

CREAI Champagne-Ardenne, Délégation Lorraine

# **L'avancée en âge des personnes en situation de handicap dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux**

**Identification des besoins et adaptation  
des réponses**

**Février  
2015**

## Sommaire

|  |    |
|--|----|
| Table des illustrations .....  | 3  |
| Contexte, objectifs et méthodologie .....  | 4  |
| Présentation de l'échantillon d'enquête.....   | 6  |
| 1. Les personnes handicapées vieillissantes .....  | 9  |
| a. Eléments de définition .....  | 9  |
| b. Approche socio-démographique des personnes handicapées vieillissantes.....  | 11 |
| c. Quatre configurations de l'évolution de la situation de santé des usagers vieillissants.....  | 16 |
| d. Nature des besoins des personnes handicapées vieillissantes.....  | 23 |
| 1. <i>Les nouveaux besoins</i> .....   | 23 |
| 2. <i>Les besoins qui s'intensifient</i> .....   | 25 |
| 2. L'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes et ses évolutions.....  | 28 |
| a. Données de cadrage .....  | 28 |
| b. Les besoins auxquels les structures ne peuvent répondre de manière satisfaisante.....   | 30 |
| c. Des besoins spécifiques qui déterminent le parcours ?.....  | 32 |
| 1. <i>Les réorientations envisagées</i> .....  | 32 |
| 2. <i>Les réorientations prononcées par la CDAPH</i> .....   | 34 |
| 3. <i>Les demandes d'admission en EHPAD</i> .....  | 36 |
| d. Les réponses apportées par les structures pour répondre aux besoins spécifiques liés à l'avancée en âge des personnes de 45 ans et plus ..... | 36 |
| 1. <i>L'installation d'un partenariat conventionné</i> .....   | 36 |
| 2. <i>La création d'une unité spécifique pour les 45 ans et plus</i> .....   | 37 |
| 3. <i>Une adaptation de la structure</i> .....   | 40 |
| e. Les réponses expérimentales.....  | 47 |
| 1. <i>A l'échelon national</i> .....   | 47 |
| 2. <i>A l'échelle locale</i> .....   | 50 |
| En conclusion ... ..   | 52 |
| Glossaire des sigles .....   | 54 |
| Bibliographie .....  | 55 |
| Annexes : Questionnaire envoyé au ESMS.....  | 58 |

## Table des illustrations

|   |    |
|---|----|
| Figure 1: Structure de l'échantillon établissements et services .....                         | 6  |
| Figure 2 : Structure de l'échantillon selon les catégories d'établissements et services ..... | 8  |
| Figure 3 : Proportion des personnes de 45 ans et plus dans les ESMS .....                     | 11 |
| Figure 4 : Structure par âge de la population enquêtée .....                                  | 12 |
| Figure 5 : Structure par âge et par type de déficience .....                                  | 13 |
| Figure 6 : Répartition par âge de la population handicapée âgée, par catégorie d'ESMS.....    | 14 |
| Figure 7 : Répartition de la population par déficience principale .....                       | 15 |
| Figure 8 : Evolution des besoins des personnes en situation de handicap avançant en âge.....  | 16 |
| Figure 9 : Evolution des besoins des personnes selon le(s) type(s) de déficience(s).....      | 17 |
| Figure 10 : Evolution de l'état de santé selon la Déficience (travail en colonne).....        | 19 |
| Figure 11 : L'évolution de la situation de santé selon les âges .....                         | 21 |
| Figure 12 : Moyenne d'âge et Ecart-Type .....   | 21 |
| Figure 13 : L'évolution de la situation de santé selon la structure fréquentée .....          | 22 |
| Figure 14 : Le public concerné par de nouveaux besoins .....                                  | 23 |
| Figure 15 : Avancée en âge et apparition de besoins nouveaux .....                            | 23 |
| Figure 16 : Le public concerné par l'intensification de ses besoins .....                     | 25 |
| Figure 17 : Avancée en âge et intensification des besoins préexistants .....                  | 26 |
| Figure 18 : Nombre d'ESSMS en Champagne Ardenne .....   | 28 |
| Figure 19 : Cartographie des ESSMS en Champagne-Ardenne .....                                 | 29 |
| Figure 20 : Réorientation par type d'ESMS .....   | 33 |
| Figure 21 : Réorientation par type d'établissement ou de service .....                        | 35 |
| Figure 22 : Principaux types d'aménagements des structures .....                              | 41 |
| Figure 23 : Structures ayant modifié leur organisation de travail .....                       | 41 |
| Figure 24 : Structures ayant procédé à la formation de son personnel .....                    | 42 |
| Figure 25 : Structures ayant recours à de nouvelles compétences externes .....                | 44 |
| Figure 26 : Structures ayant procédé à une adaptation des locaux .....                        | 45 |

## Contexte, objectifs et méthodologie

Les données démographiques nationales montrent que l'espérance de vie des français tend à augmenter régulièrement. Ce phénomène touche également les personnes en situation de handicap. Tout en connaissant une avancée plus modérée, il s'assortit d'effets précoces du vieillissement.

Chez les personnes en situation de handicap, le vieillissement se manifeste suivant deux hypothèses différentes, l'apparition de nouveaux besoins et/ou l'accentuation de ceux préexistants et nés du handicap originel. Ces éléments, qui sont à caractériser, doivent également être mis en parallèle avec d'autres problématiques, tels que l'avancée en âge des aidants familiaux, les changements de statut juridique qui peuvent mettre à mal le parcours des personnes en situation de handicap.

L'absence de politique publique spécifique sur la question du vieillissement des personnes en situation de handicap et les publications des divers rapports sur cette thématique poussent les différents acteurs du territoire, les autorités de financement en première ligne, à se questionner sur les réponses proposées à cette catégorie de public mal connue jusqu'à aujourd'hui.

Ainsi, la problématique du vieillissement de la population en situation de handicap est considérée comme une priorité par l'Agence Régionale de Santé de Champagne-Ardenne qui souhaite disposer d'un état des lieux de l'évolution des besoins de cette catégorie de population. Et dans ce cadre, l'ARS Champagne-Ardenne a confié au CREAI Champagne-Ardenne la réalisation d'une étude ayant pour objectif de mettre en évidence les besoins générés par l'avancée en âge de ce public, les types de besoins qui n'obtiennent pas une réponse satisfaisante, voire pour lesquelles il n'y a pas de réponse du tout. Il s'agit enfin de repérer les expériences et projets menés ou pensés par les établissements ou services pour s'adapter à ces nouvelles problématiques.

Nous nous sommes intéressés à l'étude des besoins des personnes en situation de handicap accompagnées ou accueillies par des structures sociales et médico-sociales, établissements et services. Nous sommes toutefois conscients qu'une frange de la population échappe à cette analyse des besoins, car vivant à domicile et bénéficiant, au-delà de l'appui familial, de très peu de prestations ou d'un accompagnement institutionnels.

## Présentation de l'échantillon d'enquête

Les établissements et services visés par l'étude relèvent de la compétence de l'ARS ou du Conseil Général de la région Champagne-Ardenne, voire de la compétence conjointe des deux institutions.

Ce sont donc 439 établissements et services de la région<sup>1</sup> qui ont reçu un questionnaire invitant les professionnels à se présenter le public handicapé vieillissant accueilli, et les modalités d'intervention auprès de ce public. 86 établissements et services ont répondu, portant le taux de réponse global à 25 %, et permettant de constituer un échantillon de 78 établissements (figure 1).

**Figure 1: Structure de l'échantillon établissements et services**

|   |   |
|---|---|
| <b>ESAT</b>   | 15 réponses issues des 4 départements<br><i>Soit un taux de réponse des ESAT à 52 %</i>   |
| <b>MAS</b><br><i>Dont :</i><br><i>1 dispose d'un accueil de jour</i>  | 6 réponses issues des 4 départements<br><i>Soit un taux de réponse des MAS à 50 %</i>   |
| <b>FAM</b><br><i>Dont :</i><br><i>2 sont accolés à un foyer de vie</i>  | 5 issues des 3 départements sauf de l'Aube<br><i>2 établissements, dont un aubeois, déclarent ne pas accueillir de personnes de 45 ans et plus</i><br><br><i>Soit un taux de réponse des FAM à 47 %</i> |
| <b>Foyer d'hébergement</b><br><i>Dont :</i><br><i>1 dispose d'un accueil de jour</i><br><i>1 est accolé à un SAVS</i> | 8 réponses issues des 4 départements<br><i>Soit un taux de réponse des FH à 38 %</i>  |
| <b>Foyer de vie</b><br><i>Dont :</i><br><i>3 disposent d'un accueil de jour</i>                                       | 11 réponses issues des 4 départements<br><i>Soit un taux de réponse des Foyers de vie à 38 %</i>  |
| <b>SAVS</b>   | 7 réponses issues des 4 départements<br><i>Soit un taux de réponse des SAVS à 21 %</i>  |
| <b>SAMSAH</b>   | 4 réponses tous les départements <sup>2</sup>   |

<sup>1</sup>L'ensemble des structures relevant de la compétence de l'ARS et du Conseil général, voire de leur compétences conjointes, et œuvrant dans le secteur handicap adulte, les EHPAD, les SSIAD, ainsi que les services mandataires judiciaires à la protection des majeurs qui ont été invités à participer à cette étude.

<sup>2</sup> Tous les départements qui disposent d'un SAMSAH sont représentés dans les réponses, sauf le département de l'Aube qui ne disposait pas, sur la période concernée, de SAMSAH.

|  |   |
|--|---|
|  | <i>Soit un taux de réponse des SAMSASH à 33 %</i>   |
| <b>SSIAD</b>   | 4 réponses issues des 3 départements sauf Ardennes<br><i>Soit un taux de réponse des SSIAD à 9 %</i>  |
| <b>SAAD</b>  | 1 réponse d'un service de l'Aube<br><i>Soit un taux de réponse des SAAD à 4 %</i>   |
| <b>EHPAD</b><br><i>Dont :</i><br><i>1 dispose d'un accueil de jour</i> | 15 réponses issues des 4 départements<br><i>3 établissements ont déclaré ne pas accueillir de personnes en situation de handicap</i><br><i>Soit un taux de réponse des EHPAD à 13 %</i> |
| <b>Accueil de jour</b>   | 1 service de la Marne   |
| <b>Entreprise adaptée</b>  | 1 établissement ardennais<br><i>Soit un taux de réponse des EA à 9 %</i>  |

*Source : CREA Champagne-Ardenne – Délégation Lorraine*

Bien qu'ayant été sollicités, les services de mandataires judiciaires à la protection des majeurs n'ont pas répondu à notre enquête, tout comme les groupes d'entraide mutuels, le service d'accueil familial géré par une association auboise, les centres de réadaptation fonctionnelle ou de rééducation professionnelle.

Au sein de l'échantillon d'enquête, il faut observer que le taux de réponse des établissements est bien meilleur que celui des services. Le taux de réponse est également supérieur au sein du secteur du handicap que dans le secteur des personnes âgées. Par ailleurs, les retours des structures MAS, FAM et ESAT sont représentatifs des établissements présents dans la région, respectivement à hauteur de 50, 47 et 52 %. Les réponses des services d'accompagnement et des EHPAD, quoique faibles, permettent toutefois d'apporter des éléments sur le public accueilli et les réponses apportées sur le territoire, car elles émanent de structures installées dans les quatre départements champardennais.

On peut également apporter une autre hypothèse à ce taux de retour global relativement peu élevé : les structures non concernées par le questionnement de l'étude n'ont pas retourné le document à notre organisme.

La population enquêtée, quant à elle, comprend 1626 usagers de structures médico-sociales.<sup>3</sup> Cette population est présente dans la plupart des structures pour adultes en situation de handicap, et quelques structures dédiées aux personnes âgées (figure 2).

La population d'enquête est présente dans les quatre départements de la région, respectivement à 29,5% dans les Ardennes, 17,5% dans l'Aube, 29% dans la Marne et 24% en Haute-Marne.

Figure 2 : Structure de l'échantillon selon les catégories d'établissements et services

| ETABLISSEMENT   | Total       |
|---|-------------|
| <b>ESAT Dont :</b>  | 601         |
| <i>Avec accompagnement foyer d'hébergement</i>            | 146         |
| <i>Avec accompagnement SAVS</i>                           | 123         |
| <i>Avec accompagnement SAMSAH</i>                         | 3           |
| <i>Avec accompagnement EPSM</i>                           | 2           |
| <b>Foyer d'hébergement Dont</b>                           | 96          |
| <i>Avec accompagnement AT</i>                             | 9           |
| <i>Avec accompagnement ESAT</i>                           | 87          |
| <b>SAVS</b>   | 154         |
| <i>Dont : Avec accompagnement ESAT</i>                    | 52          |
| <b>SAMSAH</b>   | 32          |
| <b>FAM</b>  | 51          |
| <b>Foyer de Vie Dont :</b>                                | 173         |
| <i>Avec accompagnement accueil de Jour</i>                | 34          |
| <i>Avec accompagnement EPSM</i>                           | 14          |
| <i>Foyer de vie-FAM</i>                                   | 23          |
| <i>Avec accompagnement SAVS</i>                           | 6           |
| <b>MAS</b>  | 189         |
| <b>EHPAD</b>  | 202         |
| <i>Dont : Avec accompagnement infirmier psychiatrique</i> | 16          |
| <b>SAAD</b>   | 56          |
| <b>SSIAD</b>  | 63          |
| <i>Dont : Avec accompagnement service à domicile</i>      | 23          |
| <b>Autre</b>  | 9           |
| <b>Total général</b>                                      | <b>1626</b> |

Source : CREA I Champagne-Ardenne – Délégation Lorraine

<sup>3</sup> Le recensement effectué prend en considération les usagers de chaque structure, et non les personnes elles-mêmes. Ainsi, des doublons existent au sein de l'échantillon, par exemple entre des usagers accompagnés par un SAVS ou un foyer d'hébergement et travaillant en ESAT. Dans la mesure où les équipes respectives de ces structures ont mis en avant des besoins différents pour une même personne (compte tenu de la différence du contexte d'accompagnement), le choix a été retenu de ne pas éliminer les doublons.

# 1. Les personnes handicapées vieillissantes

## a. Eléments de définition

Cette étude sur l'avancée en âge des personnes en situation de handicap renvoie à différentes notions qu'il convient de préciser en premier lieu.

Nous nous sommes tout d'abord intéressés aux personnes en **situation de handicap**. La loi du 11 février 2005 *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* donne une définition de la notion de handicap et précise qu'elle concerne « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». Cette définition récente, découlant des travaux en sciences sociales et de la santé, et faisant référence notamment à Fougeyrollas et à la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF-HS) déficiences, incapacités et handicaps, nous conduit aujourd'hui à l'appréhender comme résultant des interactions entre la déficience, les limitations et restrictions tant dans l'activité que dans la participation, et enfin de facteurs environnementaux et personnels.

La notion suivante appréhendée à travers cette étude concerne **le vieillissement** qui est comme le rappelle Patrick Gohet, « un processus normal, progressif, irréversible, inégal quant à l'âge précis où il survient, hétérogène quant aux formes qu'il prend et ayant des conséquences délétères, en particulier une fatigabilité accrue, une diminution des capacités induisant une perte d'autonomie, une augmentation du taux de survenue des maladies chroniques métaboliques ou dégénératives... »<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Rapport Gohet (2013), *L'avancée en âge des personnes handicapées – Contribution à la réflexion. Tome I. Octobre 2013*

La notion de vieillissement s'entend ici comme le processus, et non comme état stationnaire. Elle doit être appréhendée comme un élément de la logique de parcours qui s'est installée au profit de l'utilisateur. Il s'agit surtout de pouvoir prendre la mesure de l'évolution de la situation de l'utilisateur et de le penser, non comme une ultime étape ou un événement figé dans le temps, mais plutôt comme le continuum ou l'évolution de sa situation et de l'accompagnement.

Pour la poursuite de notre étude, nous avons retenu pour cerner les personnes handicapées vieillissantes, la définition élaborée par le CREAI Languedoc-Roussillon et retenue par l'ANESM dans ses travaux préparatoires à la prochaine recommandation. Ainsi, « une personne handicapée vieillissante est une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap (quelle qu'en soit la nature ou la cause) avant de connaître les effets d'un vieillissement. »<sup>5</sup>. Ne sont donc ainsi prises en compte dans les présents travaux que les personnes pour lesquelles la situation de handicap était préexistante au vieillissement.

Enfin, quant à la tranche d'âge concernée, la littérature retient majoritairement la tranche de 40/50 ans, précisant que c'est à partir de ces âges de l'on peut souvent observer les premiers effets du vieillissement. On admet que certaines situations ou pathologies peuvent déclencher ses premiers signes plus précocement, mais nous avons choisi de retenir l'âge charnière de 45 ans et avons donc ciblé les personnes en situation de handicap de 45 ans et plus.

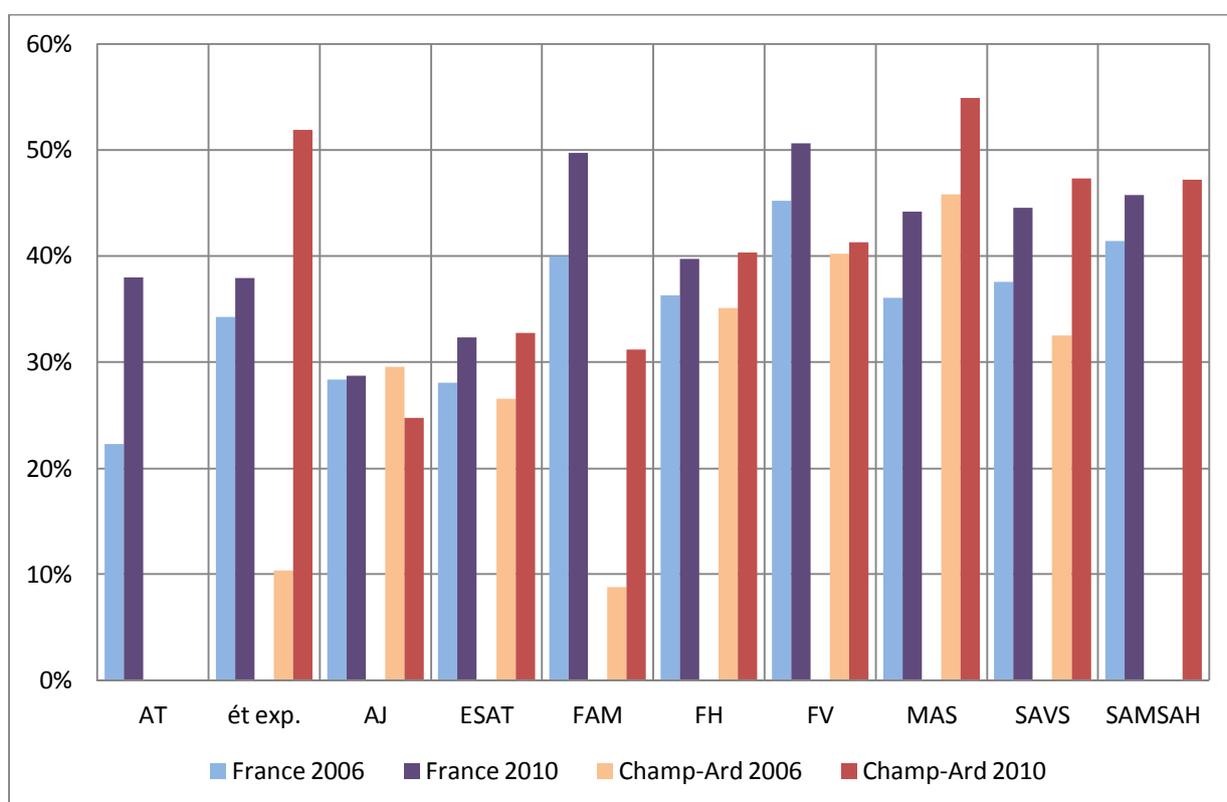
---

<sup>5</sup> B. Azéma et N. Martinez, (2003, *Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie, projections démographiques et aspects qualitatifs : éléments pour une prospective*. Rapport d'étude pour la DREES. Montpellier, CREAI Languedoc-Roussillon, 2003

## b. Approche socio-démographique des personnes handicapées vieillissantes

Les enquêtes Etablissements et services de 2006 et 2010 permettent de montrer la part des 45 ans et plus accompagnés dans les structures sociales et médico-sociales (figure 3).

Figure 3 : Proportion des personnes de 45 ans et plus dans les ESMS



Source : Enquête ES 2010 et 2006, exploitation CREAI Champagne-Ardenne – Délégation Lorraine

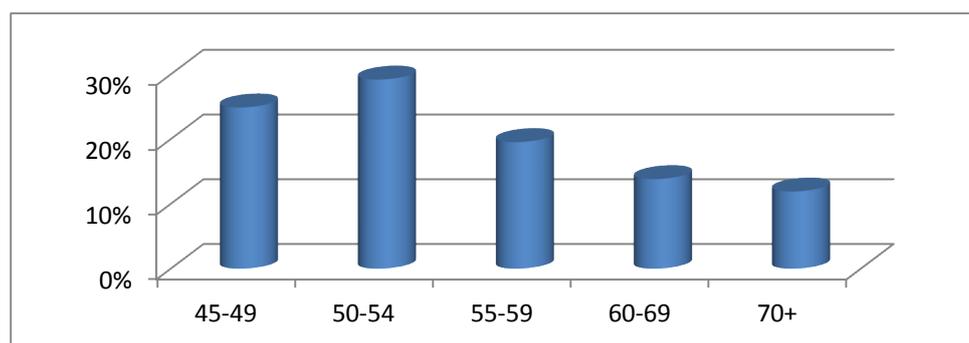
On peut en premier lieu observer l'importance de cette population dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. En effet, en 2010, les 45 ans et plus représentent 4 usagers sur 10 ou plus dans les foyers d'hébergement, dans les foyers de vie, dans les MAS, dans les SAVS et les SAMSAH.

Ces résultats permettent également d'identifier d'autres éléments sur les années 2006 et 2010 :

- Une absence d'accueil temporaire recensé pour les 45 ans et plus en Champagne-Ardenne
- Une augmentation importante de l'accompagnement de ce public spécifique dans les FAM et SAMSAH entre 2006 et 2010, pouvant être hypothétiquement lié à un mouvement global d'ouverture de places de ce FAM au sein des foyers de vie, précisément destinées à répondre aux nouveaux besoins des usagers avançant en âge.
- Une évolution de ce public dans toutes les structures médico-sociales entre 2006 et 2010. L'évolution est globalement comparable entre le niveau national et l'échelon régional. Cette évolution est liée à l'allongement de la durée de la vie des personnes en situation de handicap. Les adultes présents dans les structures ont vieilli et sont restés dans les structures entre les deux enquêtes.

Il faut ensuite s'intéresser à la structuration de la population enquêtée. Sauf indication contraire, les proportions et pourcentages donnés seront exprimés par rapport au total de la population enquêtée. Une première analyse nous permet de connaître la répartition par âge de la population enquêtée par âge (figure 4).

Figure 4 : Structure par âge de la population enquêtée



Source : CREAI Champagne-Ardenne – Délégation Lorraine

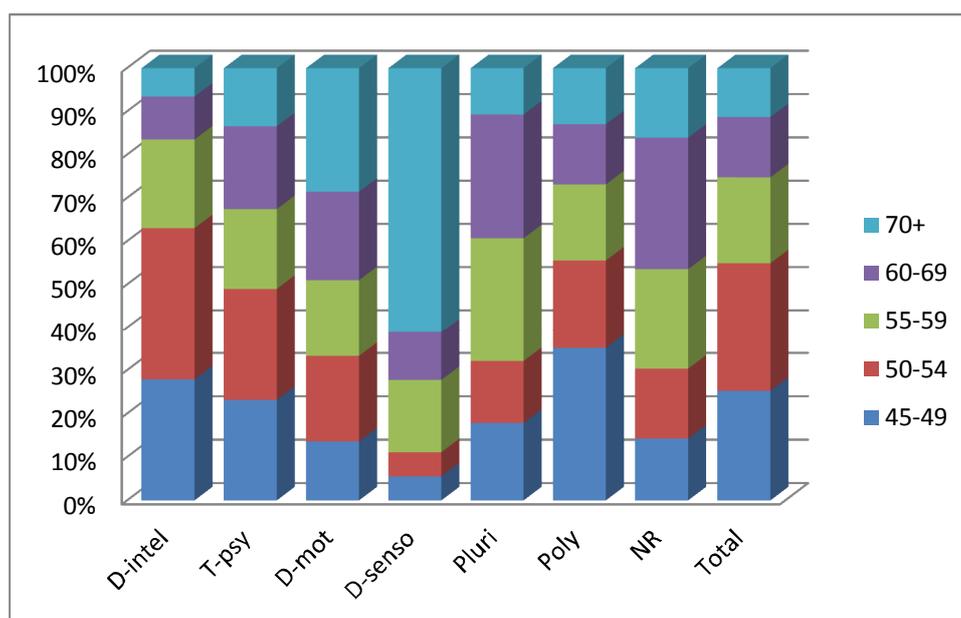
La répartition par âge de l'échantillon d'enquête prend la forme d'une courbe asymétrique avec un étalement à droite. On peut ainsi constater que les plus représentées

sont les personnes de moins de 55 ans, et plus particulièrement entre 50 et 54 ans. Après 75 ans, le nombre de personnes handicapées vieillissantes est résiduel.

La moyenne d'âge de l'échantillon s'élève à 57 ans. La dispersion autour de cette moyenne est cependant importante (l'écart-type est de 23 ans).

Il faut par ailleurs noter que la distribution des âges diffère, au sein de notre échantillon, selon les types de déficiences (figure 5). La population déficiente intellectuelle est plus jeune que le reste de la population : six personnes sur dix sont âgées de moins de 55 ans. A contrario, la moitié des personnes déficientes motrices, et les trois quarts des personnes déficientes sensorielles sont âgées de plus de 60 ans. Ces variations sont susceptibles d'avoir des impacts sur les corrélations décrites plus loin.

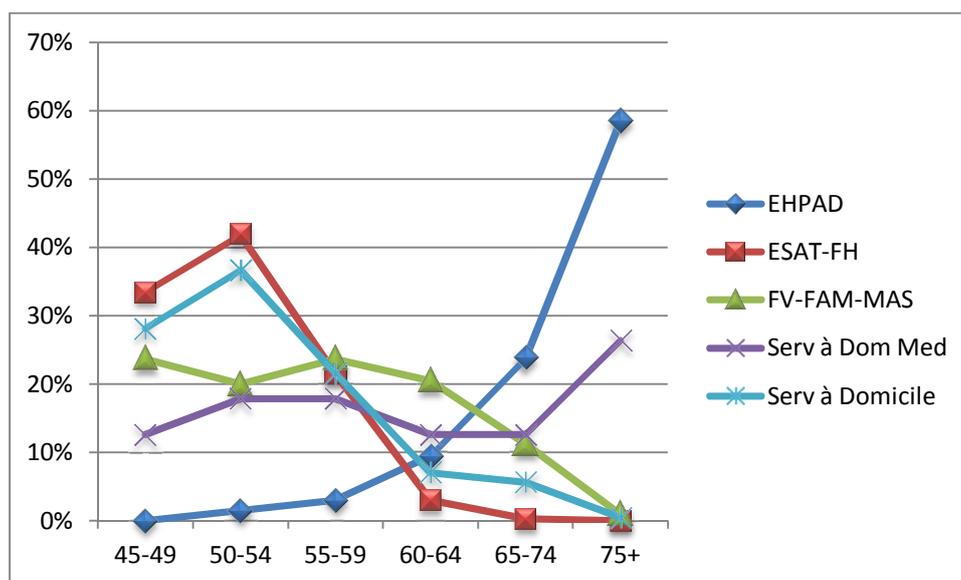
Figure 5 : Structure par âge et par type de déficience



Source : CREAI Champagne-Ardenne – Délégation Lorraine

Par ailleurs, la courbe des âges varie significativement d'un type d'établissement à l'autre (figure 6).

Figure 6 : Répartition par âge de la population handicapée âgée, au sein de chaque catégorie d'ESMS



Source : CREAI Champagne-Ardenne – Délégation Lorraine

Le graphique illustre la répartition par âges des usagers au sein de chaque catégorie d'établissement ou service.

Dans les ESAT et foyers d'hébergement, la population décroît brutalement dès 55 ans. Une part très minoritaire des effectifs prolonge son accompagnement à l'ESAT après 60 ans. L'atteinte de l'âge de la retraite pour les travailleurs d'ESAT explique cette évolution de la courbe. Les services à domicile (dont notamment les SAVS) suivent la même tendance, quoi que de façon moins marquée après 60 ans.

Dans les établissements pour adultes handicapés (foyers de vie, foyers d'accueil médicalisé, maisons d'accueil spécialisées), la répartition par âge des plus de 45 ans diffère : les catégories d'âges restent assez homogènes jusqu'à 64 ans, puis décroissent après cet âge.

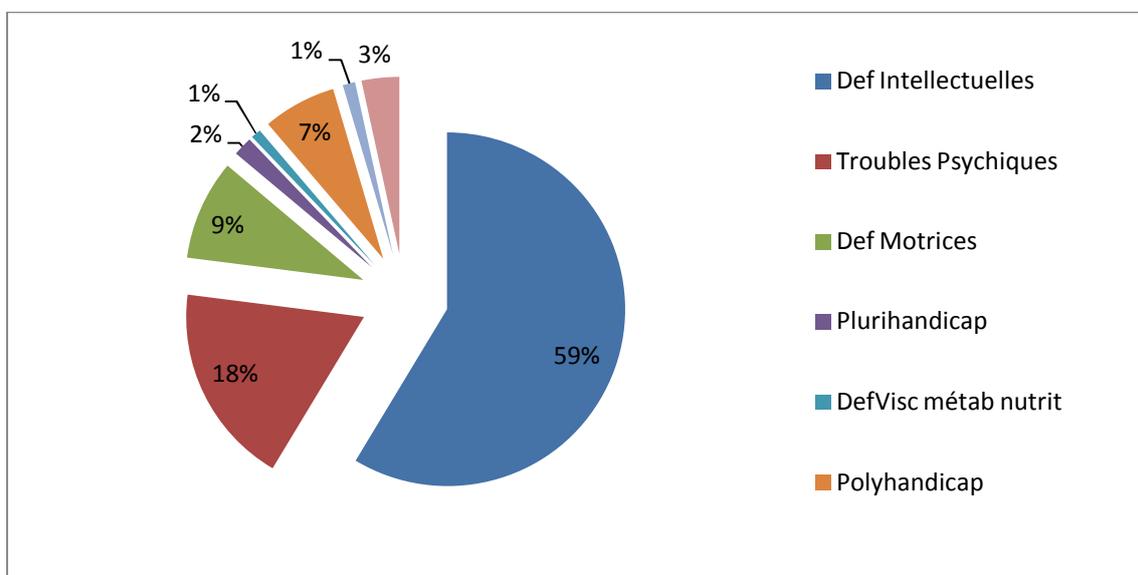
La constance de la courbe des âges jusqu'à 74 ans dans les services médicalisés est trompeuse : la répartition par âge diffère diamétralement entre les SAMSAH (au sein desquels plus de huit personnes sur dix sont âgées de moins de 60 ans) et les SSIAD, qui s'adressent à un public plus hétérogène dans les âges, mais relevant néanmoins

significativement du troisième voire du quatrième âge (4 bénéficiaires sur 10 étant âgés de plus de 75 ans).

Enfin, dans les EHPAD, les résidents sont majoritairement âgés de 75 ans et plus. Il faut néanmoins remarquer que l'entrée dans ces établissements s'effectue à un âge "jeune" (60 voire 55 ans), soit 25 à 30 ans avant la population générale.<sup>6</sup>

Concernant sa situation de santé, l'échantillon d'étude présente majoritairement une déficience intellectuelle en déficience principale (59%, figure 7). On trouve ensuite plus fréquemment comme déficience principale les troubles psychiques (18%) et, dans une moindre proportion, des personnes présentant des déficiences motrices (9%).

Figure 7 : Répartition de la population par déficience principale



Source : CREAI Champagne-Ardenne – Délégation Lorraine

Au sein de notre échantillon, les personnes déficientes intellectuelles sont fréquemment accompagnées dans un ESAT (54 %). Une personne sur cinq parmi les personnes présentant des troubles du psychisme sont accueillies en foyers de vie (19 %). Enfin, les personnes atteintes de déficiences motrices sont majoritairement accompagnées par les services à domicile (33 %).

<sup>6</sup> Selon l'ANESM, *Bientraitance, Analyse nationale 2010*, l'âge moyen d'entrée en EHPAD est de 85 ans.

## c. Quatre configurations de l'évolution de la situation de santé des usagers vieillissants

La structure de la population d'usagers de 45 ans et plus dans les établissements et services médico-sociaux se répartit en quatre groupes principaux (figure 8).

Figure 8 : Evolution des besoins des personnes en situation de handicap avançant en âge

|  | Effectif    | %              |
|--|-------------|----------------|
| <b>G1.</b> Pas d'évolution constatée des besoins   | 510         | 31,4%          |
| <b>G2.</b> Intensification de besoins existants  | 316         | 19,4%          |
| <b>G3.</b> Apparition de nouveaux besoins  | 184         | 11,3%          |
| <b>G4.</b> Intensification de besoins existants <u>et</u> apparition de nouveaux besoins | 565         | 34,8%          |
| Non réponse  | 51          | 3,1%           |
| Total général  | <b>1626</b> | <b>100,00%</b> |

Source : CREAI Champagne-Ardenne – Délégation Lorraine

Un petit tiers de la population étudiée avance en âge sans que sa situation de santé n'évolue : ses besoins restent stables (groupe 1). Un gros tiers de la population a au contraire vu sa situation évoluer notablement, tant par l'apparition de nouveaux besoins, que par l'intensification de besoins préexistants (groupe 4). Entre ces deux pôles se situent des usagers dont les besoins se sont renforcés, sans que de nouvelles problématiques n'apparaissent (groupe 2 - une personne sur cinq environ). Enfin, pour une minorité d'usagers, de nouveaux besoins sont apparus sans que les besoins préexistants n'évoluent (groupe 3 - environ une personne sur dix).

Contre-intuitivement, l'évolution de la situation de santé des usagers n'est pas corrélée statistiquement à l'existence d'une déficience associée. Par contre, ce phénomène paraît lié à la nature de la (des) déficience(s) que présente la personne (figure 9).

Figure 9 : Evolution des besoins des personnes selon le(s) type(s) de déficience(s)

| Déficience principale            | Déficience associée | G1. Pas d'évol° | G2. Intensif° | G3. Nouveaux | G4. Nouveaux + Intensif° | Total général |
|----------------------------------|---------------------|-----------------|---------------|--------------|--------------------------|---------------|
| <b>Déficience intellectuelle</b> | Aucune              | 44,1%           | 22,4%         | 10,8%        | 22,7%                    | 100,0%        |
|                                  | DI-Tpsy             | 38,9%           | 18,4%         | 16,7%        | 25,9%                    | 100,0%        |
|                                  | DI-Dmot             | 21,5%           | 20,0%         | 12,3%        | 46,2%                    | 100,0%        |
|                                  | DI-Dsenso           | 46,6%           | 18,0%         | 9,0%         | 26,3%                    | 100,0%        |
|                                  | DI-Autres           | 18,9%           | 13,9%         | 12,3%        | 54,9%                    | 100,0%        |
| <b>Total</b>                     |                     | <b>37,8%</b>    | <b>19,1%</b>  | <b>13,0%</b> | <b>30,1%</b>             | <b>100,0%</b> |
| <b>Trouble psychique</b>         | Aucune              | 35,6%           | 13,5%         | 11,5%        | 39,4%                    | 100,0%        |
|                                  | Tpsy-DI             | 41,0%           | 19,7%         | 10,3%        | 29,1%                    | 100,0%        |
|                                  | Tpsy-Dmot           | 21,9%           | 18,8%         | 12,5%        | 46,9%                    | 100,0%        |
|                                  | Tpsy-Dsenso         | 25,0%           | 18,8%         | 0,0%         | 56,3%                    | 100,0%        |
|                                  | Tpsy-Autre          | 6,7%            | 13,3%         | 6,7%         | 73,3%                    | 100,0%        |
| <b>Total</b>                     |                     | <b>32,8%</b>    | <b>16,7%</b>  | <b>10,0%</b> | <b>40,5%</b>             | <b>100,0%</b> |
| <b>Déficience motrice</b>        | Aucune              | 15,2%           | 12,1%         | 9,1%         | 63,6%                    | 100,0%        |
|                                  | Dmot-DI             | 33,3%           | 5,6%          | 11,1%        | 50,0%                    | 100,0%        |
|                                  | Dmot-Tpsy           | 13,3%           | 3,3%          | 6,7%         | 76,7%                    | 100,0%        |
|                                  | Dmot-Dsenso         | 31,6%           | 15,8%         | 15,8%        | 36,8%                    | 100,0%        |
|                                  | Dmot-Autres         | 6,7%            | 6,7%          | 26,7%        | 60,0%                    | 100,0%        |
| <b>Total</b>                     |                     | <b>18,2%</b>    | <b>9,5%</b>   | <b>11,5%</b> | <b>60,8%</b>             | <b>100,0%</b> |
| <b>Déficience sensorielle</b>    | Aucune              | 11,1%           | 33,3%         | 33,3%        | 22,2%                    | 100,0%        |
|                                  | Dsenso-Autre        | 33,3%           | 33,3%         | 11,1%        | 22,2%                    | 100,0%        |
| <b>Total</b>                     |                     | <b>22,2%</b>    | <b>33,3%</b>  | <b>22,2%</b> | <b>22,2%</b>             | <b>100,0%</b> |
| <b>Plurihandicap</b>             |                     | <b>14,3%</b>    | <b>46,4%</b>  | <b>3,6%</b>  | <b>35,7%</b>             | <b>100,0%</b> |
| <b>Déficience métabolique</b>    | Autre               | <b>6,7%</b>     | <b>13,3%</b>  | <b>6,7%</b>  | <b>73,3%</b>             | <b>100,0%</b> |
| <b>Polyhandicap</b>              |                     | <b>13,9%</b>    | <b>44,4%</b>  | <b>5,6%</b>  | <b>36,1%</b>             | <b>100,0%</b> |
| <b>Non renseigné</b>             |                     | 16,7%           | 16,7%         | 16,7%        | 50,0%                    | 100,0%        |
| <b>Total général</b>             |                     | <b>32,4%</b>    | <b>20,1%</b>  | <b>11,7%</b> | <b>35,9%</b>             | <b>100,0%</b> |

Source : CREAI Champagne-Ardenne – Délégation Lorraine

La lecture de ces résultats peut se faire de trois façons complémentaires :

- tout d'abord, en comparant le poids des groupes au sein de chaque catégorie de déficiences (que ces dernières soient principales ou associées). Ex. : Parmi la population déficiente intellectuelle, la part du groupe 1 (personnes dont l'état de santé ne présente pas d'évolution) est supérieure à celle du groupe 2 (personnes qui présentent des besoins qui s'intensifient du fait de l'avancée en âge)

- ensuite, en comparant les distributions selon les déficiences associées. *Ex. parmi les personnes déficientes intellectuelles, celles qui présentent également une déficience motrice ont des besoins plus importants (46,2% relèvent du groupe 4, contre 30,1% dans l'ensemble de cette catégorie de population)*
- enfin, en comparant le poids d'un groupe au sein d'une partie de la population (type de déficience) et dans la population globale. *Ex. : les personnes déficientes motrices qui présentent à la fois des besoins qui s'intensifient et de nouveaux besoins s'élève à 60,8% (groupe 4), contre 35,9% au sein de la population globale. Cette surreprésentation indique des difficultés de santé plus prégnantes avec l'avancée en âge, chez les personnes déficientes motrices.*

Les personnes **déficientes intellectuelles** présentes se répartissent principalement dans le groupe 1 (pas d'évolution des besoins) et le groupe 4 (nouveaux besoins + besoins qui s'intensifient). On notera que, parmi les personnes déficientes intellectuelles sans déficience associée, 44 % ne connaissent pas d'évolution de leur état de santé. A contrario, celles qui présentent une déficience motrice associée sont surreprésentées dans le groupe 4.

Les personnes présentant des **troubles psychiques** sont légèrement surreprésentés dans le groupe 4, par rapport à l'ensemble de l'échantillon (40,5%, contre 35,9%). Cette remarque reste vérifiable même lorsqu'elles n'ont aucune déficience associée (39,4% dans le groupe 4). Cette tendance ne doit toutefois pas masquer le fait qu'une part significative de cette population présente des besoins stables (32,8%).

La population présentant une **déficience motrice** est celle dont les besoins paraissent les plus évolutifs. En effet, 60,8% des usagers concernés présentent à la fois une intensification de leurs besoins et des besoins nouveaux (G4), contre 35,9% dans l'ensemble de l'échantillon, 30,1% des personnes déficientes intellectuelles, 40,5% des personnes avec troubles psychiques, et 22,2% des personnes déficientes sensorielles. Si cette tendance est permanente, avec ou sans présence d'une déficience associée, on remarquera qu'elle s'accroît encore chez les personnes qui cumulent des déficiences motrices et des troubles psychiques (76,7% dans le G4).

Les personnes atteintes d'un **plurihandicap** présentent avant tout des problématiques marquées par l'intensification de leurs besoins (46 %) - 36 % d'entre elles relevant néanmoins du groupe 4.

Les personnes avec **déficience sensorielle** se répartissent de façon relativement homogène dans chacun des quatre groupes. L'hypothèse peut donc être faite que ces personnes voient leurs besoins spécifiques moins impactés par l'avancée en âge que les autres catégories de population.

Les personnes avec une **déficience métabolique** relèvent majoritairement du groupe 4 (73 %).

Une autre lecture de ces données en colonne, permet d'apporter des éléments complémentaires (figure 10).

**Figure 10 : Evolution de l'état de santé selon la Déficience (travail en colonne)<sup>7</sup>**

| Déficience Principale            | DP-DA       | G1.Pas d'évol° | G2.Intensif° | G3.Nouveaux  | G4.Nouveaux + Intensif° | Total général |
|----------------------------------|-------------|----------------|--------------|--------------|-------------------------|---------------|
| <b>Déficience Intellectuelle</b> | DI          | 24,7%          | 20,3%        | 16,9%        | 11,5%                   | 18,2%         |
|                                  | DI-Autres   | 4,5%           | 5,4%         | 8,2%         | 11,9%                   | 7,8%          |
|                                  | DI-Dmot     | 2,8%           | 4,1%         | 4,4%         | 5,3%                    | 4,1%          |
|                                  | DI-Dsenso   | 12,2%          | 7,6%         | 6,5%         | 6,2%                    | 8,4%          |
|                                  | DI-Tpsy     | 26,5%          | 20,3%        | 31,5%        | 15,9%                   | 22,0%         |
| <b>Total</b>                     |             | <b>70,6%</b>   | <b>57,6%</b> | <b>67,4%</b> | <b>50,8%</b>            | <b>60,5%</b>  |
| <b>Trouble Psychique</b>         | Tpsy        | 7,3%           | 4,4%         | 6,5%         | 7,3%                    | 6,6%          |
|                                  | Tpsy-Autre  | 0,4%           | 1,3%         | 1,1%         | 3,9%                    | 1,9%          |
|                                  | Tpsy-DI     | 9,4%           | 7,3%         | 6,5%         | 6,0%                    | 7,4%          |
|                                  | Tpsy-Dmot   | 1,4%           | 1,9%         | 2,1%         | 2,6%                    | 2,0%          |
|                                  | Tpsy-Dsenso | 0,8%           | 0,9%         | 0,0%         | 1,6%                    | 1,0%          |
| <b>Total</b>                     |             | <b>19,2%</b>   | <b>15,8%</b> | <b>16,3%</b> | <b>21,4%</b>            | <b>19,0%</b>  |
| <b>Déficience</b>                | Dmot        | 2,0%           | 2,5%         | 3,3%         | 7,4%                    | 4,2%          |

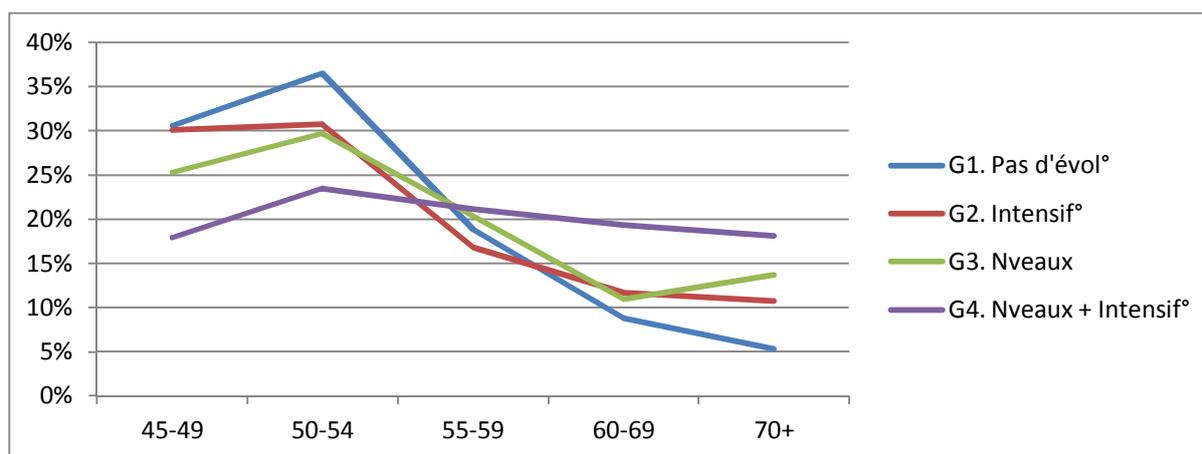
<sup>7</sup> Le total général de la figure 4 comparé avec celui de la figure 5 comporte un écart de 51 usagers soit 3% de la population enquêtée. Ceci s'explique par l'exclusion des non réponses dans la figure 4.

|                                   |                          |               |               |               |               |               |
|-----------------------------------|--------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| <b>Motrice</b>                    |                          |               |               |               |               |               |
|                                   | Dmot-<br>Autres          | 0,2%          | 0,3%          | 2,2%          | 1,6%          | 0,9%          |
|                                   | Dmot-DI                  | 1,2%          | 0,3%          | 1,1%          | 1,6%          | 1,1%          |
|                                   | Dmot-<br>Dsenso          | 1,2%          | 0,9%          | 1,6%          | 1,2%          | 1,2%          |
|                                   | Dmot-Tpsy                | 0,8%          | 0,3%          | 1,1%          | 4,1%          | 1,9%          |
|                                   | <b>Total</b>             | <b>5,3%</b>   | <b>4,4%</b>   | <b>9,2%</b>   | <b>15,9%</b>  | <b>9,4%</b>   |
| <b>Plurihandicap</b>              | Plurihandica<br>p        | 0,8%          | 4,1%          | 0,5%          | 1,8%          | 1,8%          |
|                                   | <b>Total</b>             | <b>0,8%</b>   | <b>4,1%</b>   | <b>0,5%</b>   | <b>1,8%</b>   | <b>1,8%</b>   |
| <b>Déficience<br/>Métabolique</b> | 8+autre                  | 0,2%          | 0,6%          | 0,5%          | 1,9%          | 0,9%          |
|                                   | <b>Total</b>             | <b>0,2%</b>   | <b>0,6%</b>   | <b>0,5%</b>   | <b>1,9%</b>   | <b>0,9%</b>   |
| <b>Poly handicap</b>              | Poly                     | 2,9%          | 15,2%         | 3,3%          | 6,9%          | 6,9%          |
|                                   | <b>Total</b>             | <b>2,9%</b>   | <b>15,2%</b>  | <b>3,3%</b>   | <b>6,9%</b>   | <b>6,9%</b>   |
| <b>Déficience<br/>Sensorielle</b> | Dsenso                   | 0,2%          | 0,9%          | 1,6%          | 0,4%          | 0,6%          |
|                                   | Dsenso-<br>Autre         | 0,6%          | 0,9%          | 0,5%          | 0,4%          | 0,6%          |
|                                   | <b>Total</b>             | <b>0,8%</b>   | <b>1,9%</b>   | <b>2,2%</b>   | <b>0,7%</b>   | <b>1,1%</b>   |
| <b>Non Renseigné</b>              |                          | 0,2%          | 0,3%          | 0,5%          | 0,5%          | 0,4%          |
|                                   | <b>Total<br/>Général</b> | <b>100,0%</b> | <b>100,0%</b> | <b>100,0%</b> | <b>100,0%</b> | <b>100,0%</b> |

Source : CREAI Champagne-Ardenne – Délégation Lorraine

En considérant la distribution par âge au sein de chaque groupe (figure 11), on peut voir que l'intensification, l'apparition de besoins nouveaux, voire la coexistence de ces phénomènes concernent toutes les tranches d'âge.

Figure 11 : L'évolution de la situation de santé selon les âges



Source : CREA Champagne-Ardenne – Délégation Lorraine

Les personnes dont les besoins restent stables (G1) comptent parmi les plus jeunes de l'échantillon. Leur nombre décroît fortement après 55 ans. La tendance est la même concernant les groupes 2 et 3, dans des proportions qui présentent cependant moins d'écart. On constate par contre que la distribution par âge du groupe 4 diffère de celles des autres groupes. Contrairement à ces dernières, aucun groupe d'âge n'est davantage représenté que les autres. Dans ce groupe, la typologie de ces publics se caractérise par un caractère déficitaire important, et/ou une évolution dégradée de leur état de santé.

Ainsi la moyenne d'âge du groupe 4, supérieure à celle des autres groupes (figure 12), reste peu significative. L'écart-type indique en effet une très forte dispersion de la population autour de cette moyenne. On peut en déduire l'hétérogénéité de ce groupe, avec des personnes d'âge et de déficiences diverses.

Figure 12 : Moyenne d'âge et Ecart-Type

|          | moyenne d'âge | écart-type |
|----------|---------------|------------|
| Groupe 1 | 54            | 8          |
| Groupe 2 | 56            | 11         |
| Groupe 3 | 57            | 11         |
| Groupe 4 | 61            | 23         |

Source : CREA Champagne-Ardenne – Délégation Lorraine

La figure 13 décrit l'évolution de l'état de santé des personnes au sein des différentes structures d'accueil et d'accompagnement.

Figure 13 : L'évolution de la situation de santé selon la structure fréquentée

| Type Etab  | Pas d'évol° | Intensif° | Nouveaux | Nouveaux + Intensif° | Total général |
|------------|-------------|-----------|----------|----------------------|---------------|
| ESAT       | 44,1%       | 22,0%     | 12,6%    | 21,3%                | 100,0%        |
| FH         | 30,2%       | 16,7%     | 14,6%    | 38,5%                | 100,0%        |
| SAVS       | 51,6%       | 14,6%     | 12,1%    | 21,7%                | 100,0%        |
| SAMSAH     | 50,0%       | 6,3%      | 18,8%    | 25,0%                | 100,0%        |
| FV         | 18,8%       | 16,2%     | 11,7%    | 53,2%                | 100,0%        |
| FAM        | 25,7%       | 28,4%     | 5,4%     | 40,5%                | 100,0%        |
| MAS        | 19,9%       | 37,6%     | 2,8%     | 39,7%                | 100,0%        |
| SAAD-SSIAD | 11,9%       | 3,4%      | 13,6%    | 71,2%                | 100,0%        |
| EHPAD      | 14,4%       | 19,8%     | 13,4%    | 52,5%                | 100,0%        |
| Total      | 32,4%       | 20,1%     | 11,7%    | 35,9%                | 100,0%        |

Source : CREAI Champagne-Ardenne – Délégation Lorraine

Globalement, deux groupes sont identifiables. Dans les ESAT, SAVS, SAMSAH, une part importante des individus présente un état de santé stable. A l'inverse, dans les MAS, FAM, Foyers de vie et les EHPAD, la majorité des résidents voient leur situation de santé marquée par des besoins plus importants.

Plus particulièrement, on constate que parmi les personnes placées en ESAT, 44 % ne connaissent pas d'évolution de leur état de santé, tout comme celles suivies par un SAVS ou un SAMSAH (52 et 50 %).

La moitié de celles qui sont en foyer de vie et EHPAD (53 %) enregistrent des nouveaux besoins et une intensification de ceux-ci, ainsi que les deux tiers des usagers qui sont suivis par des services de soins infirmiers à domicile et services à domicile (71 %).

On observe par contre que les usagers accueillis en MAS ont, en proportion, moins de nouveaux besoins et/ou d'intensifications de ces derniers que ceux qui sont en foyer de vie (38 et 40 %).

## d. Nature des besoins des personnes handicapées vieillissantes

### 1. Les nouveaux besoins

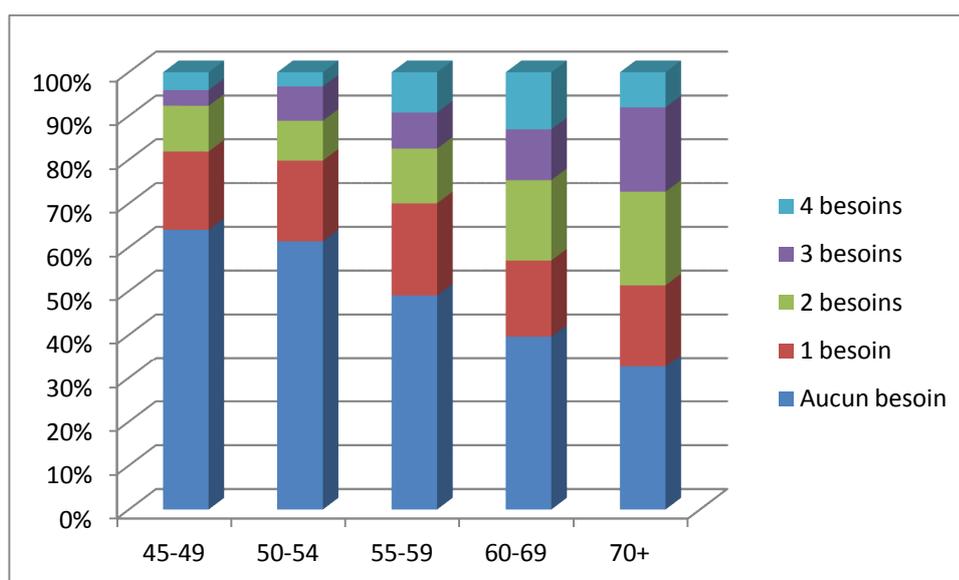
Chaque structure enquêtée a été amenée à préciser si les personnes accueillies âgées de 45 ans ou plus présentaient des besoins nouveaux. Comme l'indique la figure 14, la moitié de l'échantillon n'a pas vu apparaître de nouveaux besoins, malgré son avancée en âge. Ce constat global doit cependant être affiné et nuancé : de façon attendue, et à l'instar de la population générale, plus l'âge de la personne avance et plus elle est susceptible de présenter des besoins nouveaux. La figure 15 illustre la force de cette corrélation.<sup>8</sup>

Figure 14 : Le public concerné par de nouveaux besoins

| Nombre de nouveaux besoins identifiés par les équipes | Total       | %             |
|---|-------------|---------------|
| 0   | 826         | 50,8%         |
| 1   | 291         | 17,9%         |
| 2   | 204         | 12,5%         |
| 3   | 137         | 8,4%          |
| 4   | 102         | 6,3%          |
| NR  | 66          | 4,1%          |
| <b>Total général</b>                                  | <b>1626</b> | <b>100,0%</b> |

Source : CREA Champagne-Ardenne – Délégation Lorraine

Figure 15 : Avancée en âge et apparition de besoins nouveaux



<sup>8</sup> Le test du Khi-Deux est significatif à 99,99% ici.

Au regard de la distribution par âge analysée préalablement (cf. supra, figure 5), il n'est donc pas surprenant de constater que les personnes déficientes intellectuelles sont surreprésentées dans ce groupe, étant globalement plus jeunes que la population enquêtée. Il est plus surprenant de voir que les personnes déficientes sensorielles (souvent âgées dans l'échantillon) sont également surreprésentées parmi les usagers qui ne présentent pas de nouveaux besoins. Enfin et peut-être surtout, ce graphique permet d'illustrer qu'**il n'existe pas de lien mécanique ni systématique entre le vieillissement des personnes handicapées et l'apparition de besoins nouveaux**. Jusqu'à 60 ans, la moitié des personnes décrites par les équipes de professionnels ne présentent aucun besoin nouveau identifié. Même si la proportion baisse, elle concerne quatre personnes sur dix entre 60 et 70 ans, et une personne sur trois après 70 ans.

Lorsqu'une évolution est observable, il s'agit le plus fréquemment d'un nouveau besoin (18% de la population d'étude), principalement relatif à un aménagement du rythme d'activité (6%), de nature médicale (médicamentation, suivi par un médecin, hospitalisation : 3%) ou psychologique (3%). D'autres besoins, de nature paramédicale, relatifs à des aides humaines pour les actes de la vie courante (transferts, déplacements, toilette, habillage-déshabillage, alimentation, préparation des repas), pour la gestion de sa santé (suivi des prescriptions, consultations) ou de son comportement, ou encore relatifs à des aides techniques sont identifiés de façon plus marginale (1% environ à chaque fois). Aucune catégorie de déficience ne se distingue au sein de ce groupe.

Lorsque les personnes handicapées avançant en âge présentent deux nouveaux besoins (12,5% de la population recensée), ces derniers concernent avant tout l'aide humaine pour les actes de la vie courante (2%), et les besoins médicaux et paramédicaux (1,8% respectivement). Les personnes déficientes motrices sont surreprésentées dans ce groupe.

Les évolutions marquées par une pluralité de besoins nouveaux restent ainsi minoritaires. Par ordre décroissant d'importance, ils concernent les besoins médicaux, les besoins d'aide pour les actes de la vie courante et pour la gestion de sa santé, les besoins de

soutien psychologique, les besoins paramédicaux. Les personnes déficientes motrices, plurihandicapées et polyhandicapées.

## 2. Les besoins qui s'intensifient

Selon les renseignements fournis par les équipes professionnelles, 43% des usagers ne présentent pas de besoins qui se sont intensifiés du fait de l'avancée en âge (figure 16). Contrairement à l'apparition de nouveaux besoins qui concernait la moitié de la population d'étude, une part majoritaire du public handicapé vieillissant présente donc des besoins qui se sont accrus.

Figure 16 : Le public concerné par l'intensification de ses besoins

| Nombre de besoins accrus, identifiés par les équipes | Total       | Total en %    |
|--|-------------|---------------|
| 0  | 694         | 42,7%         |
| 1  | 346         | 21,3%         |
| 2  | 261         | 16,1%         |
| 3  | 177         | 10,9%         |
| 4  | 97          | 6,0%          |
| NR   | 51          | 3,1%          |
| <b>Total général</b>                                 | <b>1626</b> | <b>100,0%</b> |

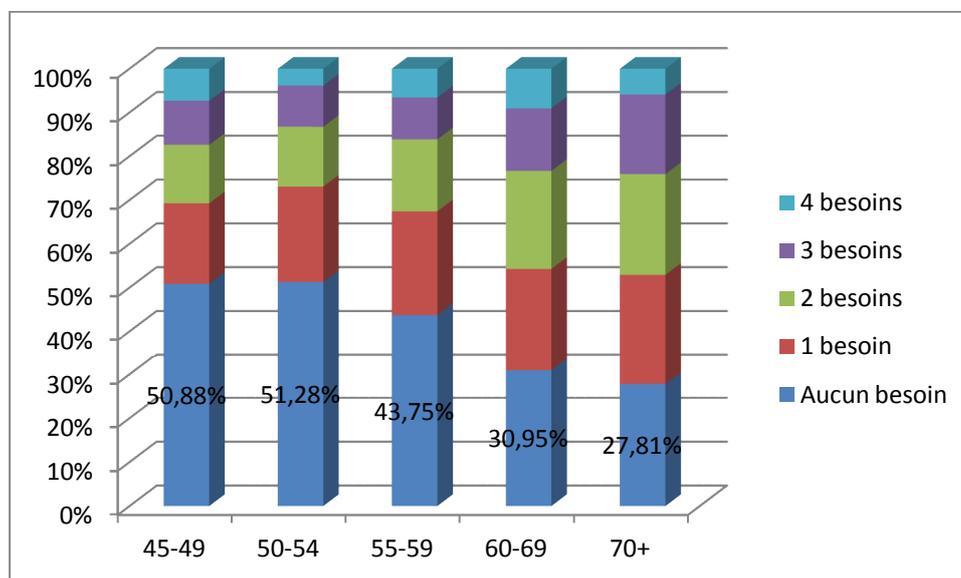
Source : CREAM Champagne-Ardenne – Délégation Lorraine

Des constats similaires au paragraphe précédent peuvent être établis ici : une corrélation entre intensification des besoins et avancée en âge est également observable (figure 17). Pour autant, une part significative de la population (trois personnes sur dix après 60 ans, une personne sur quatre après 70 ans) ne semble pas impactée, au plan des besoins, par l'avancée en âge.

Un lien est également observable entre l'intensification des besoins et la déficience principale : la moitié des personnes déficientes intellectuelles ne présenteraient pas cette évolution, tandis que cette proportion tombe à 45% chez les personnes déficientes sensorielles, à 43% chez les personnes avec trouble psychique, à 30% chez les personnes déficientes motrices, et concerne moins d'une personne sur cinq chez les personnes pluri- ou

polyhandicapées. Ce phénomène est toutefois peut-être lié à l'inégale distribution par âge entre les différents types groupes de déficience.

Figure 17 : Avancée en âge et intensification des besoins préexistants



Source : CREA Champagne-Ardenne – Délégation Lorraine

Au sein de l'échantillon d'étude, une personne sur cinq (21%) présente un besoin qui s'est intensifié. Ces besoins sont très divers d'une personne à l'autre. Ils concernent prioritairement les aides humaines pour les actes de la vie courante (4,3%), le soutien psychologique (2,6%), les soins paramédicaux (2,4%), un aménagement du rythme d'activité (2,2%), les aides humaines pour la gestion de santé (2,1%) et les soins médicaux (1,8%).

Une personne sur six (16,1%) présente deux besoins qui se sont intensifiés. Ici encore, la nature des besoins concernés est très hétérogène. Par ordre décroissant, les professionnels ont signalé l'intensification de besoins d'aide humaine pour les actes de la vie courante (2,8%), de besoins médicaux (2,4%), de besoins paramédicaux (1,8%) et de soutien psychologique (1,7%).

Lorsque trois ou quatre besoins s'intensifient, il s'agit principalement d'aides pour la gestion des actes de la vie courante ou pour la gestion de sa santé, de soins médicaux ou paramédicaux, de soutien psychologique ou d'aide à la gestion du temps libre. Une personne sur six entrent sont concernés par une intensification plurielle de ses besoins. Ces personnes

sont généralement âgées de 60 ans et plus. Si les usagers déficients sensoriels, pluri- et polyhandicapés sont surreprésentés dans ce groupe, tous les types de déficiences sont concernés.

## 2. L'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes et ses évolutions

### a. Données de cadrage

La Champagne-Ardenne compte 368 établissements et services médico-sociaux agréés pour les adultes en situation de handicap et/ou les personnes âgées, répartis comme suit (figure 18).

Figure 18 : Nombre d'ESSMS en Champagne Ardenne

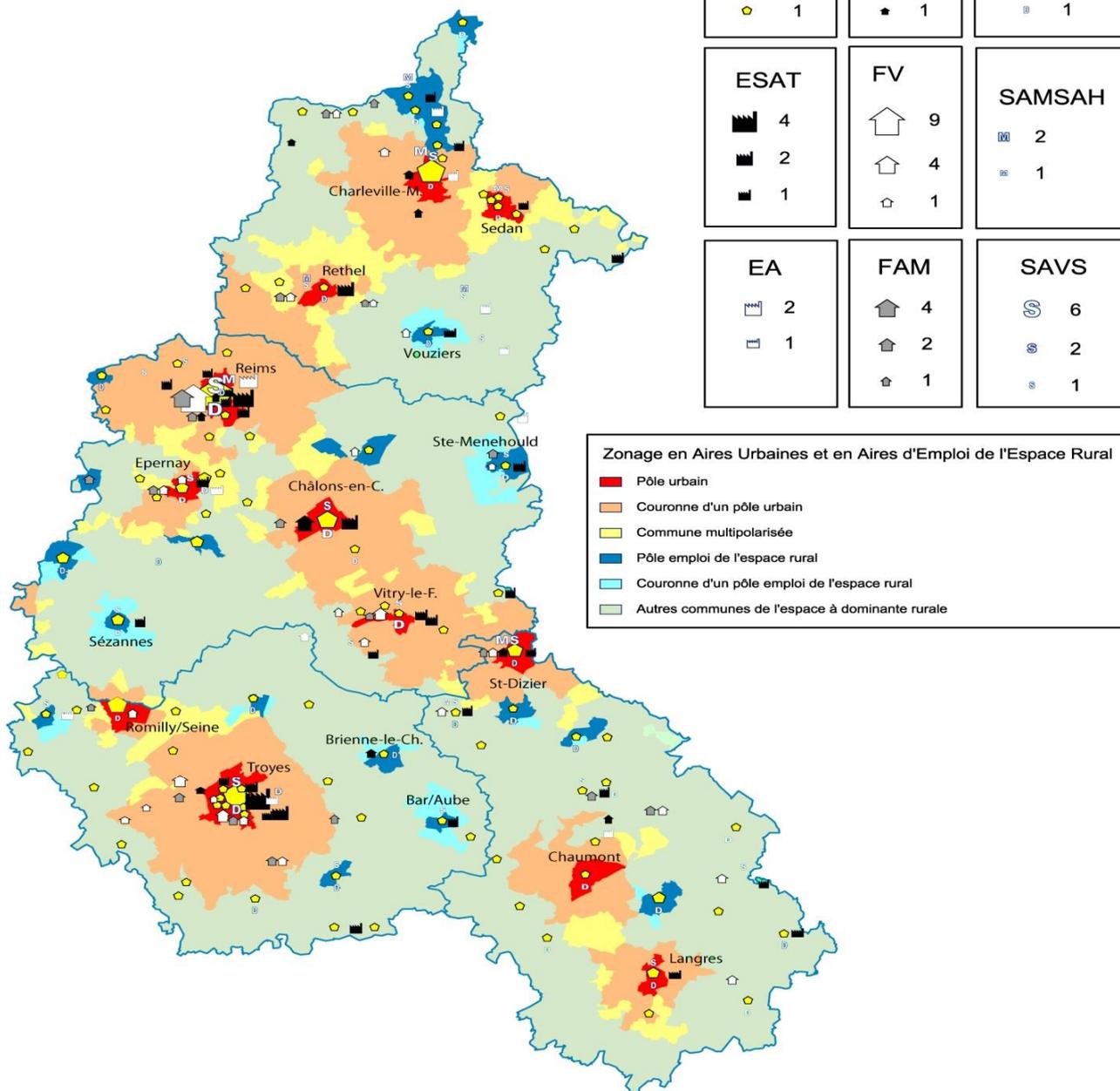
|                     |     |
|---------------------|-----|
| ESAT                | 40  |
| Entreprise adaptée  | 11  |
| MAS                 | 12  |
| FAM                 | 21  |
| Foyer de vie        | 40  |
| Foyer d'hébergement | 26  |
| SAVS                | 25  |
| SAMSAH              | 9   |
| SSIAD               | 42  |
| EHPAD               | 142 |

Source : FINESS

Cet équipement institutionnel permet de proposer une offre qui maille l'ensemble du territoire régional, comme le montre la figure 19.

Figure 19 : Cartographie des ESSMS en Champagne-Ardenne

## Etablissements et services médico-sociaux pour adultes en Champagne-Ardenne



Carte réalisée par le CREAI Champagne-Ardenne avec Cartes & Données - © Artique - Décembre 2014

La cartographie a été élaborée en prenant en compte les principaux équipements sociaux et médico-sociaux, et le zonage en aires urbaines d'emploi et de l'espace rural (ZAUER). Elle permet de dresser plusieurs constats :

- L'ensemble du territoire régional est couvert par des équipements sociaux et médico-sociaux. La proximité des structures sur certaines zones, notamment rurales, permet un maillage possible entre les différentes institutions.
- Les établissements et services sociaux et médico-sociaux se concentrent principalement dans les pôles urbains et les pôles d'emplois de l'espace rural.
- L'Aube et la Haute-Marne sont également dotées de nombreux équipements dans les espaces de plus faibles densités. De nombreux EHPAD sont ainsi installés en campagne. Mais on retrouve également dans les zones rurales des ESAT, surtout en Haute-Marne, mais aussi des foyers de vie, foyer d'accueil médicalisé ou maison d'accueil spécialisée dans les départements de la Haute-Marne, de l'Aube et des Ardennes.
- Dans la Marne, les équipements sont principalement concentrés sur les zones de plus forte densité. Ainsi, trois zones, Sézanne, le territoire argonnais, et l'axe Châlons-en-Champagne / Reims, ne sont moins, voire pas couverts par des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- Les SAVS et les SSIAD sont principalement basés dans les pôles urbains. Mais leur compétence va au-delà de ces espaces et permet également des accompagnements d'usagers dans des zones rurales.

## **b. Les besoins auxquels les structures ne peuvent répondre de manière satisfaisante.**

Les réponses fournies par les établissements ont permis de recenser les difficultés qu'ils rencontrent pour répondre de manière satisfaisante aux besoins des personnes handicapées vieillissantes.

Parmi les répondants, un établissement (MAS des Ardennes relevant du secteur hospitalier) déclare n'identifier aucun besoin auquel elle ne saurait répondre de manière satisfaisante.

De plus, 15 structures ne précisent pas de besoins pour lesquels ils rencontrent des difficultés à donner à une réponse satisfaisante. Cela s'explique par la coordination et le relais partenarial existant, notamment avec un SAVS, ou par des travaux d'aménagement réalisés dans la structure, de type organisationnel, structurel, sur le projet institutionnel, sur le matériel disponible à l'appui des pratiques professionnelles et en raison du personnel mobilisable.

62 autres établissements et services déclarent rencontrer des difficultés pour répondre de manière satisfaisante à un ou plusieurs besoins des personnes handicapées vieillissantes. Ces obstacles, notamment financiers, peuvent être détaillés comme suit :

- L'absence de financement :
  - de certains postes de travail (IDE et psychologue)
  - pour l'aménagement et la restructuration des locaux
- Les difficultés liées au recrutement de professionnels tels que les médecins (psychiatre)
- Le manque d'adaptation des structures à l'accueil de personnes cérébrolésées vieillissantes, atteintes d'autres pathologies ou simplement vieillissantes. Le besoin de surveillance qui en découle dépasse parfois les capacités des structures (« ... un foyer d'hébergement n'est pas une structure de soins... »).
- Les difficultés liées à la sécurité physique de l'utilisateur pour les ESAT. Il subsiste un paradoxe entre la gravité de l'état de santé de l'utilisateur sur le lieu de travail (obligation de résultat de l'employeur quant à sa sécurité physique) et un avis d'aptitude délivré par le service santé au travail.
- Le manque de relais entre le milieu médical et médico-social pour les structures qui accueillent des personnes handicapées vieillissantes.

## c. Des besoins spécifiques qui déterminent le parcours ?

Au sein du public handicapé vieillissant qui ne trouve plus de réponse satisfaisante dans sa structure médico-sociale, trois types d'évolution sont identifiables :

- Les réorientations envisagées, mais n'étant pas encore effectives
- Les réorientations prononcées par la CDAPH
- Les demandes d'admission en EHPAD

Le terme de réorientation désigne ici le passage d'une structure d'accueil ou d'accompagnement social ou médico-social pour adulte handicapé vers une autre. Les demandes d'entrée en maison de retraite sont traitées distinctement, dans la mesure où elles ne relèvent pas d'une décision de la CDAPH.

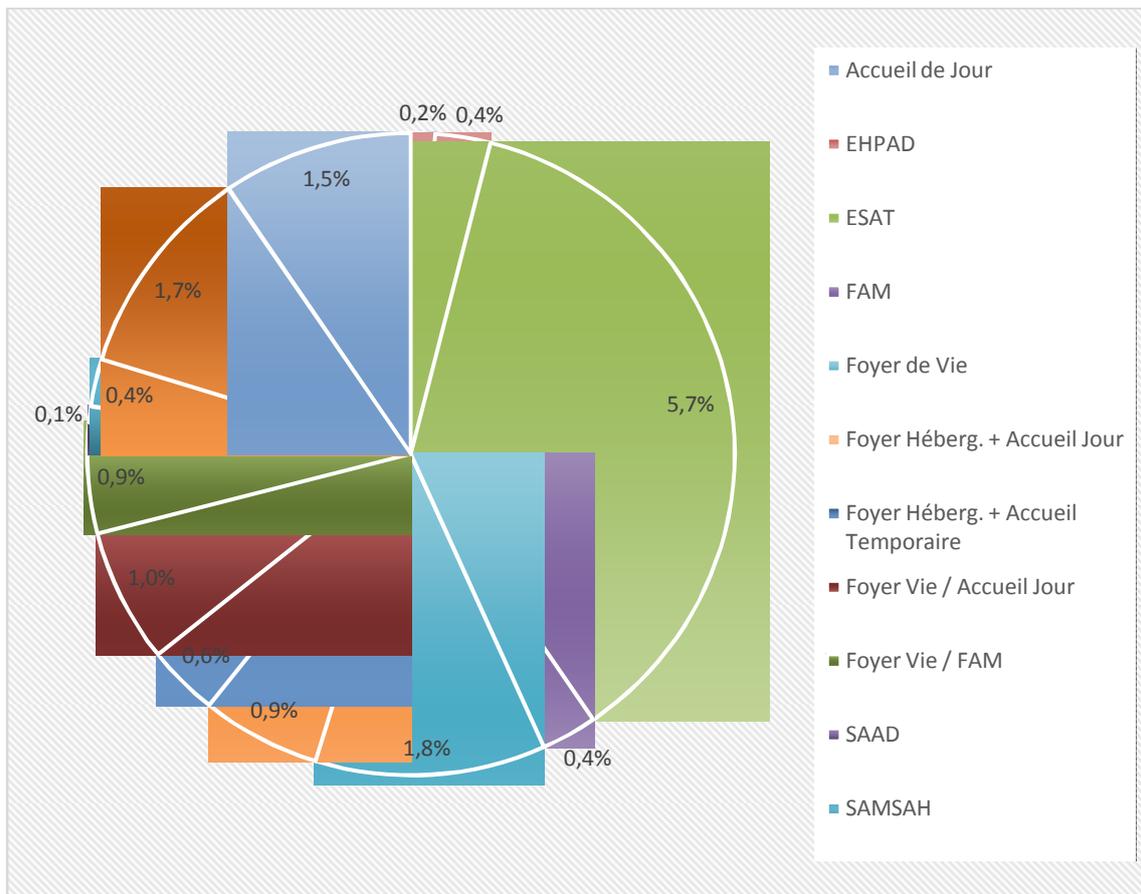
### 1. Les réorientations envisagées

Nous avons pu établir que ces réponses ne passent pas majoritairement par une réorientation vers d'autres types de structures. Dans 84% des situations, la réorientation n'est pas une réponse envisagée pour les usagers.

Dans les 254 situations qui font l'objet d'une demande de réorientation, celle-ci vise particulièrement les usagers d'ESAT, de foyers de vie et de SAVS (figure 20).

Figure 20 : Réorientation par type d'ESMS

| Type Etablissement                 | Total      | %             |
|------------------------------------|------------|---------------|
| Accueil de Jour                    | 3          | 0,2%          |
| EHPAD                              | 7          | 0,4%          |
| ESAT                               | 92         | 5,7%          |
| FAM                                | 7          | 0,4%          |
| Foyer de Vie                       | 29         | 1,8%          |
| Foyer Héberg. + Accueil Jour       | 15         | 0,9%          |
| Foyer Héberg. + Accueil Temporaire | 9          | 0,6%          |
| Foyer Vie / Accueil Jour           | 17         | 1,0%          |
| Foyer Vie / FAM                    | 14         | 0,9%          |
| SAAD                               | 2          | 0,1%          |
| SAMSAH                             | 6          | 0,4%          |
| SAVS                               | 27         | 1,7%          |
| SSIAD                              | 24         | 1,5%          |
| <b>Total</b>                       | <b>252</b> | <b>15,50%</b> |



Source : CREA Champagne-Ardenne – Délégation Lorraine

La réorientation a pour objet une demande d'admission en foyers d'accueil médicalisé et maison d'accueil spécialisée. Les EHPAD arrivent en troisième position, la spécificité de l'accompagnement de personne avec Alzheimer étant parfois recherchée.

## *2. Les réorientations prononcées par la CDAPH*

Les établissements ont pu spécifier le nombre d'usagers âgés de 45 ans et plus détenant une décision de réorientation vers une autre structure prononcée par la CDAPH pour mieux répondre à l'évolution de leurs besoins. Selon les données recueillies, 27 usagers sur 1626 bénéficient d'une réorientation de la CDAPH non effective. Ces personnes sont présentes dans 17 établissements sur les 78 répondants. Les structures concernées sont diverses : on compte cinq ESAT, trois foyers d'hébergement, trois SAVS, deux SAMSAH, deux foyer de vie, un accueil de jour, un SAAD.

Les effectifs sont trop faibles pour permettre d'établir des conclusions à portée générale. Néanmoins, on peut constater ici que les ESAT sont les plus concernés par les réorientations. Ces situations restent néanmoins globalement marginales. Sans surprise, les MAS et FAM, qui accompagnent les résidents jusqu'à la fin de vie, déclarent n'accueillir aucun usager bénéficiant d'une réorientation.

Les structures ont en outre pu préciser le type de réorientation prononcée par la CDAPH pour les usagers accueillis. La figure 21 rend compte des réorientations en fonction des types d'établissement.

Figure 21 : Réorientation par type d'établissement ou de service

|                         |           | Etablissement de réorientation |        |    |    |     |     |    | Total |        |
|-------------------------|-----------|--------------------------------|--------|----|----|-----|-----|----|-------|--------|
|                         |           | SAVS                           | SAMSAH | FH | FV | FAM | MAS | AJ |       | Autres |
| Etablissement d'accueil | ESAT      | 1                              |        |    | 7  |     |     | 1  |       | 9      |
|                         | AJ        |                                |        |    |    | 2   |     |    |       | 2      |
|                         | FV        |                                |        |    |    | 1   |     |    |       | 1      |
|                         | FV+AJ     |                                |        |    |    |     | 1   |    |       | 1      |
|                         | FH        |                                |        |    | 2  |     |     |    |       | 2      |
|                         | FH + AJ   |                                |        |    |    |     |     |    | 2     | 2      |
|                         | SAAD      |                                |        |    |    |     |     |    | 3     | 3      |
|                         | SAVS      |                                |        |    | 2  | 1   | 1   |    |       | 4      |
|                         | SAMSAH    |                                |        |    | 1  |     | 1   |    |       | 2      |
|                         | SAVS + FH |                                |        |    | 1  |     |     |    |       | 1      |
| Total                   |           | 1                              | 0      | 0  | 13 | 4   | 3   | 1  | 5     | 27     |

Source : CREAI Champagne-Ardenne – Délégation Lorraine

Malgré la petitesse de l'échantillon, ces éléments de parcours nous permettent de mieux comprendre les évolutions des réponses liées à l'avancée en âge des personnes handicapées. Concernant les travailleurs d'ESAT qui ont atteint l'âge de la retraite, ou ne sont plus en capacité d'exercer une activité à caractère professionnel, les demandes principales vont vers les foyers de vie.

Dans les foyers d'hébergement, les demandes concernent une orientation en foyer de vie, en FAM ou en MAS. Cette évolution traduit le besoin d'un accompagnement de proximité et de soins réguliers. Il en va de même dans les SAVS et SAMSAH : chez les personnes concernées, le mode d'intervention ponctuel à domicile ne permet plus de répondre aux besoins quotidiens. Deux autres demandes émanant d'un foyer d'hébergement associé à son service d'accueil de jour sont dirigées vers un foyer pour personnes handicapées vieillissantes, encore peu nombreux en région.

Une spécificité est à noter pour les SAAD. Les trois demandes de réorientations sollicitent les services d'hospitalisations à domicile. Il semblerait donc que les besoins évolutifs tournent essentiellement autour de la question des soins.

### **3. Les demandes d'admission en EHPAD**

Au total, huit établissements ont fait part de neuf demandes d'entrée en maison de retraite qui ont abouti. Si on élargit les réponses aux demandes d'entrée en maison de retraite en attente ou refusées, 21 usagers supplémentaires étaient concernés. Pour 17 de ces derniers, la cause de refus ou d'attente invoquée était le manque de place. D'autres motifs, tels qu'un manque de professionnels compétents ou une négociation en cours avec les représentants légaux, ont été évoqués. Ces demandes non effectives émanent de foyers de vie, d'ESAT, de SAMSAH, de SAVS et de Foyers d'hébergement sans qu'un type de structure ne prédomine plus que les autres.

## **d. Les réponses apportées par les structures pour répondre aux besoins spécifiques liés à l'avancée en âge des personnes de 45 ans et plus**

### **1. L'installation d'un partenariat conventionné**

Le partenariat conventionné est souvent déployé pour répondre aux besoins spécifiques des personnes de 45 ans et plus, sans pour autant constituer une pratique récurrente. En effet, 35 établissements et services ont déclaré avoir conventionné avec un ou plusieurs partenaires. 30 n'ont déclaré aucun partenariat de ce type, et 20 structures n'ont pas répondu à la question.

Ce sont avant tout les établissements et services médicalisés qui formalisent des partenariats conventionnés : Foyers d'Accueil Médicalisés, Maisons d'Accueil Spécialisées et Services d'Accompagnement Médico-Sociaux pour Adultes Handicapés. On compte également quelques Services d'Accompagnement à la Vie Sociale. Au sein de notre échantillon, ces structures se situent principalement dans le département de la Marne, une structure étant présente dans l'Aube (MAS).

Les partenariats évoqués ont différents objectifs. Certains sont destinés à compenser des besoins médicaux (ex. : mise en place d'une HAD), paramédicaux ou pharmaceutiques (ex. : la préparation et la gestion des médicaments, dont la préparation de piluliers). D'autres partenariats noués avec le secteur hospitalier (Centre Hospitalier Spécialisé, consultations, équipe mobile) ont pour finalité d'accompagner des manifestations psychiques, d'assurer un suivi et une continuité de l'accompagnement, de réduire le nombre d'hospitalisations et de préserver le lien social.

Les partenariats peuvent également être établis avec la « filière » gériatrique, notamment Siel Bleu, ou avec des associations telles qu'Handisport. Un seul établissement (Foyer de Vie) évoque un partenariat de type « Club 3ième âge » dont l'objectif est un accompagnement sans rupture dans le parcours de vie des usagers.

Enfin, des exemples de partenariat inter-associatif ont été évoqués. Ainsi, l'association Albatros située à MONTCORNET (08) travaille avec l'association, (Albatros Petite Chapelle) située en Belgique. Cela permet notamment, et si nécessaire, d'envisager une réorientation des résidents au sein du FAM.

## *2. La création d'une unité spécifique pour les 45 ans et plus...*

La création d'une unité spécifique au sein de la structure peut être une réponse aux besoins des personnes de 45 ans et plus, sans être majoritairement déployée. En effet, 44 établissements ou services déclarent ne pas avoir mis en œuvre un tel projet. 13 autres structures projettent de création d'une unité spécifique. Neuf structures n'ont pas répondu à la question.

### *... réalisée ou en cours pour 13 établissements ou services*

Ce type d'évolution institutionnelle est mis en place ou en cours d'installation dans treize établissements ou services. Huit d'entre eux disposent d'un arrêté d'autorisation

correspondant à la mise en place de leur projet. Un établissement est dans l'attente de cet arrêté.

Il s'agit principalement de foyers de vie (3) et d'ESAT (4). Toutefois, deux foyers d'hébergement, ainsi qu'une MAS, un SAVS, un EHPAD et un SSIAD ont également travaillé à la mise en place d'une unité particulière pour répondre aux besoins de cette catégorie de public.

Ces structures sont installées dans les quatre départements, principalement toutefois dans l'Aube et dans la Haute-Marne. A l'exception d'un EHPAD et d'un SSIAD, gérés par des centres hospitaliers, il s'agit de structures associatives, de plus ou moins grande envergure. On peut toutefois noter que lorsque l'organisme gestionnaire dispose de plusieurs établissements, ce projet d'unité spécifique a pu concerner plusieurs établissements, comme pour l'Association Le Bois l'abbesse en Haute-Marne (ESAT et Foyer d'hébergement), ou les PEP dans l'Aube (SAVS et ESAT).

Pour les établissements qui ont une mission principale d'hébergement (MAS, foyer de vie, foyer d'hébergement ou EHPAD), les unités spécifiques créées, ou en cours de création, concernent des **unités de petite capacité avec un projet spécifique** soutenant l'adaptation des activités ou des animations selon les rythmes, besoins et centres d'intérêts des personnes concernées. Certains s'attachent également à avoir une organisation plus souple, avec notamment des levers des personnes échelonnés, et favorisant une ambiance sereine et conviviale.

D'autres, pour être au plus près des besoins des personnes, ont **aménagé les locaux**, ou **adapté le personnel** pour proposer un accompagnement spécifique au handicap. Un EHPAD crée une unité spécifique permettant l'accompagnement des personnes avec un handicap psychique. Un autre établissement va renforcer ses compétences pour proposer un soutien psychologique aux personnes accueillies. Enfin, dernier exemple, celui d'une MAS qui va repenser son accompagnement « soin » en se concentrant sur le bien-être, le confort, et la prise en compte de la douleur, sans oublier les possibles soins palliatifs.

En ESAT, la création d'une unité spécifique s'est traduite par plusieurs configurations différentes. Dans un premier cas, le projet passe par la **création d'une section annexe, d'un service d'activité de transition ou d'un accueil de jour**. Quelque soit le nom qu'on lui donne, il s'agit de pouvoir proposer un accueil à mi-temps ou à temps partiel du travailleur handicapé vieillissant, accueil qui va permettre de proposer des activités occupationnelles et de préparer progressivement à la cessation d'activité. Une autre option consiste dans un autre ESAT à modifier la constitution de la commission médico-sociale composée actuellement d'administrateurs de l'association et de membres de l'équipe pluridisciplinaire pour y intégrer des usagers. Cette commission est un **organe de concertation** destinée à mener une réflexion à partir des outils institutionnels et des enquêtes de satisfaction pour évaluer les adaptations nécessaires quant aux pratiques, quant aux outils ou quant aux orientations associatives. Si le vieillissement n'est pas le seul sujet concerné par les réunions de cette commission, il est au cœur de ses préoccupations. Enfin, un ESAT des Ardennes travaille également avec le secteur hébergement de l'Association à la poursuite de l'accueil des personnes après le passage à la retraite.

Tous les établissements ont cependant pour point commun de favoriser ou **rechercher l'ouverture** de la structure afin de maintenir les liens sociaux ou de développer les centres d'intérêts des usagers.

### *... en projet pour 12 autres structures*

Des unités spécifiques sont par ailleurs en projet dans d'autres établissements et services. Les structures concernées sont du même type que les établissements et services étudiés auparavant (foyer de vie, ESAT, EHPAD, SAVS, foyer d'hébergement). De même, les projets à développer sont relativement comparables, comme par exemple **l'adaptation des activités aux rythmes des usagers ou à leurs centres d'intérêt**, proposition de travail/activité en mi-temps pour les ESAT.

Des projets concernent également les **rapprochements avec d'autres structures**. Un ESAT souhaite se rapprocher du foyer d'hébergement pour adapter les accompagnements

sur les temps d'activités professionnels et de soutien des travailleurs handicapés. Un foyer d'hébergement travaille, lui, à renforcer les liens avec un foyer de vie.

D'autres projets prévoient de réajuster ou élargir les prestations de la structure, souvent vers une médicalisation.

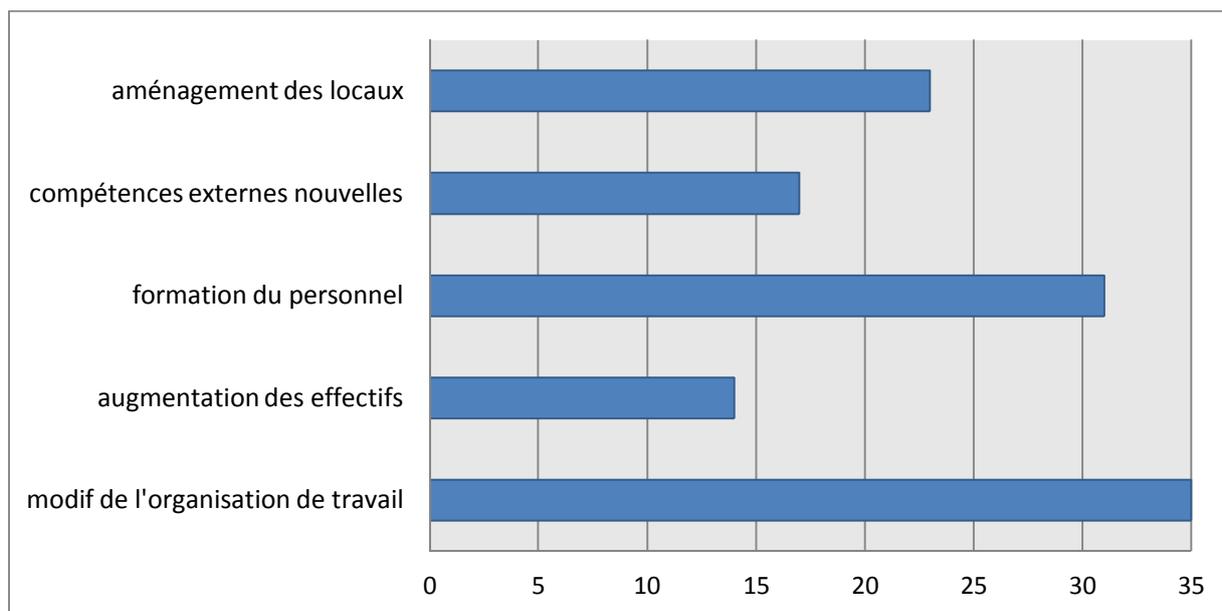
- Un SAVS a ainsi pu constater que le soin est une dimension manquante dans l'accompagnement des usagers et réfléchit à la création de places de SAMSAH.
- Un foyer de vie pense au basculement de ses places d'accueil en place de foyer d'accueil médicalisé.
- Un autre foyer de vie qui dispose d'un accueil de jour envisage, lui, de distinguer géographiquement les lieux d'hébergement et les lieux d'activités. Ces deux espaces seraient distincts de 5 kilomètres, obligeant les personnes à sortir de la structure et à garder un certain rythme pour se rendre sur ces différents espaces.
- Deux EHPAD réfléchissent aux adaptations nécessaires à l'accompagnement de personnes en situation de handicap, et notamment quant au handicap psychique, quant aux soins à apporter aux usagers, ou pour les activités à proposer, à organiser. Un autre EHPAD envisage la création d'un Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA).

Enfin, ce sont les missions mêmes de la structure qui peuvent être visées par le projet d'unité spécifique. Ainsi, un SAVS, dans le département de la Marne, oriente ses réflexions vers la **création d'appartements pour accompagner les usagers entre autonomie et indépendance**, et l'installation d'espaces et de temps de vie communs avec des professionnels présents 24 heures sur 24 sur la structure.

### *3. Une adaptation de la structure*

La réponse de l'établissement ou du service pour répondre aux besoins des personnes avançant en âge passe aussi par l'adaptation même de la structure. Cinq principaux types d'évolution ont été questionnés (figure 22).

Figure 22 : Principaux types d'aménagements des structures



Source : CREAI Champagne-Ardenne – Délégation Lorraine

La modification majeure dans les établissements ou services concerne la **modification de l'organisation du travail**. Quatre établissements et services sur dix répondant à l'enquête y ont procédé. La figure 23 fournit détaille cette tendance.

Figure 23 : La modification de l'organisation de travail dans les ESMS

|              | en cours    | non          | oui          | pas de réponse | Total         |           |
|--------------|-------------|--------------|--------------|----------------|---------------|-----------|
| EHPAD        | 6,7%        | 60,0%        | 20,0%        | 13,3%          | 100,0%        | 15        |
| FH           | 12,5%       | 25,0%        | 50,0%        | 12,5%          | 100,0%        | 8         |
| FV-AJ        | 7,1%        | 28,6%        | 35,7%        | 28,6%          | 100,0%        | 14        |
| MAS-FAM      | 0,0%        | 33,3%        | 55,6%        | 11,1%          | 100,0%        | 9         |
| SAAD-SSIAD   | 0,0%        | 40,0%        | 40,0%        | 20,0%          | 100,0%        | 5         |
| SAVS-SAMSAH  | 0,0%        | 54,5%        | 36,4%        | 9,1%           | 100,0%        | 11        |
| Travail      | 6,2%        | 37,5%        | 50,0%        | 6,2%           | 100,0%        | 16        |
| <b>Total</b> | <b>5,1%</b> | <b>41,0%</b> | <b>39,7%</b> | <b>14,1%</b>   | <b>100,0%</b> | <b>78</b> |

Source : CREAI Champagne-Ardenne – Délégation Lorraine

Ce type d'aménagement concerne principalement les établissements pour adultes handicapés : la moitié des **foyers** d'hébergement, les ESAT dans la même proportion, un peu plus d'un tiers des foyers de vie, et 55% des MAS FAM.

Les modifications concernent principalement l'aménagement des horaires des professionnels (16 réponses) et des modifications dans le fonctionnement quotidien de la structure pour 19 établissements ou services (fractionnement des activités, adaptations des accompagnements suivant le rythme des personnes et les besoins de siestes par exemple). D'autres modifications de l'organisation du travail concernent les aménagements de postes de travail pour 9 institutions, un changement dans le recrutement des personnels (4 réponses en ce sens), et la définition de coordination autour des soins ou du projet de vie pour 3 structures. D'autres aménagements propres à certaines institutions sur cette dimension relèvent de la mutualisation de personnel, des travaux divers et ponctuels menés avec d'autres établissements, de la mise en place de pré-admission des usagers systématiquement afin d'anticiper les besoins, ou de la mise en place d'une équipe mobile dans l'attente de la réalisation d'un projet particulier de la structure.

La **formation du personnel** constitue le deuxième levier privilégié de l'adaptation de l'institution aux besoins des personnes handicapées vieillissantes (figure 24).

**Figure 24 : La formation du personnel aux problématiques du vieillissement**

|              | en cours    | non          | oui          | pas de réponse | Total         |           |
|--------------|-------------|--------------|--------------|----------------|---------------|-----------|
| EHPAD        | 0,0%        | 60,0%        | 33,3%        | 6,7%           | 100,0%        | 15        |
| FH           | 0,0%        | 25,0%        | 50,0%        | 25,0%          | 100,0%        | 8         |
| FV-AJ        | 21,4%       | 35,7%        | 21,4%        | 21,4%          | 100,0%        | 14        |
| MAS-FAM      | 11,1%       | 11,1%        | 66,7%        | 11,1%          | 100,0%        | 9         |
| SAAD-SSIAD   | 0,0%        | 60,0%        | 40,0%        | 0,0%           | 100,0%        | 5         |
| SAVS-SAMSAH  | 0,0%        | 90,9%        | 9,1%         | 0,0%           | 100,0%        | 11        |
| Travail      | 0,0%        | 56,2%        | 37,5%        | 6,2%           | 100,0%        | 16        |
| <b>Total</b> | <b>5,1%</b> | <b>50,0%</b> | <b>34,6%</b> | <b>10,3%</b>   | <b>100,0%</b> | <b>78</b> |

Source : CREAI Champagne-Ardenne – Délégation Lorraine

Cette modalité a été particulièrement mise en œuvre dans les FAM MAS (deux structures sur trois), et dans la moitié des foyers d'hébergement ayant participé à l'étude. Les formations ont concerné principalement les intervenants directs auprès des usagers, AMP et aides-soignants en tête, mais également les cadres ou les professionnels soignant ou du secteur paramédical. Le vieillissement et ses conséquences font l'objet de réflexions et de

questionnement dans les équipes, et font donc partie des thèmes privilégiés pour la formation des professionnels.

En effet, trois thèmes reviennent particulièrement dans les questionnaires étudiés :

- Le vieillissement pour 15 établissements ou services, avec parfois une spécialité attachée, comme les personnes handicapées vieillissantes, ou autisme et vieillissement.
- La fin de vie et les soins palliatifs pour 6 répondants.
- L'accompagnement des personnes atteintes de démence ou de la maladie d'Alzheimer (3 occurrences)

De nombreux autres thèmes sont évoqués par les structures participantes à notre étude, que l'on peut regrouper sous quatre grandes thématiques permettant de constater que les professionnels se questionnent également particulièrement sur l'accompagnement et les ajustements et adaptations nécessaires :

- Le handicap psychique : accompagner les personnes handicapées mentales, le quotidien support de l'animation pour les personnes dépendantes psychiques
- Le soin : déglutition, hygiène des pieds, évaluation et prise en charge de la douleur
- Les postures des professionnels : gestes et postures, humanité, gestion du stress et de l'agressivité, toucher relationnel, interaction avec les personnes handicapées, manutention et prise en charge de la personne handicapée, ergonomie et ergomotricité.
- L'usager : troubles du comportement, prévention des chutes, sexualité et les interculturalités.

### **L'augmentation des effectifs est l'option la moins mise en œuvre par les structures.**

14 établissements ont augmenté le nombre de leur personnel, soit presque 1 structure sur 5. Cette stratégie se limite en outre principalement aux structures qui ont créé ou sont en cours de création d'une unité spécifique (6 sur 14). Les aides-soignants sont les professionnels privilégiés lors de la mise en œuvre de ces choix, pour 9 des 14

établissements ou services. Dans des proportions bien plus minimes, les AMP sont également souvent recrutés pour augmenter les effectifs de l'institution, ainsi que les infirmiers ou le personnel médical ou paramédical. Ces augmentations d'effectifs peuvent se faire par voie de temps partiel, de redéploiement (5 occurrences), ou par le biais de contrat d'avenir. Les contraintes budgétaires expliquent la moindre propension des structures à augmenter leurs effectifs pour mettre en place les évolutions rendues nécessaires par l'avancée en âge des personnes handicapées vieillissantes.

Dans des proportions proches, l'adaptation de la structure aux besoins des personnes en situation avançant en âge passe par **le recours à de nouvelles compétences externes** dans une structure sur cinq environ (figure 25).

Figure 25 : Structures ayant recours à de nouvelles compétences externes

|              | en cours    | non          | oui          | pas de réponse | Total         |           |
|--------------|-------------|--------------|--------------|----------------|---------------|-----------|
| EHPAD        | 0,0%        | 66,7%        | 26,7%        | 6,7%           | 100,0%        | 15        |
| FH           | 0,0%        | 62,5%        | 12,5%        | 25,0%          | 100,0%        | 8         |
| FV-AJ        | 7,1%        | 42,9%        | 28,6%        | 21,4%          | 100,0%        | 14        |
| MAS-FAM      | 0,0%        | 55,6%        | 33,3%        | 11,1%          | 100,0%        | 9         |
| SAAD-SSIAD   | 0,0%        | 100,0%       | 0,0%         | 0,0%           | 100,0%        | 5         |
| SAVS-SAMSAH  | 0,0%        | 90,9%        | 9,1%         | 0,0%           | 100,0%        | 11        |
| Travail      | 6,2%        | 75,0%        | 12,5%        | 6,2%           | 100,0%        | 16        |
| <b>Total</b> | <b>2,5%</b> | <b>67,9%</b> | <b>19,2%</b> | <b>10,3%</b>   | <b>100,0%</b> | <b>78</b> |

Source : CREA I Champagne-Ardenne – Délégation Lorraine

Cette modalité de réponse n'est pas une pratique récurrente dans les établissements et services. Elle ne concerne que 33% des MAS FAM et 28 % des foyers de vie. On notera qu'elle est absente des pratiques des services d'accompagnement à domicile, avec ou sans soins infirmiers. De la même manière, les SAVS SAMSAH y ont très peu recours. Ce recours à de nouvelles compétences externes peut prendre différentes formes :

- Recours à un cabinet conseil et de formation spécialisé sur un type de handicap ou sur une compétence spécifique.
- Appel à des réseaux ou équipe mobiles (gérontologie, psychiatrie, soins palliatifs)

- Travail en réseau avec d'autres services ou établissements (EHPAD, SAVS)
- Coopération avec le secteur sanitaire (médecine de ville, générale ou spécialisé, psychiatrie, infirmier)
- Travail avec le secteur associatif (HandiSport, Siel bleu, ANPAA)
- Participation à des ateliers de prévention ou d'information organisés par des organismes comme la MSA.

La dernière possibilité envisagée dans l'étude pour répondre aux besoins évolutifs des personnes handicapées vieillissantes consistait, pour l'établissement ou le service, à **adapter ses locaux**. Environ un tiers des établissements se sont engagés dans cette adaptation, ou étaient en train de le faire lorsqu'ils ont renseigné le questionnaire (figure 26).

Figure 26 : Structures ayant procédé à une adaptation des locaux

|                      | en cours      | non           | oui           | pas de réponse | Total général  |           |
|----------------------|---------------|---------------|---------------|----------------|----------------|-----------|
| EHPAD                | 20,00%        | 66,67%        | 13,33%        | 0,00%          | 100,00%        | 15        |
| FH                   | 0,00%         | 62,50%        | 12,50%        | 25,00%         | 100,00%        | 8         |
| FV-AJ                | 14,29%        | 50,00%        | 14,29%        | 21,43%         | 100,00%        | 14        |
| MAS-FAM              | 0,00%         | 55,56%        | 33,33%        | 11,11%         | 100,00%        | 9         |
| SAAD-SSIAD           | 0,00%         | 80,00%        | 0,00%         | 20,00%         | 100,00%        | 5         |
| SAVS-                |               |               |               |                |                |           |
| SAMSAH               | 36,36%        | 63,64%        | 0,00%         | 0,00%          | 100,00%        | 11        |
| Travail              | 18,75%        | 56,25%        | 18,75%        | 6,25%          | 100,00%        | 16        |
| <b>Total général</b> | <b>15,38%</b> | <b>60,26%</b> | <b>14,10%</b> | <b>10,26%</b>  | <b>100,00%</b> | <b>78</b> |

Source : CREAI Champagne-Ardenne – Délégation Lorraine

L'adaptation des locaux ne concerne que les établissements, elle n'est (logiquement) pas ou peu envisagée dans les services médico-sociaux. Pour les structures d'accueil, l'aménagement des locaux a concerné principalement les MAS FAM, pour 33 % d'entre eux, et les ESAT, pour 18 % des établissements d'aide par le travail.

L'adaptation des locaux peut concerner l'ensemble de l'architecture du bâtiment. Certains établissements ont ainsi, soit opéré une restructuration des locaux (réorganisation des espaces, rénovation du bâti), soit procédé à une (re)construction prenant en compte les situations de handicap des usagers (construction de plain-pied), et les normes handicap en

vigueur. Chaque fois, l'accessibilité du bâtiment est recherchée, avec par exemple l'installation d'ascenseur, ou l'augmentation des espaces de circulation. Ces aménagements sont également pour les professionnels l'occasion de s'interroger sur la fonctionnalité des locaux, et de rechercher la création d'espaces de sérénité, de stimulation et de bien-être pour des usagers dont on reconnaît la fatigabilité.

Par ailleurs, le choix de l'établissement peut s'orienter vers une adaptation des installations et du matériel, avec l'achat de matériel spécialisé, comme des appels malades installés dans les chambres des usagers, la mise en place de rehausseurs de toilette, de rails de transfert, ou appareillages individuels. La sécurisation des espaces est également un champ exploré par les institutions qui ont pu, pour certaines, procéder à l'installation de détecteurs de mouvement dans les chambres des usagers à l'usage des surveillants de nuit, ou de portes d'accès sécurisées.

Des ESAT travaillent également sur l'ergonomie des postes de travail des travailleurs handicapés, cherchant à limiter la fatigabilité et l'épuisement physique. Un établissement déclare avoir ainsi mis en place des sièges adaptés, des chariots haute levée ou installé des machines automatiques.

Deux initiatives doivent enfin être mises en avant par la recherche de la satisfaction des besoins et des attentes des usagers et de leur famille. Ainsi, un foyer de vie a créé une maison pour accueillir et accompagner des résidents en semi-autonomie. Une MAS a également construit un studio pour les familles avec l'objectif de pouvoir associer les familles à la fin de vie des usagers, ou de maintenir les liens avec les familles éloignées géographiquement.

L'analyse et le croisement des données permettent de faire deux observations complémentaires :

- Cinq structures (relevant du secteur associatif ou de la gestion d'un centre hospitalier) ont procédé à l'ensemble de ces aménagements en plus d'avoir créé une unité spécifique pour accompagner les personnes de 45 ans et plus. Il s'agit d'un foyer

d'hébergement marnais, une MAS haut-marnaise, de deux foyers de vie de ces deux mêmes département et d'un EHPAD ardennais.

- Un foyer de vie marnais déclarent avoir des difficultés pour répondre de manière satisfaisante à certains besoins des usagers, sans mettre en œuvre aucun de ces aménagements, ni procéder à la création d'une unité spécifique, ni mis en place des partenariats conventionnés. La réponse adéquate à ces besoins non satisfaits passerait selon le répondant par la médicalisation d'une section de l'établissement.

Enfin, pour conclure sur ces aménagements réalisés par les structures, on peut noter que près de la moitié des structures ayant répondu à l'enquête prennent en compte cette catégorie de public dans leur projet d'établissement ou de service. Ainsi, ce sont 33 établissements et services qui déclarent traiter des personnes âgées de 45 ans et plus dans leur document institutionnel.

## e. Les réponses expérimentales

### 1. A l'échelon national

Des expériences nationales ont pu être recensées sur différents territoires :

- **Création d'un pôle d'information et d'orientation pour retraités et futurs retraités d'ESAT en Bretagne.** Ce projet a été développé à partir de 2012 sous l'impulsion d'une association d'ESAT de la région. Ce pôle d'information et d'orientation poursuit quatre grands objectifs :

- Répondre aux besoins des usagers dans le cadre de leur parcours professionnel à l'approche de la retraite.
- Donner à la retraite sa valeur d'étape. Et permettre une transition vers des compétences sociales.
- Soutenir l'orientation des personnes en situation de handicap vers les dispositifs de droit commun.
- Créer des supports pour faciliter l'information et l'orientation des futurs retraités.

Son action vise ainsi à aider les professionnels du secteur en proposant un accompagnement à distance sur les différentes étapes du parcours d'accès à la retraite (repérage de ces différentes étapes, informations sur les démarches à accomplir, orientation vers les acteurs locaux compétents, suivi du parcours). Le soutien est également apporté par la diffusion d'outils et de supports d'information (site internet, guides, forum d'échanges, diffusions des initiatives locales sur la thématique de la retraite). Les outils sont développés à partir de quatre thématiques (les démarches administratives et les possibilités de ressources, les possibilités d'accompagnement et d'hébergement sociales et médico-sociales, l'inclusion sociale et la prévention à la santé et l'accès aux soins).

L'objectif à plus long terme, et après une phase d'expérimentation lancée en milieu d'année 2013, est de permettre un outillage des CLIC pour conforter leur mission d'information et d'orientation.

- **Coopération SAMSAH – SAAD.** Un exemple nous est donné avec la coopération de deux associations du département des Côtes d'Armor. La coopération est organisée sur points :

- Une évaluation commune pour la mise en place des aides humaines
- Un partage d'information et des outils de transmission communs
- Une concertation entre partenaires sur le suivi de l'accompagnement

La coordination entre les deux associations a permis de tenir compte des évolutions des situations et de poser des relais progressifs sur les dimensions médicales et sociales. Toutefois, l'expérience mise en œuvre fait face à quelques difficultés, au nombre desquelles on retrouve la difficulté de mobiliser des temps de rencontre et de coordination, des difficultés financières, et des difficultés pour le changement des pratiques.

- **Accueil de jour/SAVS sénior** mis en place en région Bourgogne. Ces structures créées respectivement en 2010 et 2009 réservent un accueil spécifique aux séniors et/ou retraités

avec pour objectifs la conservation des liens sociaux et avec l'ancien environnement, et l'accompagnement pour les démarches de la vie courante.

- « **Habitat intermédiaire** » entre **domicile et foyer**, en Bourgogne également. La commune réserve la location de logements, six pavillons individuels, à des personnes handicapées vieillissantes, avec ou sans leur famille par le biais d'un bailleur social. Avec cette location, la personne a la possibilité de bénéficier d'un accompagnement SAVS et du plateau technique de l'EHPAD voisin. Deux associations ont ainsi constitué un GCSMS pour répondre aux besoins des usagers et déployer les professionnels correspondant (aides-soignants, AMP, infirmiers, auxiliaires de vie, animateur, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, médecins libéraux) originaires des deux associations.

- **Accueil articulé EHPAD-FAM** en Bretagne. Une association du Finistère, disposant de plusieurs types d'établissement, EHPAD et FAM notamment, organise des espaces collectifs de rencontres, d'échanges et d'activités entre jeunes, personnes handicapées vieillissantes et personnes âgées. L'association propose également un hébergement dans des logements adaptés, proches d'autres lieux de vie de l'association, ou répartis au sein d'une résidence pour personne âgée. La personne peut ainsi bénéficier d'un accompagnement d'éducateurs spécialisés et d'animateurs pour les actes de la vie quotidienne, et des services de l'EHPAD à proximité.

- L'investissement d'un **CLIC** de la commune de Fougères, en Ile-et-Vilaine, **sur le champ du handicap**, notamment permise par la volonté du Conseil général de travailler transversalement sur les deux champs personnes âgées/personnes handicapées. L'objectif principal de cette institution est de fluidifier le parcours des personnes handicapées et des personnes âgées. Une démarche de coordination des situations complexes a ainsi été mise en place à partir de l'expérience du dispositif créé pour les personnes âgées et transposée au profit des personnes handicapées vieillissantes à la demande du Conseil Général. Cette démarche est construite sur un principe de concertation associant les différents acteurs des deux secteurs, mais également de la personne concernée, et de ses aidants naturels.

De plus, le CLIC a mis en place des groupes de travail communs aux professionnels des deux secteurs qui ont permis le développement de complémentarités entre les différents professionnels, le développement d'actions communes, et la diffusion de ressources locales et de dispositifs transversaux.

On retrouve également sur différents territoires des initiatives rencontrées dans notre région avec la création d'unités spécifiques dans les établissements, de type MAS par exemple.

Par ailleurs, sur la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, la **conférence de territoire** a institué un groupe de travail sur la question des personnes handicapées vieillissantes. Les différentes réunions de ce groupe de travail ont permis de dégager certaines préconisations et d'établir des fiches-actions pour mettre en œuvre certaines initiatives, comme une expérimentation sur 2014 par des établissements volontaires de l'outil d'évaluation GEVA Ainé partant d'une adaptation du GEVA.

## 2. A l'échelle locale

Sur notre région, au-delà des expériences évoquées des unités spécifiques mise en place dans les différentes structures, l'expérience d'un établissement peut être mise en avant. En effet, un foyer de vie a été renommé MARPHA (Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Handicapées psychiques Agées). L'objectif de cet établissement est de « *fournir aux personnes handicapées psychiques vieillissantes, un lieu spécifique adapté et une qualité de vie qui préserve leurs repères et leurs habitudes antérieures. La réponse au besoin "crucial" d'accompagnement personnalisé de la vieillesse des personnes handicapées âgées a été de réaliser un équipement structurant composé de 24 appartements.* »<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Extrait du rapport d'évaluation interne de la structure.

Les professionnels visent ainsi à « permettre à ces personnes de vieillir dans leur environnement en conservant leurs habitudes de vie, leurs liens sociaux, dans un habitat adapté à leur avancée en âge. Il repose sur trois considérations :

- Garantir un fonctionnement permettant de « vivre comme à domicile »,
- Préserver et stimuler l'autonomie pour concrétiser les aspirations de chaque résident
- Organiser et structurer les ressources pour accompagner l'évolution des résidents. »

D'autres expériences locales devraient se développer prochainement. L'association régionale d'aide aux infirmes moteurs cérébraux de Champagne-Ardenne (AAIMCA) envisage deux projets sur le département des Ardennes :

- La création d'un foyer de vie qui a un projet spécifique d'accueil de personnes âgées et de personnes handicapées vieillissantes. Avec l'objectif de rompre l'isolement, de préparer à un futur parcours institutionnel, et de maintien des liens familiaux, des personnes âgées, parents, pourraient être devenir résident du foyer en accompagnant leur enfant, lui-même en situation de handicap et vieillissant.
- La fusion d'un service à domicile avec un SAMSAH à l'image de l'initiative bretonne.

## En conclusion ...

Les personnes en situation de handicap avançant en âge sont de plus en plus nombreuses dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Elles connaissent, comme le reste de la population, une espérance de vie qui s'allonge. Corrélativement, l'accompagnement qui leur est proposé doit prendre en compte l'évolution de leur situation et de leur état de santé. L'avancée en âge nécessite, en effet, de considérer l'évolution des besoins de ces personnes, en termes d'intensification des besoins existants d'une part, et notamment quant aux aides humaines ou aux besoins médicaux. Et d'autre part, le vieillissement peut faire apparaître de nouveaux besoins, nécessitant une aide humaine supplémentaire, une adaptation du rythme ou un accompagnement sur le champ médical.

Le parcours de ce public au sein des établissements et services ne s'en trouve pas impacté par des changements brusques dès l'apparition des premiers signes de vieillissement. Toutefois, force est de constater que les structures rencontrent des obstacles pour apporter aux usagers des réponses pleinement satisfaisantes. Pour tenter de les dépasser, elles mettent en œuvre des aménagements et/ou ont recours au partenariat pour ajouter une compétence, pour proposer d'autres cadres d'intervention.

Face aux difficultés identifiées, d'autres positionnements institutionnels se dégagent. Dans de rares situations, le projet d'une structure spécifiquement dédiée aux personnes handicapées vieillissantes émerge. On observe davantage la spécialisation d'une partie de la structure existante et la création d'une petite unité de vie pour accueillir ce public avec des modalités spécifiques, un personnel formé et un cadre d'accueil adapté.

Les structures doivent enfin faire preuve d'innovation, d'imagination et d'adaptation pour continuer à proposer un accompagnement de qualité. Cette démarche les conduit souvent à rechercher une complémentarité avec un autre secteur. Cette option est la droite

lignée des préconisations des récentes publications dans le secteur<sup>10</sup>. A ce stade, il paraît important de souligner l'importance du travail décloisonné, ou pluri-établissement. Le Rapport Zéro Sans solution publié en juin 2014 évoque cette question de l'organisation d'une réflexion conjointe entre les différentes autorités de tutelles Etat, ARS et Conseil généraux, notamment avec un appui interinstitutionnel.

La complémentarité des deux secteurs, médico-social et sanitaire, ou de deux institutions, de type EHPAD-établissement médico-social, permet en effet de répondre aux multiples besoins de la personne, d'apporter une réponse de proximité sans déraciner la personne de son environnement naturel, et d'anticiper et d'accompagner les périodes de ruptures sur les âges charnières.

Deux enjeux se posent alors. D'une part, la formation des professionnels doit être reconnue comme nécessaire et essentielle, pour identifier les signes du vieillissement et disposer des compétences nécessaires pour accompagner l'avancée en âge des usagers. D'autre part, il y a aussi la question des personnes en situation de handicap qui échappent à tout accompagnement et qui sont plus touchées par le risque de rupture.

La question de l'identification de ce public est un objectif majeur des observations à mener sur le territoire et sur cette catégorie de population. L'anticipation des périodes charnières est l'enjeu des professionnels sur le terrain et des familles.

Enfin, la question de l'intérêt de la définition d'une politique publique spécifique est toujours posée, afin d'assurer les moyens et la mise en œuvre d'un accompagnement adapté à l'évolution et aux enjeux que pose, en Champagne-Ardenne comme dans le reste du territoire national, l'avancée en âge des personnes handicapées.

---

<sup>10</sup> On la retrouve particulièrement dans le rapport GOHET de 2013.

## Glossaire des sigles

|        |  |
|--------|--|
| AJ     | Accueil de jour  |
| ANESM  | Agence nationale d'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux  |
| AMP    | Aide médico-psychologique  |
| ANPAA  | Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie  |
| AT     | Accueil temporaire   |
| ARS    | Agence régionale de santé  |
| CDAPH  | Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées  |
| CLIC   | Centre local d'information et de coordination  |
| CREAI  | Centre régional d'étude, d'action et d'information en faveur des personnes en situation de vulnérabilité |
| EA     | Entreprise adaptée   |
| EHPAD  | Etablissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes   |
| EPSM   | Etablissement public en santé mentale  |
| ESAT   | Etablissement et services d'aide par le travail  |
| FAM    | Foyer d'accueil médicalisé   |
| FH     | Foyer d'hébergement  |
| FV     | Foyer de vie   |
| GCSMS  | Groupement de coopération social et médico-social  |
| MAS    | Maison d'accueil spécialisée   |
| MARPHA | Maison d'accueil rural pour personnes handicapées psychique âgées  |
| MSA    | Non répondu  |
| NR     | Mutualité sociale agricole   |
| PASA   | Pôle d'activités et de soins adaptés   |
| SAAD   | Service d'aide à domicile  |
| SAMSAH | Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés   |
| SAVS   | Service d'accompagnement à la vie sociale  |
| SSIAD  | Service de soins infirmiers à domicile   |
| ZAUER  | Zonage en aires urbaines d'emploi et de l'espace rural   |

## Bibliographie

### Principaux textes juridiques

- Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

### Rapports

- Piveteau D., « *Zéro sans solution* » : *Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches*, rapport d'un groupe de travail remis au Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Tome I, juin 2014
- Gohet P., *L'avancée en âge des personnes handicapées, Contribution à la réflexion*, Tome I, IGAS, octobre 2013
- Blanc P., *Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge*, rapport remis au Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, juillet 2006

### Articles

- GEPSO, *Accompagnement de la personne handicapée vieillissante, respect de son parcours de vie Agissons ... Ensemble*, Actes de la journée technique, mars 2013
- Delhon L., *Vieillir avec un handicap mental*, Lien social n°1062, mai 2012, p10-16
- CCAH, *Personne handicapée vieillissante, des réponses pour bien vieillir*, les cahiers du CCAH n°3, octobre 2011
- CNSA, *Aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes*, dossier technique, octobre 2010
- UNAPEI, *Conférence de presse L'avancée en âge des personnes handicapées mentales*, juin 2009
- Déclaration de Graz, *Handicap et Vieillesse*, Graz, juin 2006
- Azéma B. et Martinez N., *Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie et de santé ; qualité de vie – Une revue de littérature*, DREES – Revue française des affaires sociales 2-2005

- Brousseau V., Dardhalon S., Carnein S., *La personne handicapée vieillissante : « Je vieillis, moi ... ? » Quels besoins et quel accompagnement ?*, Bulletin du CREAL Alsace n°117, juin 2005
- Landanger M., Gerardin I., Guyot P., *L'accompagnement de chaque personne handicapée âgée dans son évolution*, Bulletin d'information CREAL Bourgogne n°250, juillet 2005
- CREAL PACA Corse, *Etat des lieux de la situation des personnes handicapées vieillissantes, de leur habitat et de leur vie sociale en région Provence-Alpes-Côte d'Azur*, mars 2004
- Belot A., *L'accueil des personnes handicapées mentales vieillissantes : un nouvel enjeu pour les professionnels du grand âge ?*, *Gérontologie et société* 2004/3, n°110, p 295-298
- Breitenbach N., *Le triangle âge-travail-handicap*, *Gérontologie et société* 2004/3, n°110, p131-145
- Carnein S., *Qui sont les personnes handicapées retraitées ?*, *Gérontologie et société* 2004/3, n°110, p201-208
- Guyot P., *La problématique des personnes handicapées âgées. Un révélateur des limites des politiques catégorielles*, *Gérontologie et société* 2004/3, n°110, p95-113
- Vanovermeir S., *Le vieillissement en établissement pour adultes handicapés*, *Gérontologie et société* 2004/3, n°110, p 209-228
- De Berranger S., *Maladies psychiques et vieillissement, dossier Vieillir en institution*, EMPAN n°52, décembre 2003
- Michaudon H., *Les personnes handicapées vieillissantes : une approche à partir de l'enquête HID*, *Etudes et résultats* n°204, décembre 2002
- Gabbaï P., *Les équipes éducatives et soignantes face au vieillissement des personnes handicapées mentales*, *Les cahiers de l'actif* n°312/313, mai juin 2002, p 27-33
- Guyot P., *Les personnes handicapées de plus de 60 ans : à l'articulation des secteurs du handicap et de la gérontologie*, CREAL Bourgogne, avril 2001
- Gabbaï P., *Processus et modalité de l'avancée en âge des personnes handicapées mentales et physiques*, *Le Colporteur* n°344, Mars 1998

## Autres

- ANESM, *L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes*, lettre de cadrage

- Les Cahiers de l'actif, *Faire face à l'avancée en âge des personnes adultes handicapées : impacts sur les dispositifs et les pratiques professionnelles*, dossier n°454-455 mars/avril 2014

## Annexes