubles



Les troubles les plus représentés sont la **déficience intellectuelle**, le **handicap psychique** et les **difficultés psychologiques avec des troubles du comportement**

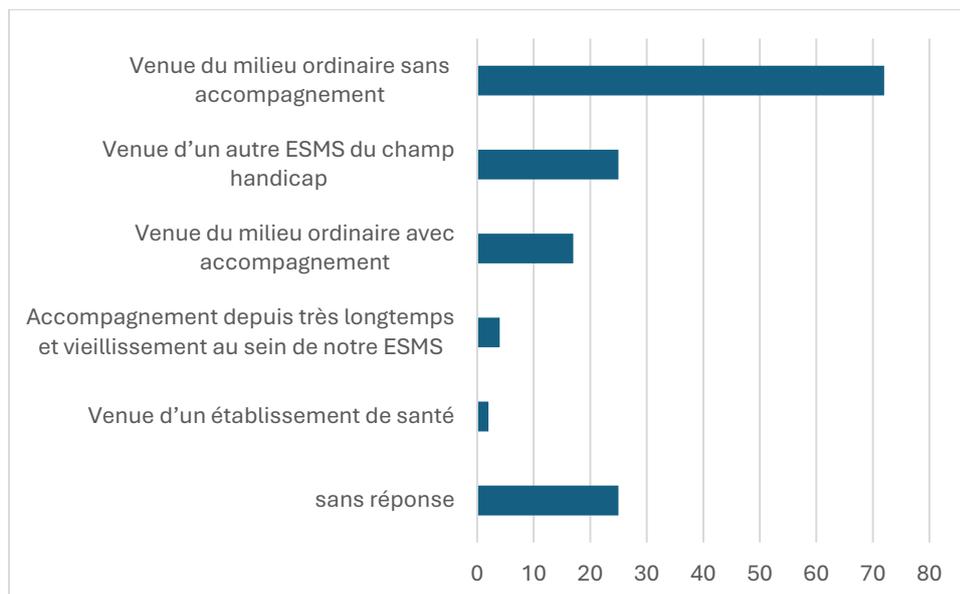
### 2.2 Age moyen des personnes accompagnées



Tous les **ESMS/dispositifs** accueillent au moins une personne **de plus de 45 ans**

Plus d'**1/3 des répondants** déclarent accueillir des personnes **d'une moyenne d'âge supérieure à 45 ans**

### 2.3 Modalités d'accompagnement avant l'arrivée au sein de l'ESMS



Les principales modalités antérieures d'accompagnement sont :

- Venue du milieu ordinaire, sans accompagnement
- Venue depuis un autre ESMS du champ du handicap
- Venue depuis le milieu ordinaire, avec accompagnement

**4 ESMS déclarent accompagner les personnes depuis très longtemps**

## **II - Données relatives aux besoins des PHV, des professionnels, des directions et du territoire**

## 3) Synthèse des échanges relatifs aux PHV

### 3.1 Besoins des PHV

Lorsque l'on demande aux ESMS de **caractériser les besoins des personnes handicapées vieillissantes**, la **majorité des ESMS** (n=107) déclarent que l'accompagnement des personnes concerne au minimum **2 catégories de besoins** parmi les 3 cités dans la nomenclature Seraphin-PH, à savoir, **les besoins en santé somatique/psychique, les besoins en termes d'autonomie et les besoins de participation sociale**.

Par ailleurs, **les besoins en santé somatique et psychique relèvent de la catégorie la plus identifiée**. Parmi cette catégorie de besoins, les éléments les plus cités sont : Entretien et **prendre soin de sa santé** / Besoins en matière de **fonctions mentales, psychiques, cognitives** et du système nerveux / Besoins en matière de fonctions locomotrices / Dépistage et gestion de **la douleur** / Besoins relatifs à la voix, à la parole et à l'appareil **bucco-dentaire**.

**Concernant les besoins relatifs à la participation sociale**, les thématiques les plus citées sont : Participation à la **vie sociale** / Accès aux **droits et à la citoyenneté** / Besoins pour accomplir les **activités domestiques** / Besoins pour **se déplacer** avec les moyens de transport / Besoins pour vivre dans un logement.

Relativement identifiés **en matière d'autonomie**, les 4 thématiques de la nomenclature Séraphin-PH sont citées : Besoins pour la **mobilité** / Besoins en lien avec les **relations et les interactions avec autrui** / Besoins pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité / Besoins en lien avec l'entretien personnel.

### 3.2 Évolution des besoins avec l'avancée en âge

Parmi les 145 ESMS répondants, **60 ESMS considèrent** que le vieillissement des personnes accompagnées génère **une évolution significative des besoins**, **55 considèrent** que cette **évolution est partielle** et **3 ESMS ne mentionnent pas d'évolution** des besoins avec l'avancée en âge (27 ESMS n'ont pas donné de réponse à cette question). Les différentes thématiques pour lesquelles il est identifié une évolution des besoins sont :

#### 1. Suivi en santé

Les personnes accompagnées vieillissantes ont des besoins en santé liés à leur handicap auxquels viennent se rajouter des **besoins liés au vieillissement**. Du fait de la pénurie médicale et de difficultés de déplacement (véhicule non adaptés, impossibilité de conduire, réseau de transport insuffisant), ces personnes ont **besoin d'un accompagnement aux rendez-vous médicaux**. Par ailleurs, des difficultés de compréhension peuvent aussi justifier la présence d'un professionnel de l'accompagnement pendant le rendez-vous. **Ainsi, les ressources médicales manquantes sont multiples** (psychiatrie, gériatrie, soins palliatifs, prise en charge de la douleur, etc.) et la **coordination entre les différents professionnels** est souvent nécessaire. Dans ce cadre, un professionnel assurant la **coordination médicale** entre les différents intervenants peut s'avérer nécessaire.

Ainsi, l'accompagnement aux rendez-vous médicaux pose de **vraies problématiques logistiques et de disponibilité**. « *Dans le cadre d'un accompagnement au domicile, j'ai dû accompagner un monsieur à un rendez-vous médical chez son généraliste. Il y avait 20 personnes*

*dans la salle d'attente. Nous avons attendu 2 heures, puis le monsieur a voulu partir. Je l'ai raccompagné chez lui, nous avons perdu l'après-midi ».*

La question qui peut se poser est celle de **l'aller vers**. Faut-il **accompagner les personnes aux rendez-vous médicaux**, dans un souci d'inclusion, malgré le manque de temps des professionnels des ESMS, les problématiques de transport et la pénurie de professionnels libéraux ? Ou vaut-il mieux développer **des dispositifs allant vers les PHV**, dans les ESMS ? Dans certaines structures, les deux modalités sont adoptées en fonction des besoins des personnes. *« Il y a un monsieur qui était suivi par le CMP et qui avait des problèmes d'addiction. Nous avons réussi à réguler les choses. L'infirmière du CMP vient régulièrement au sein de l'ESMS et tous les trois mois, la personne voit le médecin en se déplaçant en taxi au CMP. J'ai aussi des psychiatres libéraux, mais les personnes gèrent toutes seules. »*

Un autre exemple est celui du **Bus Bucco-Dentaire** qui se déplace dans les ESMS. *« Ce sont deux médecins qui travaillent 6 jours sur 7, le bus passe deux fois par an dans la structure et il y a un référent formé sur chaque établissement ».* Ce bus est une initiative précieuse au regard de **l'avancée en âge, des problématiques bucco-dentaires et du risque de dénutrition** qui en découle. D'autres dispositifs tels que **« Handiconsult/Handisanté »**<sup>2</sup> œuvrent, entre autres, pour un meilleur accès aux soins des PHV.

Face aux difficultés des transports, certains territoires aménagent des solutions, telles que le service **MOVE (Mobilité en Vendômois)**, qui est un service de **transport à la demande**, déclenché sur réservation téléphonique et effectué à bord d'un minibus ou d'un taxi.

## **2. Adaptation du logement et matériel adapté**

**L'adaptation du logement** (main courante, adaptation de la douche, de la baignoire, etc.) et l'équipement en matériel adapté (lit médicalisé, matériel ergonomique pour le repas, fauteuil roulant, lève-personne, aide technique, véhicule adapté, etc.) semble être un aspect incontournable dans la compensation des limitations liées à l'avancée en âge.

## **3. Réponse à la perte d'indépendance fonctionnelle**

**L'aide humaine** dans l'accompagnement des actes de la vie quotidienne est souvent nécessaire avec l'avancée en âge (aide pour les repas, la toilette, l'habillage, les difficultés de déplacement, etc.). Cette aide humaine vise aussi à **maintenir les acquis existants** le plus longtemps possible.

## **4. Prévention/dépistage des limitations fonctionnelles/sensorielles liées au vieillissement**

**Le dépistage des problématiques gériatriques** est un volet important de l'accompagnement du vieillissement des personnes handicapées. Une vigilance régulière doit être réalisée relativement à des problématiques telles que **le risque de chute, la dénutrition, le risque d'incontinence, les troubles de la déglutition, les troubles du comportement, l'hydratation, le risque d'altération de l'état cutané, les troubles de l'humeur, du comportement ou encore l'apparition de troubles cognitifs**. Le dépistage de la **douleur** et des **déficiences sensorielles** (vue, audition) est aussi nécessaire. Ainsi, des **outils et grilles**<sup>3</sup> de dépistage présentent un intérêt particulier. Par ailleurs, il semble intéressant d'inclure les personnes concernées dans cette **démarche préventive** vis-à-vis de leur santé et des signes de vieillissement de leur corps.

---

<sup>2</sup> « Handiconsult/Handisanté » est un dispositif ayant pour but la préparation et l'organisation de consultations aménagées, permettant à toute personne en situation de handicap d'accéder à des soins adaptés, quelle que soit la complexité de sa situation

<sup>3</sup> Les outils et grilles sont présentés par la suite dans ce rapport

### 5. Adaptation de la vie pendant/après le travail et présence éducative

La transition depuis un quotidien rythmé par le travail vers une vie de personne retraitée doit être préparée. Un professionnel du secteur éducatif est souvent nécessaire pour cela. Au fur et à mesure de l'avancée en âge, les personnes accompagnées peuvent ressentir **le besoin d'adopter un rythme plus lent et de réaliser une activité professionnelle à temps partiel**. Au passage à la retraite, le changement de rythme et le nouveau sens donné au quotidien, en l'absence d'activité professionnelle, doit être pensé avec la personne.

### 6. Maintien du lien social et lutte contre l'isolement

Un aspect important pour maintenir un équilibre de vie, lorsque l'exercice professionnel prend fin, est indéniablement **la lutte contre l'isolement et le maintien du lien social**. Ce lien peut être entretenu, entre autres, par du partage intergénérationnel, des séjours adaptés, des activités extérieures collectives. Par ailleurs, l'importance accordée à la valorisation du **sentiment d'utilité sociale** est un important facteur de motivation dans l'entretien des relations sociales.

### 7. Promotion de l'autonomie

L'autonomie des personnes accompagnées, soit leur « capacité d'agir avec réflexion, en toute liberté de choix »<sup>4</sup>, fait l'objet d'une vigilance particulière et doit être promue en s'appuyant, par exemple, sur des **initiatives encourageant l'autodétermination des personnes**.

### 8. Accompagnement administratif et accès aux droits

Les personnes handicapées vieillissantes peuvent nécessiter de l'aide dans la gestion administrative, notamment en termes **d'accès à des dispositifs du droits commun** (ex : dossier pour de l'accueil de jour, une entrée en EHPAD, mise en lien avec un service d'aide à domicile etc.)

### 9. Aide aux aidants

Le vieillissement des proches des personnes accompagnées, ainsi que des **solutions de répit de l'entourage**, doivent être pensées.

### 10. Formation des professionnels

Des **formations à destination des professionnels** de l'accompagnement, sur la thématique des problématiques gériatriques spécifiques au handicap d'une part, et généraliste d'autre part, est une mesure souvent mentionnée.

### 11. Besoin de places supplémentaires en ESMS

La **réponse apportée** à l'accompagnement des personnes, qu'elle soit **domiciliaire ou institutionnelle**, résulte de l'équilibre entre les souhaits et besoins de la personne, il n'en demeure pas moins que **l'offre en ESMS** quel qu'il soit, hormis pour certains EHPAD, est aujourd'hui **largement insuffisante**.

## 3.3 Age charnière dans l'évolution des besoins

**43% des ESMS (n=62) identifient un âge charnière** dans l'évolution des besoins, **38% (n=55) n'en identifient pas** (19% (n=28) n'ont pas répondu à cette question). **La tranche d'âge des 50-55 ans est fréquemment mentionnée** en tant qu'âge charnière, notamment sur les plans suivants : Besoin de modification et de ralentissement du **rythme**, diminution progressive du **temps de travail** / Début de la perte d'indépendance fonctionnelle et besoin d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne / Risque plus important d'altération de l'état général /

---

<sup>4</sup> Warchol, N. (2012). Autonomie. Dans Formarier, M. et Jovic, L. (dir.), Les concepts en sciences infirmières 2<sup>ème</sup> édition. Association de Recherche en Soins Infirmiers.  
<https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0087>.

Augmentation des besoins en termes de **suivi médical** / Sur-rajout des manifestations du vieillissement au handicap préexistant.

**Cependant, l'âge charnière peut être identifié dès 45 ans, notamment dans le cadre de pathologies spécifiques**, telles que la cérébrolésion, la Trisomie 21, le syndrome de Down ou encore les troubles neurologiques (liste non exhaustive), pour lesquelles un vieillissement prématuré est observé. **Le faible nombre de places disponibles**, dans les ESMS pouvant potentiellement accueillir ces personnes, **implique une anticipation de la part des professionnels relativement au parcours** et à l'avancée en âge des personnes. Enfin, quelques répondants semblent positionner un âge charnière autour de soixante ans.

**La transition de l'activité professionnelle vers la retraite** est une thématique importante relativement à la définition d'un âge charnière, dans le sens où l'arrêt du travail peut venir majorer des difficultés préexistantes. **Pour les personnes accompagnées comme pour la population générale, le passage à la retraite est une étape clef** du parcours de vie, et le **handicap semble être un facteur de vulnérabilité supplémentaire**. En effet, ces personnes semblent être d'autant plus fragiles face à la gestion du changement de rythme (générant une potentielle perte de repères), à l'appauvrissement des liens sociaux et l'occupation du temps libre. Le déséquilibre généré par cette conversion peut avoir de fortes répercussions physiques et psychiques sur les personnes.

### 3.4 Repérage et évaluation des signes du vieillissement

**8% (n=11)** des cadres et directions interrogées déclarent **réaliser ce repérage sans difficulté**, **43% (n=62)**, déclarent **réaliser ce repérage mais que cela reste complexe** et 30% (n=43), déclarent ne pas réaliser ce repérage (20% soit 29 ESMS n'ont pas répondu à cette question).

**Parmi les répondants 12% (n=17)**, déclarent **utiliser des outils/grilles d'évaluation spécifique**, 69% (n=100) déclarent ne pas utiliser d'outils spécifiques et 19% (n=28) ne se sont pas positionnés. De plus, certains ESMS (10%, n=15) utilisent des grilles d'observation<sup>5</sup> des besoins, croisées entre besoins liés au vieillissement et besoins liés au handicap.

**Les PHV constituent un collectif extrêmement hétérogène** du fait de la **diversité des handicaps**, des parcours de vie et de la **variabilité inter-individuelle des limitations liées à l'avancée en âge**. Ainsi, le vieillissement peut s'exprimer de façon plus ou moins prématuré en fonction de certains handicaps. *« On sait qu'il existe un vieillissement prématuré chez les personnes ayant un Trouble du Spectre de l'Autisme avec une déficience intellectuelle. Mais il est difficile de savoir, face à un symptôme, s'il s'agit d'un déclin cognitif ou s'il y a une pathologie somatique sous-jacente. »* ; *« La malvoyance, vous savez, plus la population vieillit, plus il y a des troubles au niveau de l'audition et de la vue. La vue est un sens hégémonique, c'est-à-dire que 90% des informations passent par la vue, cela a de grosses répercussions lorsque la vue s'altère ».*

### 3.5 Vieillesse des PHV et réévaluation du PPA

Parmi les ESMS ayant participé à l'étude, **64%(n=93)**, évoquent systématiquement le **vieillesse des personnes accompagnées lors des révisions annuelles des PPA**. De plus, **17% (n=25)** des ESMS **rédigent un nouveau PPA, avant sa révision annuelle**, si l'évolution des besoins est telle qu'elle modifie le projet d'accompagnement.

---

<sup>5</sup> Les outils et grilles sont présentés par la suite dans ce rapport

## 3.6 Besoins des PHV présentant des profils particuliers

### Personnes atteintes de troubles psychiatriques

L'accompagnement des **personnes handicapées vieillissantes atteintes de troubles psychiatriques pose de nombreux défis**. En effet, au-delà de l'enjeu de la **stabilisation de la pathologie psychiatrique**, mise à mal par la **pénurie de professionnels** formés et le manque de places en institutions spécialisées, c'est également la **santé physique de ces personnes qui est préoccupante**. En effet, ces dernières, du fait de conditions de vie précaires ainsi que de l'avancée en âge, sont susceptibles de développer des **défaillances multi-organes** encore insuffisamment dépistées et soignées. La question de l'accompagnement des PHV ayant des troubles psychiatriques est **centrale et est abordée à différents moments** dans ce rapport.

### Travailleurs d'ESAT

Il existe des difficultés pour faire la **passerelle** dans l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes **après la vie en ESAT**. En effet, les travailleurs d'ESAT sont généralement hébergés dans des foyers d'hébergement depuis le début de leur activité professionnelle. **À l'approche de la cessation d'activité**, le parcours se complexifie et différents scénarios peuvent être envisagés : **Poursuivre sa vie dans le foyer d'hébergement** (pour cela une dérogation est nécessaire à partir de 55 ans, et souvent difficile à obtenir) / **Entrer dans un foyer de vie** (une orientation peut être posée, mais les places vacantes sont rares. Par ailleurs, les travailleurs retraités peuvent se sentir en décalage avec le mode de vie et le rythme de ces foyers, davantage adaptés à un public venant d'Instituts médico-éducatifs) / **Entrer en EHPAD** (cette piste peut être explorée mais nécessite de nombreuses adaptations, réorganisations et collaborations entre l'établissement de départ et l'établissement d'accueil) / **Vivre dans un habitat inclusif**, avec un la mise en place d'un SAVS (ce choix peut être risqué si la personne ne s'adapte pas, car la réintégration d'un foyer de vie par la suite peut s'avérer compliqué, notamment du fait du manque de places et de l'avancée dans l'âge) / **L'accueil familial** (encore très peu développé et pensé à ce jour sur le territoire en Centre-Val de Loire).

Ainsi, lors de la **cessation d'activité et de la sortie du foyer d'hébergement** des travailleurs d'ESAT retraités, la difficulté réside dans le fait **qu'aucune structure n'a été pensée spécifiquement pour accueillir ces personnes**. En effet, les anciens travailleurs peuvent, **soit intégrer le milieu ordinaire via des dispositif de droit commun** (EHPAD ou habitat inclusif) ; soit poursuivre leur vie dans une **institution pour personnes handicapées**. Dans les deux cas, **ces anciens travailleurs peuvent se sentir en décalage** avec le public accueilli et ces accompagnements viennent percuter et interroger en profondeur les équipes et directions.

La question **des couples anciens travailleurs d'ESAT** est aussi un vrai sujet. En effet, avec le départ à la retraite, ces personnes peuvent subir **plusieurs traumatismes** importants : la **cessation d'activité**, le fait de **quitter le foyer** d'hébergement et le **risque d'être séparé** de la personne aimée. Ces situations de vie sont très violentes.

Les travailleurs d'ESAT retraités ont, comme toutes les PHV, besoin d'une **souplesse dans leur parcours de vie à la retraite**. En effet, le choix d'un **lieu de vie après le foyer d'hébergement** peut poser question et ces personnes peuvent **souhaiter essayer la vie en EHPAD**. Cependant, il est important qu'elles puissent **revenir sur leur décision si ce choix ne leur convient finalement pas**. *« Ce monsieur vivait dans un foyer d'hébergement. Lors de la cessation d'activité à l'ESAT, la question du lieu de vie s'est posée et il a émis le souhait d'entrer en EHPAD. Il s'y est bien intégré mais la vie en EHPAD ne lui plaisait pas. Nous avons finalement retravaillé son souhait*

*et il a peu à peu intégré une famille d'accueil, d'abord le week-end en restant la semaine à l'EHPAD, puis à temps complet. Il a été important qu'il puisse sortir de l'EHPAD. »*

**Dyade parent vieillissant et enfant en situation de handicap**

Bien que **l'aidant avance en âge et ait besoin de répit et d'aide pour lui-même**, il est parfois **difficile pour les professionnels d'initier un accompagnement sans se heurter à la relation forte**, créée naturellement entre le parent et l'enfant. Ce type de situation nécessite souvent un accompagnement particulier qui peut questionner les professionnels.

### 3.7 Préconisations en lien avec les besoins identifiés

Besoins	Préconisations
<b>Accompagnement à la santé somatique et psychique</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Renforcer le suivi de la santé des PHV par la mise en place de dispositifs d'aller-vers, mais aussi renforcer l'inclusion des personnes en valorisant le temps d'accompagnement aux rendez-vous médicaux</li> <li>2. Développer les modalités de transport à la demande</li> <li>3. Créer/penser des postes de professionnels en charge de la coordination médicale au sein des ESMS</li> <li>4. Penser le bâti en fonction des besoins spécifiques des PHV et de la perte d'indépendance</li> <li>5. Investir dans l'aménagement du bâti et dans du matériel adapté</li> <li>6. Former davantage de professionnels du domicile et revaloriser ces métiers afin que les PHV au domicile et en EANM puissent bénéficier d'aide dans les actes de leur vie quotidienne</li> <li>7. Prévenir les syndromes gériatriques (risque de chute, de dénutrition, troubles de l'humeur, etc.) apparaissant chez les PHV avec l'avancée en âge en développant et mutualisant des outils de repérage</li> <li>8. Former les professionnels et les personnes accompagnées à cette démarche de repérage des syndromes gériatriques</li> <li>9. Développer l'offre et faciliter l'accès aux dispositifs de soins psychiatriques</li> <li>10. Former davantage de professionnels à la santé mentale et à la gestion des troubles du comportement afin de répondre aux très forts besoins sur le territoire</li> </ol>
<b>Accompagnement des PHV dans leur parcours</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anticiper le départ à la retraite et accompagner les travailleurs d'ESAT en aménageant progressivement le temps de travail</li> <li>2. Permettre aux PHV d'accéder aux dispositifs du droit commun, et notamment à l'entrée en EHPAD, si elles le souhaitent, en les aidant dans la constitution des dossiers administratifs</li> <li>3. Aider les PHV qui souhaitent entrer en EHPAD à trouver des leviers financiers</li> <li>4. Développer les passerelles entre les ESMS afin de faciliter les transitions</li> <li>5. Présenter et expliquer l'offre existante, en termes de possibilités de parcours, aux personnes accompagnées et à leurs proches</li> <li>6. Développer l'accueil familial, ainsi que des formes d'habitat inclusif, en Centre-Val de Loire</li> <li>7. Permettre aux PHV ayant intégré un EHPAD de revenir sur leur décision et de sortir de l'EHPAD, si elles le souhaitent</li> <li>8. Porter une attention particulière dans le repérage et l'accompagnement des couples de PHV, ainsi que des dyades enfant handicapé vieillissant/parent âgé en situation de perte d'autonomie</li> </ol>

## 4) Synthèse des échanges concernant les professionnels

### 4.1 Formation des professionnels au vieillissement des PHV

**Le vieillissement des personnes accompagnées est un sujet de réflexion pour la majorité ESMS répondants. En effet, respectivement 34% (n=49) et 31% (n=45) déclarent que le vieillissement des personnes en situation de handicap est un sujet de réflexion très important ou assez important.** Pour 18% (n=26) des ESMS répondants, ce sujet est peu important, et pour 1% (n=1), le vieillissement des personnes accompagnées n'est pas un sujet en soi (17% (24) des ESMS n'ont pas répondu à cette question). La montée en compétence des équipes est un levier important, car ces nouveaux accompagnements peuvent induire **de la démotivation et de la surcharge de travail** chez les professionnels.

**31% (n=45 ESMS) de l'échantillon déclarent que la sensibilisation/formation au vieillissement des personnes accompagnées concerne toutes les équipes, et 16% des ESMS (n=23), considèrent que ces formations ne concernent qu'une partie des équipes.** Pour 38% (n=43 ESMS) la sensibilisation/formation au vieillissement des personnes accompagnées n'est pas encore en place au sein de l'ESMS, mais est « en projet » ou « considérée comme utile » au sein de la structure. Enfin, pour 7% (n=10 ESMS) des répondants, la sensibilisation/formation des équipes au vieillissement n'est pas un sujet et ne constitue pas un besoin important à l'heure actuelle (17% (n=24) des ESMS interrogés n'ont pas répondu à cette question).

**Les thématiques de formation/sensibilisation** les plus citées sont les suivantes (par ordre de fréquence de citation) :

- Formation à **l'accompagnement du vieillissement** chez les personnes en situation de handicap
- Formation à **l'observation et au repérage du vieillissement** et de ses manifestations
- Formation à **l'évaluation des besoins** en lien avec le vieillissement
- Formation à la **prévalence de certaines pathologies** et problématiques liées à des situations de handicap
- Formation à la **prévention** du vieillissement
- Formation à la **prise en compte de l'entourage** et des proches aidants des personnes accompagnées
- Formation aux **enjeux liés à la retraite des personnes accompagnées**, notamment les travailleurs d'ESAT
- Formation à l'accompagnement de la **fin de vie**

**Les intervenants extérieurs** mobilisés par les ESMS répondants pour répondre au besoin de sensibilisation/formation sont : **Organismes de formation continue privés ou publics/ Professionnels libéraux** détenant une compétence technique (infirmiers, psychologues, professionnels du domicile, ergothérapeutes, gériatres, psychiatres, médecins généralistes...)/ **Professionnels de santé ou de l'accompagnement, œuvrant dans d'autres dispositifs**, détenant une **compétence technique** spécifique (assistants sociaux de secteur, organismes mandataires, médecine du travail – notamment pour les travailleurs d'ESAT, équipe mobile de gériatrie, équipe mobile de soins palliatifs, Centres Médicaux-Psychologiques, service d'évaluation de la Maison Départementale de l'Autonomie...) / « **Structures ressources** » privées ou publiques, **dans le cadre de partenariats spécifiques** sur le territoire (dispositif « Un avenir

après le travail », CARSAT, médecins internes du pôle de gériatrie du CHU de Tours, APF France Handicap...)

Des initiatives intéressantes concernent le partage de connaissances avec **d'autres ESMS, spécialisés dans l'accompagnement de personnes âgées et/ou de personnes handicapées**, avec lesquels s'organisent des temps de « partage de pratiques », permettant une formation « in situ » (« **échanges de pratiques** » entre soignants et éducateurs, « **immersion** » de **professionnels** du secteur du handicap en EHPAD et vice versa, « échanges de pratiques » avec un Foyer d'Accueil Médicalisé, etc.). **Ces temps d'immersion** sont extrêmement enrichissants pour les professionnels et peuvent se mettre en place entre des **ESMS handicap et des EHPAD**, ou encore entre un **ESMS et un service d'aide à domicile**. L'interconnaissance des métiers de chacun et l'utilisation d'un langage et d'outils communs sont autant de **facteurs de réussite de collaboration**. La mise en place de temps d'analyse de pratiques entre les professionnels issus des différents secteurs (handicap, gérontologie, domicile) peut aussi s'avérer extrêmement bénéfique.

## 4.2 Repérage des signes du vieillissement

**Parmi les ESMS répondants, 8% (n=11) déclarent mettre en place un repérage/évaluation systématique des signes du vieillissement sans difficulté, et 42% (n=62), déclarent mettre en place ce repérage bien que cela soit complexe.** De plus, parmi les répondants, 30% (n=43 ESMS) ne parviennent pas à mettre en place cette évaluation, et enfin, 20% des ESMS (n=29), n'ont pas répondu à cette question.

**Relativement aux outils utilisés pour ce repérage, respectivement 12% (n=17 ESMS) et 10% (n=15 ESMS) utilisent des outils/grilles spécifiques au vieillissement d'une part, et des outils permettant l'évaluation croisée des besoins liés au vieillissement et au handicap d'autre part.** Parmi les outils utilisés par les ESMS répondants, on peut recenser (liste non exhaustive) :

**1. Les outils/grilles validés issus de l'Évaluation Gériatrique Standardisée, dont entre autres :** Échelles MADRS<sup>6</sup> et HAMILTON<sup>7</sup> (repérage/évaluation du syndrome dépressif) / Échelles de repérage/évaluation de la douleur / Échelle de Braden (évaluation du risque d'escarre) / Échelle AGGIR (évaluation de la perte d'indépendance fonctionnelle)

**2. Les outils/grilles validés développés spécifiquement dans le cadre de l'accompagnement des personnes en situation de handicap :** Grille d'évaluation du vieillissement VAUD (outil d'évaluation des signes du vieillissement et de l'émergence de nouveaux besoins chez la personne en situation de handicap) / Outil GEVA (grille évaluation des besoins de compensation de la personne en situation de handicap) / Échelle VINELAND (échelle de comportements adaptatifs qui évalue les habiletés personnelles et sociales des personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement) / Nomenclature Séraphin-PH (permettant d'appréhender l'évolution des besoins des personnes en situation de handicap) / Échelle GED-DI (évaluation de la douleur chez les personnes ne pouvant s'auto-évaluer du fait d'un handicap cognitif, essentiellement dans le cadre d'un polyhandicap) / « Questionnaire de repérage de la démence chez les individus ayant une déficience intellectuelle » / Échelle ESAA (évaluation de la symptomatologie sensorielle des adultes avec troubles du spectre de l'autisme pouvant aider au dépistage d'un syndrome douloureux)

<sup>6</sup> Echelle de dépression de Montgomery et Asberg

<sup>7</sup> Echelle de dépression de Hamilton

**3. Les grilles/outils construits en interne par les ESMS :** Grille d'évaluation de l'autonomie des personnes en situation de handicap / Grille d'évaluation du vieillissement précoce/ Grille « radar » utilisées lors de l'évaluation du Projet Personnalisé d'accompagnement / Grilles développées par les équipes éducatives / Grilles de repérage du vieillissement / Fiche de suivi de l'hydratation et de l'alimentation / Fiche de suivi du transit et de la fonction urinaire

**Les ESMS peuvent aussi faire appel à des dispositifs détenant une expertise spécifique**, pour évaluer certaines problématiques en lien avec l'avancée en âge. On peut noter par exemple la sollicitation des partenaires suivants : Demande de consultation médicale pour toute suspicion de douleur persistante / Demande de consultation avec un médecin traitant, pour une orientation vers un centre de consultation mémoire, si suspicion de troubles mnésiques ou cognitifs / Demande d'évaluation des capacités fonctionnelles par un ergothérapeute / Demande d'un diagnostic éducatif auprès d'un professionnel.

### 4.3 Représentations et craintes des professionnels

**Les craintes des professionnels**, quant au parcours des PHV, sont à considérer. Ces craintes concernent à la fois **le secteur du handicap et celui de la gérontologie**. Dans le champ du handicap, elles peuvent être exprimées lorsque les professionnels ont accompagné les PHV pendant une longue période de vie. En effet, ces professionnels sont parfois amenés à constater le besoin de davantage de médicalisation pour la personne. Ils peuvent alors être inquiets quant à la suite de l'accompagnement :

*« On sait que ce n'est pas notre faute, on sait que l'on n'a pas les moyens qui vont en face. Mais oui il y a de l'attachement, on n'a pas envie d'abandonner la personne que l'on a accompagnée depuis presque 18 ans... On se pose des questions comme : est-ce qu'il va être bien traité ? Est-ce que l'on va bien s'en occuper ? » « Les professionnels ressentent un sentiment de culpabilité comme je l'ai rarement vu ! » « Ce qui anime les professionnels, c'est que l'on s'occupe des personnes jusqu'à la fin [...] Mais à certains moments, ce n'est plus possible. »*

Ces craintes sont majorées **par les représentations que les professionnels peuvent entretenir vis-à-vis des EHPAD :**

*« Reste la question fondamentale des moyens. Quand une personne a été accompagnée par 2-3 professionnels le matin, 2-3 professionnels l'après-midi [...] Je sais bien que ce ne sont pas vos ratios d'encadrement (en faisant référence aux EHPAD), mais c'est compliqué. » « [...] Le fait d'être confronté à des questions qui peuvent être perturbantes, en référence au taux d'encadrement [...] et cette inquiétude : Vous laissez les personnes âgées sur des chaises toute la journée ? [en parlant des EHPAD] »*

**Les mêmes inquiétudes peuvent être exprimées par les aidants familiaux, de personnes âgées**, se sentant démunis et exclus de l'accompagnement au moment de passer le relais vers l'EHPAD :

*« Pour les aidants de personnes âgées, on a le sentiment d'abandon lorsqu'elles arrivent du domicile, quand les proches ont l'impression de ne pas avoir su faire face jusqu'au bout »*

**Ainsi les professionnels travaillant en EHPAD sont fréquemment amenés à gérer les ressentis/inquiétudes** des aidants familiaux de personnes âgées, d'une part, et des professionnels accompagnant depuis longtemps des PHV, d'autre part.

**Les craintes des professionnels s'apaisent lorsqu'ils sont impliqués dans le parcours de la personne** et qu'une passerelle s'établit entre les différents établissements. Le retour d'expérience ci-après est une illustration intéressante d'une collaboration réussie entre un foyer

de vie et un EHPAD. Les propos de la directrice du foyer de vie d'une part, et de la directrice de l'EHPAD d'autre part, y sont relatés :

**Verbatim de la directrice du foyer de vie :**

« On a visité la structure [en parlant de l'EHPAD], on a rencontré les résidents, on a discuté avec les professionnels, la direction, de quel était le projet de leur EHPAD. Et puis aussi, on a échangé autour des difficultés auxquelles ils étaient confrontés à l'EHPAD et du projet pour les personnes en situation de handicap qu'ils allaient accueillir. On leur a aussi demandé ce qu'ils attendaient de notre part [...] On a fait un gros travail d'accompagnement des équipes du foyer de vie, pour les rassurer sur ce qui allait être mis en place à l'EHPAD. Ils sont venus à l'EHPAD rencontrer les professionnels et les résidents. »

**Verbatim de la directrice de l'EHPAD :**

« De notre côté, certains professionnels de l'EHPAD ce sont mis à fond dans l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes, ce qui fait qu'on a pu travailler avec le foyer de vie pour accueillir d'autres personnes. Actuellement on a 4 personnes qui sont issues du foyer, ils sont inclus dans l'établissement. J'ai des résidents qui sont très bienveillants avec ce public. Grâce à l'accueil des personnes handicapées vieillissantes, on s'est ouverts d'esprit sur d'autres activités, on a échangé sur ce que faisait le foyer d'hébergement, on s'est ouverts vers l'extérieur. [...] On a aussi beaucoup communiqué auprès des familles des résidents âgés, qui se posaient des questions quant au profil des personnes que nous accueillions. »

Ainsi, pour collaborer harmonieusement et lever les appréhensions respectives, les professionnels des secteurs du handicap et de la gérontologie ont besoin de se rencontrer dans un souci **d'interconnaissance**.

**Cette collaboration ne doit cependant pas s'arrêter à l'accueil de la personne** accompagnée et doit **perdurer dans le temps**, permettant une vraie qualité de l'accompagnement, **l'équipe de l'établissement d'origine** devenant une vraie **ressource pour celle de l'établissement d'aval** :

« C'est un travail de longue haleine. On continue à travailler avec le foyer de vie, à les faire venir. Ils veulent prendre des nouvelles des résidents et ils constituent une véritable mine d'informations quant à l'accompagnement de ces personnes. On a des projets de vie de 3 kilomètres de long ! [...]. Et je pense à une personne pour laquelle on a dû déménager la chambre. Elle venait d'un foyer de vie et on a appelé l'équipe du foyer en leur demandant des conseils sur la façon de s'y prendre pour ce déménagement de chambre au sein de l'EHPAD. Ils ont beaucoup apprécié qu'on les appelle et ils nous ont prodigué plein de conseils. Ce sont de vraies personnes ressources, ce sont nos experts du handicap. Ils nous font confiance pour la prise en charge et grâce à cela ils ont pu libérer 4 places au sein du foyer pour potentiellement accueillir des plus jeunes. »

**L'arrivée de personnes handicapées vieillissantes peut aussi permettre aux professionnels de l'EHPAD de redonner du sens à leur travail.** En effet, ces professionnels accompagnent les résidents âgés lors de leurs étapes de fin de vie, en lien avec la perte d'indépendance fonctionnelle et « l'accroissement des besoins en soins et de soutien à l'autonomie »<sup>8</sup>. L'intégration, au sein de la structure, de personnes handicapées vieillissantes, peut leur permettre d'investir un autre type d'accompagnement :

« On a eu une période lors de laquelle notre durée moyenne de séjour a baissé, on a eu plusieurs décès en l'espace de quelques semaines, cela a été très violent pour les équipes. Accueillir des personnes handicapées vieillissantes plus jeunes, cela a eu un effet où les agents se sont dit : on va pouvoir prendre le temps, on va pouvoir s'investir, construire quelque chose avec eux. »

---

<sup>8</sup> Bilan de l'évolution de l'offre à destination des personnes âgées et des personnes handicapées, CNSA, 2021.

Enfin, **l'arrivée de ces personnes handicapées vieillissantes au sein de l'EHPAD** peut générer de véritables **changements dans les mentalités des professionnels** :

*« J'ai deux professionnels qui souhaitent évoluer. En général, la voie royale en EHPAD ce sont nos agents de service qui deviennent aides-soignants et les aides-soignantes qui deviennent infirmières. Là, j'ai deux professionnelles, j'étais persuadée qu'elles allaient me demander des formations d'aides-soignantes, mais elles m'ont demandé des formations d'accompagnant éducatif et social. Je me dis qu'il y a un vrai bouleversement dans les équipes ».*

## 4.4 Préconisations en lien avec les besoins identifiés

Besoins	Préconisations
<b>Sensibiliser et former les professionnels aux besoins spécifiques des PHV et aux modes d'intervention possibles</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Former les professionnels sur les thématiques suivantes : Accompagnement au vieillissement des PHV / Observation et repérage des syndromes gériatriques / Évaluation des besoins en lien avec le vieillissement / Prévalence de certaines pathologies avec l'avancée en âge / Accompagnement de l'entourage et des proches aidants / Enjeux liés à la retraite des personnes accompagnées / Accompagnement de la fin de vie</li> <li>2. Développer et généraliser des dispositifs de partage de pratiques tels que l'immersion de professionnels du champ PH en EHPAD, et réciproquement l'immersion de professionnels du champ gérontologique en ESMS du secteur PH</li> <li>3. Procéder à la même démarche de partage de pratiques et d'immersion avec les professionnels du domicile</li> <li>4. Mettre en place des espaces d'analyse de pratiques professionnelles accueillant au sein d'un même groupe des professionnels du champ gérontologique, du champ du handicap et du domicile</li> </ol>
<b>Repérer et évaluer la perte d'autonomie fonctionnelle et les syndromes gériatriques chez les PHV</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Initier les professionnels du champ du handicap à l'évaluation de la perte d'indépendance fonctionnelle</li> <li>2. Diffuser et mutualiser les outils d'évaluation et de repérage des signes du vieillissement, qu'ils soient issus de l'évaluation gériatrique standardisée, développés et validés spécifiquement pour les PSH, ou créés localement par les équipes</li> </ol>
<b>Développer l'interconnaissance pour faire évoluer les représentations des professionnels des secteurs PH et PA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Développer et généraliser les passerelles et la collaboration entre les ESMS PH et les EHPAD</li> <li>2. Pérenniser la collaboration, au-delà de l'accueil de la personne, en positionnant les équipes de l'ESMS PH comme ressources dans l'accompagnement de la PHV au sein de l'EHPAD</li> <li>3. Travailler autour des craintes des professionnels et des aidants, vis-à-vis du parcours de la personne</li> </ol>

## 5) Synthèse des échanges concernant les directions

### 5.1 Plateau technique

Les besoins des ESMS pour accompagner les personnes accueillies et leur avancée en âge portent sur différents points. Tous d'abord, lorsque l'on demande aux ESMS de l'échantillon si leur **plateau technique actuel leur permet de répondre aux besoins liés au vieillissement des personnes accompagnées**, la majeure partie des ESMS considèrent que **le plateau technique ne répond que partiellement (n=72 ESMS), ou pas du tout (n=27 ESMS)**, aux besoins relatifs au vieillissement des personnes accompagnées. Par ailleurs, 21 ESMS déclarent que le plateau technique permet de répondre totalement aux besoins des personnes et 25 ESMS ne se sont pas positionnés sur ce sujet.

Lorsque les ESMS s'expriment sur les **fonctions ou compétences manquantes** pour répondre de manière adaptée aux besoins liés au vieillissement des personnes, les 3 thématiques les plus citées sont :

- **Besoin de professionnels supplémentaires**, cité très largement par l'ensemble des ESMS
- **Formation des équipes** (déjà abordé dans le précédent chapitre)
- **Aménagement du bâti**

Les retours relatifs au **manque de moyens humains** concernent très majoritairement les **professionnels du soin** (infirmiers, aides-soignants) et les **professionnels de la rééducation** (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotricien, orthophoniste). Viennent ensuite les **professionnels du secteur éducatif et social** (animateur socio-culturel, éducateur sportif, assistant social, moniteur éducateur, éducateur spécialisé), **les ressources médicales** (gériatre, médecin généraliste, psychiatre, dermatologue, cardiologue, neurologue et autres spécialités, médecin coordinateur) **les psychologues et neuropsychologues**, (notamment en termes de temps supplémentaire), **les professionnels de l'accompagnement** (accompagnant éducatif et social, assistant de soins en gérontologie), et enfin, les **postes relatifs à la coordination** (coordinateur, référent de parcours, maître de maison).

Quel que soit le secteur, handicap ou gérontologique, **le manque de moyens humains est une thématique récurrente** dans le discours. Cependant, **certains ESMS et/ou dispositifs semblent davantage touchés par cette situation que d'autres**. C'est le cas des **EHPAD** et du **secteur de l'aide à domicile**. *« Lorsque j'étais cadre en EHPAD, nous avons travaillé avec un centre pour personnes polyhandicapées. On a fait un "Vis ma vie". C'est-à-dire que les personnes de l'EHPAD allaient en immersion au sein de l'ESMS handicap et inversement. Et vous savez pourquoi on a dû arrêter vite ? Les professionnels du centre pour personnes polyhandicapées nous ont dit : « Vous êtes fous. Ce sont des toilettes à la chaîne ! » [...]. Et j'ai plusieurs professionnels de l'EHPAD qui sont partis travailler dans le milieu du handicap parce qu'ils ont découvert un autre accompagnement plus proche de leurs valeurs soignantes. »*

**Le manque de professionnels** assurant des **soins de nursing et une surveillance de l'état de santé** (aides-soignants, auxiliaires de vie, etc.), pénalise d'une part les **personnes handicapées vieillissantes** vivant à **leur domicile** et ne disposant pas d'assez de temps de prise en soin, et **d'autres part les ESMS non médicalisés aillant recours aux services à domicile** pour répondre aux besoins en lien avec la perte d'autonomie fonctionnelle. *« Ce matin j'ai passé un appel auprès d'un service d'aide à domicile pour demander d'intervenir dans notre ESMS. La réponse a été « Ce*

*n'est pas possible d'intervenir dans votre ESMS, je n'ai pas de professionnels ». Les professionnels démissionnent des services à domicile et c'est la débandade ».*

Par ailleurs, **la pénurie de professionnels** formés à l'accompagnement des actes de la vie quotidienne **a des répercussions directes sur l'état de santé des personnes arrivant en institution**, lorsque le maintien au domicile n'est plus possible. En effet, ces professionnels, lorsqu'ils sont en nombre suffisant pour assurer des passages réguliers au domicile, jouent un rôle d'alerte fondamental en cas de dégradation de l'état de santé. Ces professionnels ne peuvent actuellement plus assurer ce rôle de veille, et après plusieurs années d'**un accompagnement ne répondant plus à leurs besoins**, les personnes dont le maintien à domicile ne s'avère plus possible, entrent en institution dans un état de dégradation très important.

D'autres part, les **SAVS** sont eux aussi de plus en plus confrontés à la **perte d'indépendance fonctionnelle**, et la question de la **médicalisation de ces dispositifs**, en y intégrant des aides-soignants, se pose régulièrement.

Enfin, la nécessité de recevoir des **financements pour assurer la formation des professionnels à ces nouveaux besoins** d'une part, ainsi que pour **reconnaître les expertises développées et augmenter l'attractivité des métiers** d'autre part, est aussi évoquée par les directions. Les compétences développées par les professionnels peuvent, de surcroît, être opérationnelles dans l'accompagnement de différents publics. Un exemple cité dans les focus groups est celui de la compétence de gestion des troubles du comportement, précieuse et recherchée tant pour l'accompagnement de personnes atteintes de troubles neurocognitifs, que pour celui des personnes présentant un trouble du spectre de l'autisme. **Ces compétences sont à valoriser.**

## 5.2 Aménagement du bâti et matériel adapté

**L'aménagement du bâti** et l'acquisition de matériel adapté concernent toutes les dispositions environnementales prises pour compenser et accompagner la perte d'indépendance fonctionnelle. Les réponses apportées par les ESMS sont les suivantes :

- **Déménager ou restructurer architecturalement** l'établissement
- **Réorganiser le quotidien** en interne **pour permettre l'adaptation** du rythme de vie, des activités quotidiennes, des temps de restauration, de l'accompagnement médical et l'aménagement des horaires

L'investissement dans du **matériel adapté à la perte d'indépendance fonctionnelle** (rails de plafond, lève-personne, baignoires et douches adaptées, couverts adaptés, etc.) est un levier intéressant, tant pour la qualité des interventions que dans la **prévention des troubles musculosquelettiques** des professionnels.

## 5.3 Mission des établissements et services

Il persiste un questionnement autour de la **mission des établissements**. En effet, il est intéressant de se demander si les structures du secteur du handicap doivent, d'une part, **s'adapter à l'avancée dans l'âge** en développant de nouvelles compétences en lien avec l'avancée en âge jusqu'à l'accompagnement de la fin de vie, ou si d'autre part elles doivent **passer le relais à des structures davantage médicalisées** afin d'accueillir des personnes handicapées plus jeunes.

Dans le second cas où le relais est passé vers un autre établissement/structure, doit-on **conventionner avec des établissements identifiés afin de constituer une filière**, ou **dessine-t-on, au cas par cas, l'orientation** vers un établissement d'aval ? Un autre questionnement existe du fait de **l'hétérogénéité des profils des personnes en situation de handicap**. Faut-il

créer des **filières spécialisées dans l'accompagnement d'une typologie de handicap**, ou développer plutôt **des compétences multiples** en établissements, afin d'accompagner tout type de handicap ?

Ainsi **l'augmentation des besoins de santé et d'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne** d'une part, et le **manque de professionnels de soins libéraux et de l'aide à domicile** d'autre part, **mettent à mal les différents établissements et dispositifs** jusqu'à les questionner dans leurs missions. Une grande partie des réponses développées - du fait de la créativité des équipes - se fait à titre dérogatoire car ne rentrant pas dans les critères d'âge administratifs : *« Il va encore falloir qu'on déploie des trésors d'inventivité et d'imagination. Aujourd'hui, les réponses ne sont que dérogatoires... En lien avec le vieillissement et l'augmentation des besoins en santé, cela pose la question de la mission. La question de savoir s'il ne faut pas revoir les missions des établissements ».*

## 5.4 Interconnaissance, passerelle et hébergement temporaire

L'**interconnaissance** entre les établissements/services du secteur du handicap, le secteur gérontologique, les acteurs du domicile et les équipes sanitaires est une **préoccupation des directions**. L'interconnaissance permet de répondre à deux enjeux fondamentaux : la qualité et la **fluidité des parcours des personnes handicapées vieillissantes** d'une part, et une meilleure **connaissance mutuelle et coordination territoriale** des différents acteurs d'autre part.

L'interconnaissance et le partage peuvent prendre corps à travers différentes déclinaisons :

- **Des passerelles**, dans l'accompagnement des personnes vers un établissement plus adapté aux besoins, permettant d'assurer une transition sécurisée dans le parcours
- **Des temps « d'essai »**, permettant aux personnes accompagnées d'expérimenter la vie en EHPAD, et de statuer à l'issue, sur le souhait ou non, d'intégrer l'EHPAD (sans perdre leur place dans leur établissement d'origine lors de ces temps d'«essai»)
- **Des temps d'hébergement temporaire**, pour le répit des proches aidants, et des aidants professionnels, permettant aussi d'introduire un établissement tiers partenaire de l'accompagnement

Par ailleurs, certains ESMS s'interrogent quant à la **possibilité pour certaines PHV d'être accompagnées par plusieurs dispositifs/partenaires** etc... Les exemples évoqués portent sur un accompagnement conjoint entre un **FAM et un GEM**, ou encore entre un **FH couplé à un accueil de jour en foyer de vie**. L'**ouverture** et la **collaboration** avec d'autres lieux/dispositifs/professionnels/personnes concernées etc... paraît réellement bénéfique.

**Ce besoin d'interconnaissance** concerne à la fois les collaborations entre les secteurs du domicile, du handicap, de la gérontologie, le secteur public, et le secteur privé, le lien entre fédérations, les échanges entre les champs du sanitaire, du médico-social et du droit commun.

Certaines **initiatives** favorisent les rencontres entre les différents professionnels. C'est le cas par exemple du forum **« Handiscuter »**, organisé par l'association des PEP 28, qui **réunit les acteurs du secteur médico-social et du droit commun** pour permettre aux PSH et à leurs familles de découvrir l'offre départementale. Plus largement, les directeurs plébiscitent toutes les initiatives (**communautés de pratiques, réseaux gérontologiques**) permettant les rencontres et les échanges autour de situations concrètes et des missions de chacun. *« Jusqu'en 2019 il y avait une association de directeurs qui a disparu. Il y avait des directeurs de l'enfance, des personnes âgées, du handicap, les directeurs se rencontraient. Simplement pour faire connaissance, parler de leurs pratiques, de leurs difficultés, de leurs ressources, échanger. Ça a disparu parce que les deux personnes qui portaient l'association ont pris leur retraite ».*

**Le travail avec les mandataires judiciaires** est aussi central dans ce sujet de l'interconnaissance. En effet, la méconnaissance des professionnels en termes de mesures de protection peut entraver les droits des personnes. *« J'ai vécu cette année une guerre entre un mandataire et un médecin. Ils n'arrivaient pas à communiquer et me demandaient de médier. Ça a duré des mois car au niveau médical ils n'étaient pas au fait des lois. On m'appelait et on me disait : « Le monsieur il est sous curatelle, il me faut la signature de sa mandataire ». Et je répondais : « Mais non, il est sous curatelle simple, il peut signer ! »*

Par ailleurs, peu d'informations sont délivrées par les professionnels du domicile, faute de moyens et de connaissances relativement aux différentes mesures de protection et au dépistage des troubles cognitifs. Les proches et professionnels se retrouvent en difficulté lorsque le maintien au domicile atteint ses limites et que la personne aidée, du fait de troubles cognitifs et d'absence de mesure de protection, n'est pas en mesure de formuler un choix relativement à un ESMS d'accueil.

## 5.5 Établissements non médicalisés et gestion des données de santé

**Les établissements non médicalisés** du champ du handicap (Marpahvie, foyer de vie, etc.) peuvent se retrouver en difficulté dans la **gestion des données de santé** dont ils disposent. En effet, du fait de l'avancée en âge des personnes qu'ils accueillent et de l'augmentation des besoins en santé, ces établissements sont amenés à **coordonner, malgré eux, le parcours de soin et les rendez-vous médicaux** alors qu'ils ne disposent pas de professionnels du soin dans leurs effectifs. La gestion du **dossier numérique de santé** ou encore la mise en lien entre les **différents spécialistes médicaux**, peut s'avérer complexe dans la mesure où ils ne disposent pas de professionnels ayant un droit d'accès aux données de santé.

*« En Marpahvie, j'interviens beaucoup pour expliquer pourquoi on n'a pas de dossier médical. Les gens à l'extérieur, pour eux, c'est compliqué de comprendre. Je leur explique que la personne ici elle me donne les informations qu'elle veut bien me donner. On n'a jamais une vision globale de sa santé ou du suivi. Il y a des choses qui vont passer directement par le mandataire ». « On n'a aucun professionnel habilité à recueillir le dossier médical en Marpahvie, l'ESMS numérique et le remplissage du dossier médical, quand vous n'avez aucun professionnel qui répond à ces critères, c'est compliqué. »*

## 5.6 Préconisations en lien avec les besoins identifiés

Besoins	Préconisations
<b>Moyens humains des ESMS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Permettre aux différents ESMS des champs du handicap et de la gérontologie de disposer de davantage de ressources en termes de compétences relatives au soin, à la rééducation et à l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne</li> <li>2. Penser/créer des postes, en EHPAD, de professionnels issus du secteur éducatif et social, afin d'accompagner les PHV</li> <li>3. Penser/créer des postes, en ESMS PH, de professionnels assurant la coordination dans le suivi médical et l'accompagnement de la perte d'indépendance. Ces professionnels pourront, entre autres, assurer la gestion des données de santé</li> <li>4. Reconnaître et valoriser les doubles expertises PA/PH</li> </ol>
<b>Repenser et renforcer l'accompagnement au domicile</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rendre les métiers du secteur de l'aide à domicile plus attractifs, et investir dans la formation de ces professionnels</li> <li>2. Former les professionnels du domicile au rôle de veille et d'alerte, en lien avec les problématiques gériatriques et les troubles cognitifs</li> <li>3. Penser une possible médicalisation des SAVS lorsque ce type de problématique se présente dans les accompagnements</li> </ol>
<b>Aménagement du bâti et matériel adapté</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Investir dans l'aménagement du bâti et dans du matériel adapté aux pertes d'indépendance fonctionnelle</li> </ol>
<b>Missions des ESMS PH</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conduire une réflexion autour des projets d'établissement des ESMS PH : s'inscrivent-ils dans un accompagnement tout au long de la vie, ou développent-ils des partenariats avec des établissements « en aval » dans le parcours ?</li> </ol>

## 6) Synthèse des échanges concernant le territoire CVL

### 6.1 Repérage précoce des PHV nécessitant un accompagnement

Il est évoqué dans l'étude l'importance de procéder, en **collaboration avec la MDPH, les acteurs du domicile et ceux du champ du handicap, à un repérage plus précoce des personnes fragiles vivant au domicile ou en institution**. Par ailleurs, du fait du peu de places dans les établissements adaptés à l'accompagnement de ces personnes vieillissantes, il semble important de préparer **les transitions plusieurs années, voire dizaines d'années**, à l'avance.

### 6.2 Habitat inclusif

Certains participants ont évoqué le fait de développer **de nouvelles formes d'habitat**, pour accueillir les personnes handicapées vieillissantes. Ces nouvelles solutions d'hébergement proposeraient un **accompagnement sur le volet social** d'une part, et la **prise en charge des soins** d'autre part. Il s'agirait de petits lieux de vie, à mi-chemin entre le domicile et l'institution, qui pourraient venir compléter l'offre existante.

Des **initiatives** existent déjà relativement à ces formes d'habitat. Un exemple cité est, par exemple, celui de la « **Maison des 5** », à Saint Jean de Braye, au sein duquel 5 personnes handicapées vieillissantes mettent en commun leur Prestation de Compensation du Handicap pour financer la présence d'un professionnel à hauteur de presque 24h/24. **L'exemple des MARPA** (Maisons d'Accueil et de Résidence pour l'Autonomie), « petits établissements pour personnes âgées », bénéficiant de services d'accompagnement, est aussi évoqué dans les échanges. Il est précisé par les participants que **ces petites structures doivent être rattachées à un établissement davantage médicalisé**, et avec lequel les personnes handicapées vieillissantes entretiennent régulièrement des liens (activités, partage de repas), afin d'assurer un relais le moment venu.

Sur le territoire de l'Eure-et-Loir, **un projet d'habitat inclusif pour les PHV - couplé à un tiers lieu - est développé** afin de répondre, entre autres, aux besoins des **PHV retraitées d'ESAT** qui ne trouvent pas de lieu de vie adapté. Cet espace serait ouvert à tous les bénéficiaires de l'association porteuse. Dans un second temps, cet espace serait aussi accessible à la population locale. Pour la majorité des PHV logées dans cet espace, le maintien du SAVS est envisagé. **Les critères d'entrée** retenus portent sur **le besoin de socialisation et la problématique du maintien à domicile** (par exemple des chutes répétées). La question **des couples de personnes retraitées d'ESAT** est aussi au cœur des préoccupations. Certaines **ressources** – telles que la présence d'un **surveillant de nuit** – seraient mutualisées avec les autres établissements de l'association porteuse.

### 6.3 Politiques catégorielles et accès au droit commun

Les personnes handicapées vieillissantes accompagnées par les ESMS et dispositifs répondant à l'enquête, ont pour la majeure partie, eu un **parcours institutionnel**. Lorsqu'elles vieillissent, plusieurs scénarios se présentent à elles. En effet, les personnes handicapées vieillissantes peuvent poursuivre leur vie dans une institution du secteur du handicap de type FAM, MAS ou foyer de vie, ou faire le choix d'entrer dans un EHPAD, c'est-à-dire de bénéficier d'un accompagnement s'inscrivant dans le droit commun.

**Plusieurs facteurs** entrent en considération et orientent le parcours de ces personnes. Il peut d'agir de **facteurs extrinsèques** tels que : **le manque de places** dans les différentes institutions

du secteur du handicap et de la gérontologie / **les contraintes administratives** (âge d'entrée en EHPAD, arrêt de l'accueil en foyer d'hébergement lors du passage à la retraite des travailleurs d'ESAT etc.)

**Des facteurs intrinsèques sont aussi à prendre en considération, tels que** : le niveau de perte d'indépendance fonctionnelle qui va conditionner le niveau de médicalisation de l'établissement d'accueil / les attentes et besoins des personnes.

Plusieurs répondants à l'étude ont fait part du fait qu'il était parfois difficile pour les personnes accompagnées de **réintégrer le droit commun et notamment d'accéder, comme tout autre citoyen, à l'EHPAD, même lorsque cela relève de leur propre choix**. En effet, au-delà du fait que les **politiques catégorielles gênent à la collaboration entre les dispositifs du secteur du handicap et de la gérontologie**, elles nuisent également à l'accès au droit commun de personnes en situation de handicap.



Le fait que les personnes handicapées vieillissantes ne puissent pas bénéficier de **certaines prestations**, délivrées dans le cadre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), **telles que l'aide au ménage**, peut aussi poser question. En effet, ces prestations viennent s'inscrire dans un souci de **compensation de la perte d'indépendance fonctionnelle**, du fait de l'âge. **La situation de handicap ne devrait pas s'opposer à certaines prestations relevant du droit commun.** *« On voudrait appliquer le droit commun mais on se heurte à des fins de non-recevoir car les personnes sont en situation de handicap. Ils font des démarches seuls auprès de l'assistante sociale du secteur et on m'appelle en me disant « Mais débrouillez-vous, ils sont handicapés ! ». Vous vous rendez compte, de la violence que c'est pour la personne qui s'est déplacée et qui a fait la démarche ! »*

## 6.4 Approche préventive

**La prévention** est un volet important dans l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes. Des initiatives telles que la démarche ICOPE, portée par le CHU de TOURS, sont évoquées par les participants. L'approche préventive pourrait, par exemple, être développée **dans les foyers d'hébergement, auprès de travailleurs d'ESAT encore relativement préservés sur le plan des capacités fonctionnelles**. Dans les **foyers de vie et les foyers d'accueil médicalisé**, des initiatives pourraient voir le jour, avec par exemple, un axe de travail autour de **la prévention de la prise de poids** à l'origine de pertes importantes d'incapacité fonctionnelle. **La prévention des problématiques bucco-dentaires** et du **risque de dénutrition** semble aussi être une priorité dans les mises en œuvre.

## 6.5 Téléconsultation et télémedecine

Du fait du manque de ressources médicales, de temps dédié aux consultations et des difficultés d'accès et de mobilité, **la télémedecine et la téléconsultation** sont des sujets qui suscitent à nouveau un certain intérêt auprès des établissements. Ces dispositifs viendraient répondre à la fois à des **besoins relatifs à des urgences médicales ou psychiatriques**, mais aussi à des **besoins de consultation à visée diagnostique et de suivi**, en lien avec des spécialités médicales identifiées (psychiatrie, cardiologie, neurologie, dermatologie, ophtalmologie, soins bucco-dentaires, gériatrie, etc.). Relativement au développement du dispositif de télémedecine, des problématiques d'**interopérabilité** entre les différents logiciels existants devront être résolues.

## 6.6 Parcours des personnes handicapées vieillissantes

La question autour du **parcours des personnes handicapées** tout au long de leur vie est **centrale dans ce rapport**. En effet, le vieillissement de ces personnes vient **questionner les missions** des différents dispositifs et institutions. **Schématiquement, et de façon non exhaustive**, il est possible d'identifier que les ESMS peuvent prendre différentes places dans le parcours :

→ **Les ESMS confrontés au vieillissement des personnes et dont la mission première n'était pas l'accompagnement jusqu'au bout de la vie et la médicalisation :**

Il s'agit principalement **des foyers d'hébergement** (pour les anciens travailleurs d'ESAT), **des foyers de vie, du domicile**, ainsi que de **certaines structures accompagnant des personnes handicapées vieillissantes avec un trouble spécifique** (cérébrolésion, troubles sensoriels importants ou autres...). **Deux choix sont possibles** pour les personnes accompagnées dans ces structures : **poursuivre leur vie dans l'ESMS/au domicile** en adaptant l'aide à la perte d'indépendance fonctionnelle, ou **intégrer un établissement** répondant davantage à la perte d'indépendance et au besoin de soins somatiques et psychiques.

Relativement au **maintien dans l'ESMS non médicalisé ou au domicile**, les limites sont les suivantes : **manque de ressources en termes de professionnels de santé/soin** pouvant accompagner ces personnes (il est observé une importante augmentation du recours aux SSIAD par les établissements non médicalisés) / **manque de places** en foyer d'hébergement et foyer de vie. **L'état de santé de la personne est aussi un facteur limitant**, car les interventions des professionnels du soin, que ce soit en ESMS ou au domicile, même sur une rythmicité adaptée, ne permettent pas toujours le maintien.

→ **Les ESMS médicalisés pour lesquels la prise en charge des problématiques de santé rentre dans les missions :**

Il s'agit des EHPAD, des Maisons d'Accueil Spécialisées et des Foyers d'Accueil Médicalisés. Concernant **les EHPAD**, ils peuvent présenter des limites dans l'accueil de ces personnes. En effet, bien que tentant de s'adapter du mieux possible (et il faut souligner les nombreuses initiatives à ce sujet), **ces ESMS ne disposent pas du personnel suffisant pour accompagner ces personnes** ayant des besoins importants en termes d'autonomie et de participation sociale, au-delà des besoins relatifs à la santé somatique et psychique. Par ailleurs, **les professionnels peuvent être démunis** relativement aux spécificités de l'accompagnement de ces personnes, et bien que soucieux de l'harmonie au sein du collectif constitué - par les résidents âgés et les personnes handicapées vieillissantes – il peut être **difficile de faire cohabiter ces publics**, du fait de parcours différents et d'écarts générationnels.

**Concernant les MAS et les FAM**, leurs limites résident d'une part, dans le manque de moyens humains - du fait de l'augmentation des besoins des personnes accompagnées en lien avec le vieillissement – et d'autre part, dans le **faible nombre de places disponibles** pour le public handicapé vieillissant. Bien que ces structures fassent leur possible pour accompagner les personnes qui y résident depuis longtemps, jusqu'au bout de leur vie, elles sont aussi **très sollicitées par des demandes d'accueil de personnes plus jeunes**, ce qui les positionne dans un **questionnement éthique** complexe en termes de perte de chance pour ces personnes plus jeunes.

→ **Les autres modalités d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes** peuvent aussi être les **familles d'accueil** (ces dispositifs sont très peu développés sur le territoire), les

**MARPAVIE** (en très petits nombre et aussi confrontées au manque de moyen en termes d'accompagnement de la perte d'indépendance fonctionnelle car non médicalisées), et **les habitats inclusifs** (réservés à un petit nombre de personnes, avec une faible perte d'indépendance fonctionnelle).

**Deux principaux facteurs** entrent en jeu dans l'orientation de la personne. Le premier facteur, largement pris en considération dans le cadre de la recherche d'une structure d'hébergement, est le **degré de perte d'indépendance fonctionnelle**. Au-delà de la difficulté de trouver une place dans un établissement médicalisé, ce sujet est épineux car souvent, la personne concernée, les aidants et les professionnels doivent mettre en **balance l'accompagnement de la santé somatique/psychique avec les besoins de vie sociale et de participation**, alors que les deux aspects leur apparaissent essentiels. Cependant, de plus en plus d'établissements essaient, dans la mesure des moyens dont ils disposent, de développer ces deux versants de l'accompagnement. Le second facteur, intervenant dans l'orientation, concerne **les critères d'âge imposés administrativement**. Il n'est pas rare d'entendre dire que « telle personne est trop jeune pour aller en EHPAD », ou que telle autre est « trop âgée pour entrer en MAS ou FAM », alors que cette entrée par âge ne dit rien ou très peu des aspirations et besoins de la personne.

Enfin, un élément et non des moindres, réside dans la prise en compte et **le respect des choix de la personne relatifs à son lieu de vie**. C'est d'ailleurs certainement par ce point qu'il faudrait débiter toute réflexion, ce dont les différents acteurs ont bien conscience. Il est aussi important de noter que **plus les personnes ont un degré de perte d'indépendance important, moins elles ont le choix du lieu de vie dans lequel elles peuvent résider**, les besoins en santé conditionnant fortement l'orientation vers une structure d'accueil.

## 6.7 Ressources médicales

Afin de **pallier le manque de ressources médicales** et le besoin de **compétences sanitaires**, les établissements et dispositifs mettent en place des rencontres et partenariats avec différents acteurs du territoire.

**1. Partenariat avec des équipes détenant des compétences techniques en termes de santé, concernant les personnes âgées et/ou les personnes handicapées** : Équipe mobile de soins palliatifs / Service de médecine du travail (dans le cadre du suivi et de l'accompagnement des travailleurs d'ESAT) / Équipe mobile de gériatrie (EMG) / Équipe Mobile de Soins Psychiatriques pour Personnes Âgées (EMPPA)/Centre mémoire de ressources et de recherche/Service d'hospitalisation à domicile/Équipe mobile de suivi des personnes cérébrolésées/Centres hospitaliers (services de soins et de réadaptation, Unités de soins de longue durée, psychiatrie...) / HandiMobil 41 / Handi Consult

**2. Partenariat avec des équipes détenant des compétences techniques en termes d'accompagnement** : SAVS / Services à domicile

**3. Partenariat avec des professionnels libéraux** : cabinet infirmier à domicile / médecin traitant / psychologues / médecins spécialistes (cardiologue, neurologue, psychiatre, dermatologue, etc.), kinésithérapeutes, ergothérapeutes, podologues, orthophonistes

**4. Partenariats avec d'autres ESMS** : EHPAD / MARPA / résidences autonomie / habitat inclusif / Foyers de Vie / FAM PHV

**5. Partenariat avec des dispositifs permettant de donner du sens au quotidien et un accompagnement à la vie sociale :** Groupes d'Entraide Mutuelle / Service d'Accompagnement à la Retraite / Association « Un Avenir Après le Travail » / Institut du MAI (école de la vie autonome)

**6. Partenariat avec des entreprises / structures support :** Associations tutélaire/Services spécialisés dans la domotique

**7. Partenariat avec des assurances retraite et caisses de mutuelle :** Le recours à ces différents intervenants et partenaires permet de maximiser l'accompagnement en proposant aux personnes accueillies **l'accès à des services correspondant à leurs besoins**. Ainsi, les professionnels de la structure peuvent, entre autres, recevoir **l'expertise d'équipes spécialisées**, permettant sur le long terme de développer certains savoir-faire nécessaires pour accompagner les personnes.

## 6.8 Préconisations en lien avec les besoins identifiés

Besoins	Préconisations
<b>Repérage plus précoce des PHV nécessitant un accompagnement</b>	1. Remobiliser les différents acteurs (MDPH, secteur du domicile, ESMS PH, EHPAD et secteur sanitaire), via le dispositif « Réponse Accompagnée Pour Tous », autour du risque de rupture dans le parcours pour certaines PHV
<b>Développement de l'habitat inclusif</b>	1. Développer des formes d'habitats inclusifs, permettant un accompagnement sur les volets soin et social, en s'inspirant des initiatives existantes
<b>Assouplissement des politiques catégorielles</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Réfléchir à des critères d'entrée « par besoins », en ESMS, plutôt qu'à des critères d'entrée « par âge » afin d'assouplir les possibilités d'accompagnement</li> <li>2. Faciliter l'accès au droit commun des PHV (droit à de l'aide-ménagère et à accéder aux EHPAD, s'il s'agit de leur souhait, comme tout autre citoyen)</li> <li>3. Penser des hybridations, d'une part, entre les dispositifs sociaux/médico-sociaux, et d'autre part, entre dispositifs sociaux/médico-sociaux et dispositifs de droit commun</li> </ol>
<b>Sensibilisation à l'approche préventive</b>	1. Sensibiliser les professionnels, les personnes accompagnées et les aidants, à l'approche préventive du vieillissement
<b>Téléconsultation et télémedecine</b>	1. Du fait du manque de ressources médicales, de temps dédié aux consultations et des difficultés d'accès et de mobilité, remobiliser les partenariats autour de la téléconsultation et de la télémedecine
<b>Partenariats entre les différents secteurs</b>	1. Encourager les partenariats et la mutualisation d'expertises entre les secteurs PA, PH, le secteur de l'aide à domicile, du sanitaire, les équipes spécialisées, les professionnels libéraux, les services mandataires etc.

### **III - Retour d'expérience de 5 EHPAD accompagnant des PHV**

## 7) Expériences d'accompagnement de PHV en EHPAD

### 7.1 Méthodologie, intérêt de la démarche et précautions de lecture

Réalisation de 5 entretiens téléphoniques de 2 heures auprès de 5 EHPAD accueillant des personnes handicapées vieillissantes en Centre-Val de Loire.

Cette démarche avait pour objectif de recueillir les expériences développées par ces établissements, et d'identifier les freins rencontrés et initiatives développées dans l'accompagnement des PHV.

Ces 5 EHPAD ne sont pas représentatifs des pratiques et besoins de l'ensemble des EHPAD en Centre-Val de Loire mais ces expériences peuvent être des sources d'inspiration et de réflexion.

### 7.2 Types d'accueil proposés aux personnes handicapées vieillissantes

**Les types d'accueil proposés par les EHPAD consultés aux personnes handicapées vieillissantes sont :**

- Unités protégées
- FAM à destination des PHV
- Unités pour les personnes handicapées vieillissantes (UPHV)
- Hébergement temporaire
- Unités d'hébergement renforcé

### 7.3 Profils, file active et lieu de provenance des PHV

**Les personnes accueillies peuvent présenter les troubles suivants :** accidents vasculaires cérébraux, troubles psychiatriques (bipolarité, syndromes anxio-dépressifs, déficiences intellectuelles, troubles du spectre de l'autisme, etc.). Les EHPAD consultés accueillent **5 à 18 personnes handicapées vieillissantes** au moment de l'étude. **Les personnes accueillies sont issues de différents lieux, à savoir :** foyer d'accueil médicalisés, foyers d'hébergement, domicile, ESMS du champ du handicap, personnes sans domicile fixe, foyer de vie.

### 7.4 Types de troubles et difficultés d'accompagnement

Les personnes interrogées rapportent rencontrer des **difficultés dans la gestion des troubles psychiatriques des personnes accueillies**. Ce type de trouble semble poser davantage de difficultés d'accompagnement que la perte d'incapacité fonctionnelle liée au handicap ou à l'avancée en âge. Ainsi, les **crises en lien avec la décompensation de pathologies psychiatriques** peuvent être ressenties comme « **chronophages** » et « **non légitimes** » par les professionnels. Ces **moments de crise questionnent sur la capacité des équipes à accompagner** plusieurs personnes atteintes de pathologies psychiatriques non stabilisées, et mettent à mal les directions, quant aux critères d'accueil de certains profils de personnes, du fait des **répercussions sur les professionnels et sur le collectif des personnes accompagnées**.

Les difficultés de gestion des troubles psychiatriques sont majorées du fait du **manque de soignants formés à la psychiatrie dans les EHPAD**, et du **manque de ressources sur le territoire** pour satisfaire les besoins suivants :

- Hospitalisation en urgence en cas de décompensation de la pathologie psychiatrique
- Suivi de la santé mentale des personnes sur le long terme (besoin de psychiatres et de professionnels de la gérontopsychiatrie)
- Séjour de rupture lorsque les équipes de l'EHPAD sont épuisées

Cette situation peut générer de **l'insécurité et de l'épuisement** pour les équipes et pour les autres personnes accueillies, et peut être à l'origine **d'évènements indésirables graves**.

**Les troubles en lien avec des addictions non sevrées** génèrent aussi des difficultés d'accompagnement, du fait du besoin de se procurer et consommer des substances addictives, ainsi que des comportements potentiellement violents en lien avec l'addiction. Par ailleurs, les **personnes atteintes de ces troubles peuvent se retrouver très en difficulté** lorsque le fonctionnement institutionnel **réduit leur liberté d'aller et venir**, et qu'elles ne peuvent se procurer régulièrement les substances addictives (alcool, tabac, etc.). Inversement, les EHPAD peuvent voir leur niveau de sécurité abaissé lorsque se côtoient, au sein d'un même établissement, des **personnes avec des troubles addictifs** ayant besoin de sortir de l'EHPAD, donc de ne pas être contraintes dans leurs déplacements, et des **personnes atteintes de troubles neurocognitifs**, nécessitant d'évoluer dans un périmètre sécurisé.

D'une façon plus générale, les personnes handicapées vieillissantes atteintes de troubles addictifs ou psychiatriques peuvent se sentir **très contraintes dans leurs mouvements et déplacements** lorsqu'elles entrent dans un EHPAD. En effet, cette contrainte peut être ressentie, d'une part, du fait de **règles institutionnelles limitant la liberté d'aller et venir (pour raisons de sécurité)**, et d'autre part, du fait de **la situation géographique de l'EHPAD**, potentiellement en zone rurale et/ou mal desservie par les transports, les coupant de de **leur vie sociale** antérieure.

La vignette ci-dessous relate certains **éléments de fonctionnement** mis en place par un EHPAD ayant des compétences **spécifiques dans l'accompagnement des personnes handicapées avec des troubles psychiatriques**.

- Nécessité de temps d'admission en hébergement temporaire
- Utilisation de la grille AGGIR, permettant d'évaluer la perte d'indépendance fonctionnelle, couplée à des grilles spécifiques d'évaluation des troubles de l'humeur, dont la passation est assurée par un psychologue (échelle d'Hamilton dans l'évaluation des troubles dépressifs, Hospital Anxiety and Depression Scale dans l'évaluation des troubles anxieux et dépressifs, etc...)
- Positionnement d'éducateurs spécialisés et/ou moniteurs éducateurs pour l'accompagnement de ces personnes
- Gestion et prise en charge différente des troubles du comportement des personnes atteintes de maladies neurocognitives et des personnes atteintes de troubles psychiatriques

Selon les retours de professionnels, **les personnes porteuses de Troubles du Spectre de l'Autisme** sembleraient davantage s'adapter à la structuration des prestations proposées en EHPAD. Lorsque ces établissements accompagnent **des personnes vieillissantes atteintes de déficience intellectuelle**, les difficultés de **compréhension et d'expression** peuvent mettre les équipes en difficulté dans **l'évaluation des besoins** (évaluation de la douleur, évaluation de l'humeur, etc.).

**Les petites unités**, telles que les **unités d'hébergement renforcé (UHR)** semblent être relativement adaptées dans l'accompagnement des personnes vieillissantes présentant **des troubles du comportement en lien avec une pathologie psychiatrique**. Ce constat peut s'expliquer du fait de **moyens humains plus importants** dans ces unités, ainsi que des **compétences développées dans la gestion des troubles du comportement** (bien que différents de ceux relatifs à la symptomatologie neurocognitive).

## 7.5 Formation et culture réflexive des professionnels

Les professionnels en EHPAD peuvent **avoir besoin d'outils et ressources pour accompagner les personnes handicapées vieillissantes** (pictogrammes, échelles de dépistage et d'évaluation, etc.). Ainsi des **formations** sur les thématiques suivantes semblent pertinentes (liste non exhaustive) : Vieillesse et handicap / Outils de repérage et d'évaluation des besoins des personnes handicapées vieillissantes / Accompagnement des personnes atteintes de pathologies psychiatriques

Par ailleurs, les **démarches d'analyse de pratiques professionnelles** sont peu développées dans les EHPADs, du fait d'absence de financement les concernant, d'une part, et des professionnels du secteur gérontologique encore insuffisamment acculturés à l'analyse réflexive des pratiques.

## 7.6 Représentation des soignants vis-à-vis des différents handicaps

Les soignants peuvent être amenés à se demander si **la gestion des troubles psychiatriques fait partie de l'accompagnement au maintien de l'autonomie**. Ce volet relatif à l'accompagnement des pathologies psychiatriques les questionne quant aux **missions de leur travail**. De plus, ce type de troubles peut générer de l'anxiété et de la peur chez les professionnels et les autres personnes accueillies, du fait des manifestations comportementales potentiellement violentes qui y sont associées.

Enfin, certains EHPAD mettent en place des **partenariats avec des ESMS du champ du handicap** afin de permettre d'une part à leur équipe de s'immerger quelques jours au sein de l'ESMS handicap, et d'autre part, aux équipes de l'ESMS handicap de venir à l'EHPAD. Ainsi, des **espaces de partage de pratiques** tels que des « mini-stages » sont mis en place, permettant aux professionnels de « **s'imprégner des cultures du handicap et de la gériatrie** ». Ces initiatives semblent vertueuses en termes d'acquisition de compétences et d'évolution des représentations vis-à-vis du handicap et du vieillissement. Pour certaines Unités PHV implantées au sein de complexes hospitaliers, ces espaces de partage de pratiques peuvent s'opérationnaliser avec des services de médecine. Lorsque les établissements comptent dans leurs effectifs des **professionnels ayant eu un parcours dans le champ du handicap, avant leur parcours en gériatrie**, cela constitue une ressource précieuse auprès des équipes.

## 7.7 Partage de l'espace et vie collective

En EHPAD, la vie collective s'organise autour de différents **temps forts dans la journée**, tels que les **temps de repas, les temps d'activité et d'animation**, etc. La qualité des relations avec l'ensemble de la communauté semble dépendre de la personnalité de chacun, d'une part, et de **l'expression comportementale des différents types de troubles**, d'autre part.

**Les besoins des personnes accueillies, lors des temps forts de la journée, peuvent différer** et être sources de tensions pour les professionnels, ainsi que pour les résidents âgés et/ou en situation de handicap. Par exemple, lors du temps de repas, une personne très âgée peut avoir besoin d'aide pour l'accompagnement au repas du fait de perte d'indépendance fonctionnelle, alors qu'une personne handicapée vieillissante peut avoir besoin d'un temps plus éducatif. Il peut être pertinent de se poser la question, entre les différents acteurs (personnes accueillies, professionnels, proches aidants, équipes de direction, libéraux, etc.), **des moments dont on décide qu'ils sont partagés** entre tous, et des moments lors desquels **les différents publics accueillis sont séparés**.

**Les écarts d'âge, les rythmes et besoins différents, les représentations des uns et des autres vis-à-vis du handicap et du vieillissement**, peuvent être des facteurs limitants dans la constitution d'un collectif harmonieux. Les personnes handicapées vieillissantes peuvent parfois être **victimes de comportements ou attitudes discriminantes** de la part des autres résidents. Ces **comportements et attitudes discriminants** peuvent aussi s'exprimer à l'encontre de personnes atteintes de **troubles neurocognitifs**.

Cependant, **certaines pathologies/troubles peuvent, du fait de leur expression, venir perturber le fonctionnement collectif**. Il s'agit par exemple des pathologies générant **des troubles du comportement** avec des manifestations de violence physique ou psychique, **des troubles de l'accumulation d'objets** rendant les espaces encombrés et/ou insalubres etc...

Il peut se poser la question de **partager ou de cloisonner les espaces de vie**. Les arguments en faveur du partage ou du cloisonnement sont mentionnés par les personnes interrogées, et repris dans le tableau ci-dessous :

Partage de l'espace	Cloisonnement des espaces
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Argument en faveur de la lutte contre la stigmatisation de certains troubles</li> <li>• Argument en faveur de la participation à la vie sociale</li> <li>• Argument en faveur de l'inclusion et de l'animation du collectif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Argument en faveur d'une intervention de proximité des professionnels</li> <li>• Argument en faveur de davantage de sécurité (anticipation, gestion des crises etc...)</li> <li>• Argument en faveur d'une réponse aux besoins plus spécifique</li> </ul>

**Certains EHPAD font le choix d'établir une continuité dans l'accompagnement avec l'ESMS du champ du handicap** duquel provient la personne accueillie. C'est le cas d'une structure qui dispose d'une Unité pour Personnes Handicapées Vieillissantes dont le fonctionnement est proche de ce que les personnes ont connu dans l'établissement d'aval (mise en place de rituels de participation quotidienne, présence d'une équipe hybride – professionnels éducatifs et sociaux/aides-soignants- fonctionnement proche d'un foyer et d'appartements thérapeutiques). De plus, certains EHPAD se posent la question **d'accueillir plusieurs personnes issues d'un même ESMS handicap en même temps**, afin de créer un collectif dès l'entrée dans la structure. Dans cette structure, **les espaces d'hébergement** entre les personnes handicapées vieillissantes et les personnes âgées **sont séparés et les personnes handicapées vieillissantes participent**, sur certains temps choisis, à des **activités** avec les personnes âgées de l'EHPAD.

Enfin, la **question de la vie sociale et des besoins d'interaction et de lien social des personnes handicapées entrant en EHPAD**, reste un sujet central. Il est intéressant de se questionner sur les points suivants :

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avec quelles <b>échelles / outils</b>, évaluer le <b>besoin social</b> de ces personnes ?</li> <li>- <b>Comment situer ces personnes, architecturalement, dans l'EHPAD</b> : faut-il les séparer du collectif constitué par les personnes âgées ou au contraire les intégrer pleinement dans l'espace d'hébergement ?</li> <li>- Quels <b>moments de la journée faut-il partager</b>, avec qui et dans quelles conditions ? À quel moment l'isolement est-il nécessaire et constitutif d'un besoin ?</li> <li>- <b>Quels projets de vie</b>, en lien, entre autres, avec <b>l'appartenance à un collectif</b>, la <b>réalisation personnelle</b> et l'expression de <b>l'autodétermination</b>, proposer à ces personnes ?</li> </ul>
--

## 7.8 Ouverture de l'EHPAD sur l'extérieur

Un des sujets qui revient fréquemment dans l'analyse des entretiens, est celui de **l'ouverture des EHPAD sur l'extérieur**. Cette ouverture peut s'incarner de différentes manières (liste non exhaustive), à savoir :

- La possibilité, pour les personnes, **d'entrer en EHPAD**, mais **aussi d'en sortir** si cette modalité d'accompagnement ne convient pas
- L'organisation **de différents projets avec d'autres ESMS** des champs du handicap et de la gérontologie (vacances communes entre résidents des différents ESMS, activités et événements partagés, etc.)
- L'ouverture des EHPAD à tous **les citoyens** lors d'évènements ou de festivités
- Le développement de **l'hébergement temporaire**
- L'ouverture de **l'accueil de jour**, non seulement aux personnes atteintes de troubles neurocognitifs, dont les aidants sont épuisés, mais aussi aux **personnes vieillissantes souhaitant s'inscrire dans une démarche préventive**.

## 7.9 Moyens humains et matériels

Il semble important de **mixer les cultures professionnelles au sein des équipes**. En effet, **hybrider les compétences du secteur sanitaire** et du **secteur éducatif et social** semble être profitable à l'accompagnement des personnes accueillies.

Par ailleurs, le fait de **mobiliser les professionnels alternativement après de différents types de publics** (par exemple : mutualisation des soignants entre un EHPAD et un FAM, ou entre une Unité PHV et un EHPAD), peut agir comme un facteur de prévention de **l'épuisement professionnel**, ainsi que d'amélioration de la qualité de l'accompagnement.

Enfin, **le manque de personnel formé, et d'attractivité des métiers**, plonge les **établissements dans une dynamique complexe**, les postes vacants générant la dégradation des conditions de travail, de telles conditions n'étant pas profitables aux recrutements.

## 7.10 Ressources paramédicales/médicales et suivi de santé

Le besoin de **compétences soignantes** dans l'accompagnement du vieillissement des personnes handicapées est une thématique fréquemment relevée par les personnes interrogées. **Le suivi de santé** (vigilance, observation clinique) est un élément central. Certains EHPAD demandent à leur **médecin coordonnateur** (lorsque le poste est pourvu), d'intégrer, dans leur travail de coordination, le suivi des personnes handicapées vieillissantes, en proie à des problématiques somatiques, à l'instar des autres résidents.

**La situation géographique de certains établissements, et l'offre disponible** en termes de ressources médicales, paramédicales, et de professionnels de la rééducation, **impactent le climat interne des établissements ainsi que le suivi de santé des personnes accueillies**. Par ailleurs, **l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes, à des rendez-vous médicaux spécifiques**, peut être mis à mal du fait du manque de professionnels dans les structures.

## 7.11 Processus d'admission

Relativement à l'admission des personnes handicapées vieillissantes, certains EHPAD ont fait le choix de formaliser un processus d'accueil. Voici, ci-après, une vignette résumant un processus d'admission en unité PHV :

**Critères d'entrée** : GIR 3-4 / Reconnaissance du handicap (AAH ou PCH) / Pas de critère d'âge  
**Examen du dossier par une commission de parcours** pour l'entrée en unité PHV  
**Visite conjointe de l'EHPAD** en présence de la personne concernée, du médecin coordonnateur, d'un soignant ou du cadre de l'EHPAD et d'un référent du milieu du handicap  
**Récupération par l'EHPAD du projet personnalisé** mis en place au sein la structure du champ du handicap en amont  
**Évaluation, à l'entrée, à l'aide d'outils et d'échelles**, pour évaluer l'autonomie fonctionnelle de la personne accueillie  
**Remarque** : *cette structure a aussi pensé un processus formalisé de réorientation dans le cas où l'unité PHV ne conviendrait plus à la personne accueillie*

**Le fait de formaliser, informer, préparer l'entrée en EHPAD**, et prévoir une **réorientation si nécessaire**, avec la personne concernée, relève du respect d'un droit fondamental, et inscrit la démarche dans une dynamique vertueuse.

## 7.12 Aspects administratifs et financiers

Au-delà de la demande **de dérogation du fait de l'âge**, nécessaire lorsque des personnes handicapées vieillissantes ayant moins de 60 ans souhaitent entrer en EHPAD, la question financière reste pleine et entière. En effet, lorsque les EHPAD **ne sont pas habilités à l'aide sociale** à l'hébergement, le financement pendant 20 à 30 ans de la structure par la personne paraît peu réaliste.

Par ailleurs, les personnes peuvent avoir besoin d'un **accompagnement** pour monter leur dossier **d'entrée en EHPAD**. C'est le cas par exemple des travailleurs d'ESAT retraités en provenance d'un foyer d'hébergement, pour lesquels une dérogation est nécessaire.

Enfin, le fait que la **perte d'autonomie fonctionnelle de ces personnes** ne soit pas prise en compte dans le **GMP (GIR Moyen Pondéré) et dans la « coupe PATHOS »**, est à considérer, en termes de moyens humains, pour l'établissement d'accueil.

## 7.13 Cœur de mission des EHPAD

Un questionnement qui revient régulièrement est celui du **cœur de mission des EHPAD**. Il est demandé à ces établissements d'accueillir une multiplicité de profils de personnes : personnes handicapées vieillissantes, personnes en perte d'autonomie, personnes en fin de vie, etc... Ces établissements peuvent ressentir de la difficulté du fait des **injonctions paradoxales** que ces différents accompagnements peuvent susciter.

## 7.14 Préconisations en lien avec les besoins identifiés

Besoins	Préconisations
<b>Renforcer l'accompagnement des personnes ayant des troubles psychiatriques en EHPAD</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Créer des postes d'éducateurs spécialisés/moniteurs éducateurs en EHPAD afin d'accompagner au mieux les PHV présentant des troubles psychiatriques</li> <li>2. Développer/renforcer la collaboration des EHPAD avec les CMP et les services d'urgence psychiatrique</li> <li>3. Former les professionnels des EHPAD à l'évaluation et l'accompagnement des troubles de l'humeur et des «comportements-problèmes»</li> </ol>
<b>Repenser l'accompagnement des différents publics en EHPAD</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Repenser la compatibilité entre les accompagnements des différents publics en EHPAD, afin de ne pas nuire aux besoins de chacun (par exemple, complexité dans l'adéquation du « besoin de sécurité » versus « liberté d'aller et venir »)</li> <li>2. Penser des projets, en EHPAD, autour de l'accompagnement à la vie sociale et du besoin d'interaction des PHV</li> </ol>
<b>Former les professionnels et développer leur culture réflexive</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Former les professionnels en EHPAD : aux outils et ressources pour accompagner les PHV / au vieillissement des PHV / à l'accompagnement des personnes atteintes de pathologies psychiatriques</li> <li>2. Permettre aux EHPAD le financement d'espaces d'Analyse de Pratiques Professionnelles</li> <li>3. Développer des collaborations avec des ESMS PH afin de permettre des temps d'immersion des professionnels de l'EHPAD au sein de la structure PH et vice-versa</li> </ol>
<b>Penser le partage de l'espace et du temps entre les différents publics</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Réfléchir, au sein des EHPAD, à la constitution de différents collectifs, en fonction des moments de la journée et des besoins de chacun</li> <li>2. Réfléchir, avec l'ensemble des personnes concernées, les professionnels et les aidants, à l'organisation architecturale des lieux d'hébergement des différents publics accueillis</li> </ol>
<b>Mixer les cultures professionnelles</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hybrider les compétences sanitaires avec les compétences du secteur éducatif et social, dans les équipes au sein des EHPAD</li> <li>2. Mobiliser les professionnels alternativement auprès des différents publics</li> </ol>
<b>Repenser les missions des EHPAD</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Amener les EHPAD à redéfinir leurs missions, et projet d'établissement, parfois mis à mal du fait des injonctions paradoxales émanant de l'accompagnement de publics aux besoins différents</li> </ol>

## 8) Limites de l'étude et conclusion

### **Cette étude présente certaines limites du fait des points suivants :**

- Bien que cela ait été envisagé dans la méthodologie, le point de vue des personnes accompagnées et de leurs proches n'a pas pu être recueilli dans ce travail ;
- Du fait de leur nombre, les ESMS répondants ne sont pas représentatifs de l'offre en région;
- Le public accueilli au sein des ESMS participant ne reflète pas la pluralité des différentes formes de handicap ;
- Les ESMS du secteur gérontologique n'ont pas pu être inclus dans la démarche quantitative par questionnaire, bien que la méthodologie ait été pensée en ce sens.

### **Par ailleurs, la littérature sur le sujet nous permet d'ouvrir et remettre au débat les éléments ci-après :**

**Définir les « Personnes Handicapées Vieillissantes »** se heurte à plusieurs difficultés, lesquelles sont les expressions des approches catégorielles fondées sur la distinction entre les termes « handicap » et « personne âgée ». L'organisation administrative en France repose sur la distinction entre handicap et grand âge, supportant une conception majoritaire du vieillissement dans une perspective chronologique. Cette conception chronologique limite les possibilités de penser un accompagnement dépassant cette dualité administrative.

Plusieurs travaux et recherches scientifiques se sont intéressés à **l'augmentation de l'espérance de vie rapportée au type de handicap** et ont interrogé le caractère éventuellement précoce du vieillissement. La littérature scientifique<sup>9</sup> fait état des gains d'espérance de vie pour les différents types de handicap. Les travaux menés s'accordent sur le fait que **les personnes ayant des troubles psychiatriques n'ont pas bénéficié de la même hausse d'espérance de vie du fait de différents facteurs** (précarité, addictions, traitements médicamenteux lourds, etc.). Par ailleurs, un consensus se dégage quant à **l'effet cumulatif** des manifestations du vieillissement et des incapacités relevant du handicap. De plus, **le sentiment de vieillir** est propre à chacun et se nourrit de l'environnement et de la façon dont les personnes en situation de handicap sont perçues. À distance d'une approche unique et normative, le vieillissement doit être appréhendé dans ses différentes composantes, subjective, environnementale et sociale.

**L'intrication cumulative** des troubles liés au vieillissement d'une part, et des déficiences relevant du handicap d'autre part, génère des besoins particuliers et appelle des réponses spécifiques en termes de **prévention, de repérage et d'accompagnement**. Ces besoins prennent place dans un contexte caractérisé par la **césure entre les secteurs du handicap et des personnes âgées**. Ils posent la question des ressources, cultures et compétences des professionnelles et des organisations. L'enjeu est celui de la **continuité**, pour des personnes dont le vieillissement limite les possibilités adaptatives. Comment repenser l'offre médico-sociale pour permettre à ces personnes de **poursuivre leur vie sans rupture, sans déracinement**, en tenant compte de leurs **besoins, de leurs aspirations et de leur capacité d'autodétermination** ?

---

<sup>9</sup> Azéma, B. et Martinez, N. (2005). Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie et de santé ; qualité de vie Une revue de la littérature. Revue française des affaires sociales, (2), 295-333. <https://doi.org/10.3917/rfas.052.0295>.

