



GROUPE ENEIS

**Diagnostic régional concernant les solutions d'accueil et
d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes en
Normandie**

Rapport final

Juin 2017

I) Rappels méthodologiques

II) Contexte démographique, politique et sémantique

III) Diagnostic de l'offre à destination des PHV dans le secteur PA

IV) Préconisations

I) Rappels méthodologiques

1. Contexte et objectifs de la démarche

2. Calendrier et réalisations de la phase 1

1. Contexte et objectifs de la démarche



Au niveau national



- Mise en place de la **Réponse Accompagnée Pour Tous**
- **Instruction nationale** N°DGCS/SD3B/2016/41 du 5 février 2016 pour la réalisation d'un recensement des dispositifs offrant des solutions d'accueil et d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes
- **Circulaire du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées**



Pour l'ARS Normandie :

- Élaboration du **PRS 2** : 1^{er} janvier 2018



Sur les territoires :

- Des **études sur les PHV** mais qui ne couvrent pas tout le territoire



Réalisation d'un diagnostic organisationnel de l'offre médico-sociale, sociale et sanitaire pour les personnes handicapées vieillissantes

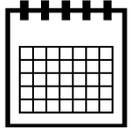


- Identifier les **réponses développées dans le secteur des personnes âgées, et mesurer leur adéquation avec les besoins des personnes handicapées vieillissantes** (*profil et besoins du public accueilli, projet d'établissement spécifique, adéquation des prestations aux besoins, personnel dédié...*).



- Identifier les **évolutions nécessaires de l'offre afin de développer des réponses graduées, diversifiées** (à domicile et en établissement) souples et adaptées aux besoins des personnes, et éviter les ruptures de parcours.

2. Calendrier et réalisations de la phase 1



Avril 2017

Phase 0 : Cadrage et lancement de la démarche

- Réunion de cadrage avec le comité technique
- Lancement de la démarche avec le COPIL (24/04)
- Entretiens de cadrage téléphonique avec les 5 Départements

Avril – Mai 2017

Phase 1 : Réalisation d'un état des lieux des besoins et de l'offre pour les PHV

- Analyse de la littérature et recueil de données chiffrées
- Questionnaire de recensement de l'offre auprès des établissements et des services personnes âgées du territoire
- Entretiens avec un échantillon de professionnels et représentants d'usagers
- Observations sur site
- Cartographie de l'offre recensée
- Rédaction du rapport intermédiaire et échanges en comité technique (24/05)
- Restitution de l'état des lieux au COPIL (30/05)

Mai – Juin 2017

Phase 2 : Définition d'un plan d'action pour l'accompagnement de l'adaptation et de la transformation de l'offre ainsi que l'évolution des pratiques professionnelles et les moyens associés

- Réunion d'un COTECH élargi pour la déclinaison des pistes d'actions (06/06)
- Restitution et amendement du plan d'actions en COPIL (13/06)
- Finalisation du livrable et échanges avec le comité technique

Réalisations de la phase 1



Données de
contexte

Données chiffrées régionales et nationales
(INSEE, Départements)



Analyse de la
littérature

Documents transmis par l'ARS, les
Départements et les MDPH



Questionnaire

Etablissements personnes âgées

Services personnes âgées



Entretiens

Echantillon d'acteurs sanitaires, sociaux,
médico-sociaux, associations de familles et
d'utilisateurs



Observations sur
site

Actions du territoire pour les PHV

Réalisations de la phase 1



Questionnaires – 1/2

❑ Modalités de diffusion :



- **Destinataires de l'enquête :**

- Etablissements personnes âgées : EHPAD, AJ/HT autonomes, résidences autonomie
- Services : SAAD, SSIAD, SPASAD



- **Diffusion via un lien internet** : questionnaire renseigné en ligne, envoi par mail accompagné d'une lettre de mission



- **Durée de diffusion** : entre 2 et 3 semaines, entre la semaine du 24/04 au 16/05 au soir

Réalisations de la phase 1



Questionnaires – 2/2

☐ Nombre de répondants :

Etablissements	183
<i>EHPAD</i>	104
<i>Résidences autonomie</i>	67
<i>PUV</i>	3
<i>Accueil de jour autonome</i>	3
<i>Hébergement temporaire autonomie</i>	0

Services	110
<i>SAAD</i>	64
<i>SSIAD</i>	38
<i>SPASAD</i>	8

NB : 6 non-réponses sur le type structure

Taux de réponses

EHPAD et résidences autonomie : **environ 25%** (au regard du nombre d'établissements au 31/12/2015)

SSIAD et SPASAD : **environ 40%** (au regard du nombre de services au 31/12/2015)

SAAD : **environ 35%** (au regard des listes communiquées par les Départements)

Réalisations de la phase 1



Entretiens

☐ 23 entretiens réalisés :

- Conseils Départementaux
- MDPH
- MAIA Caux-Austreberthe (expérimentation PHV)
- Autisme Basse Normandie, AFTC, UNAPEI Normandie, UNAFAM
- RSVA
- ESAT (déléguée régionale d'Andicat)
- FEHAP (directrice EHPAD), FHF (3 interlocuteurs : 2 directeurs d'établissements et 1 responsable partenariats), UNA (1 SAAD, labellisé Handéo)
- Nouvel Hôpital de Navarre (Evreux), EPSM de Caen

Réalisations de la phase 1



Observations sur sites

❑ Retour d'expérience de 3 types de solutions existantes

Coordination intersectorielle

- **Expérimentation en Seine-Maritime** d'un référent pour développer les passerelles entre établissements PA et PH, lancée en octobre 2016 : **observation réalisée le 24 mai**

Etablissements

- **Orne** : coopération renforcée foyer de vie - EHPAD, Le Sap : **entretien réalisé le 19 mai**
- **Manche** : EHPAD de Cherbourg L'Ermitage (unité PHV dédiée) : **observation réalisée le 31 mai**

II) Contexte démographique, politique et sémantique

1. Vieillessement de la population

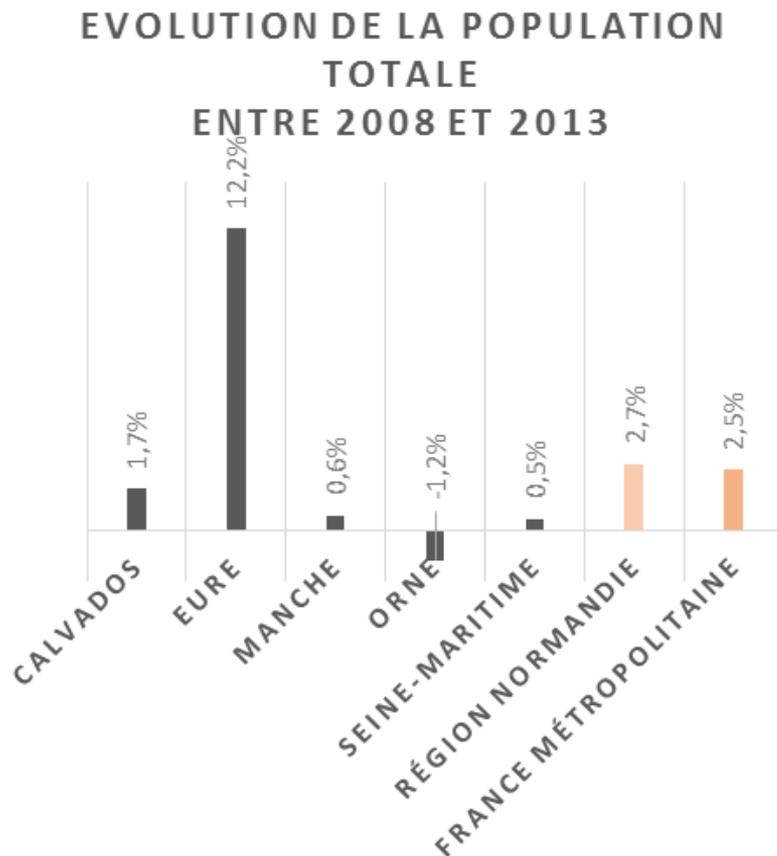
2. Un enjeu de politique publique émergent

3. Définition du terme PHV

1. Vieillesse de la population



Des évolutions de la population variées dans les 5 départements de Normandie

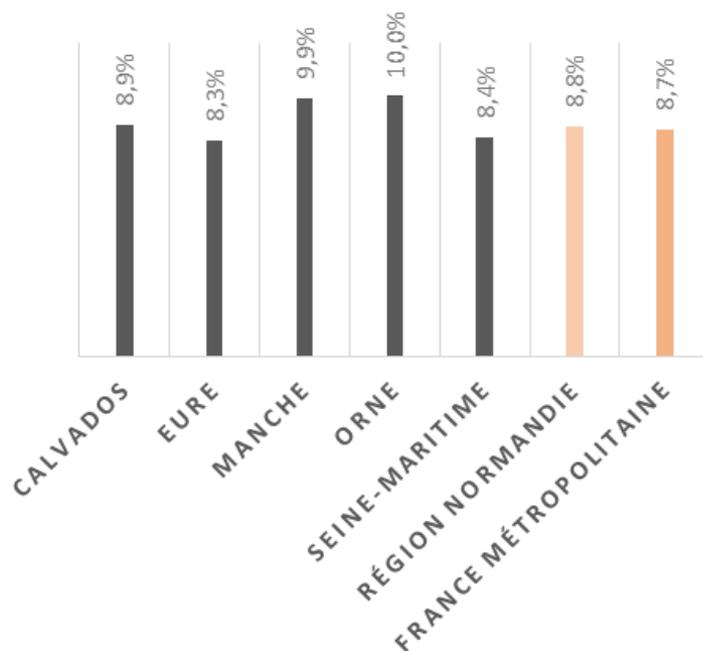


- La **population régionale** connaît une **hausse similaire à la tendance nationale** (+2,7% contre 2,5%) entre 2008 et 2013.
- Cependant, cette moyenne masque des **disparités importantes d'un département à l'autre** : le Département de l'Eure connaît en effet une forte hausse de sa population entre 2008 et 2013 (+12,2%) tandis que l'Orne voit sa population diminuer légèrement (-1,2%).

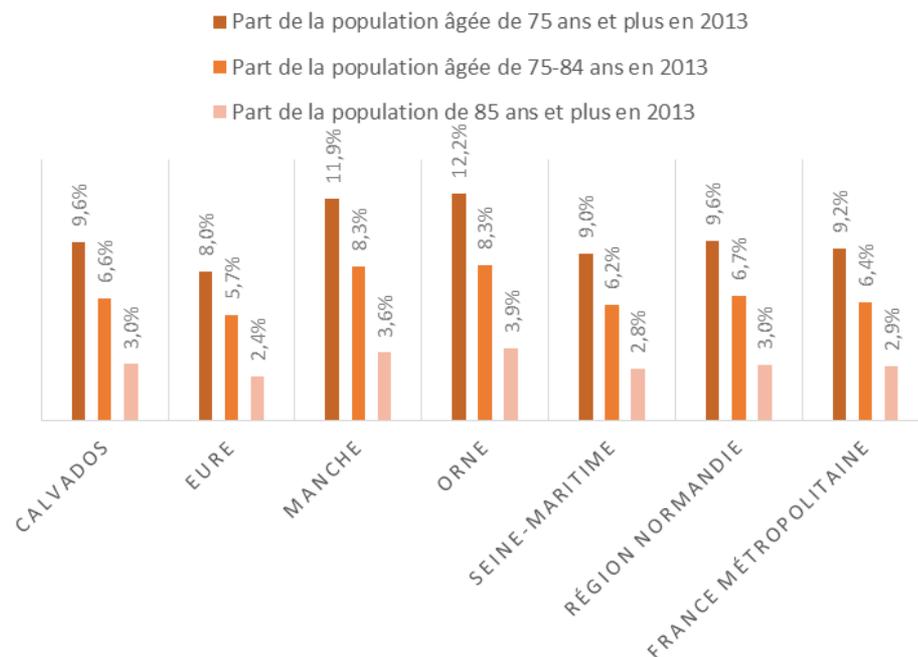


Une part de la population âgée homogène sur l'ensemble du territoire

PART DE LA POPULATION ÂGÉE
DE 65-74 ANS EN 2013



RÉPARTITION DE LA POPULATION DE 75
ANS ET PLUS



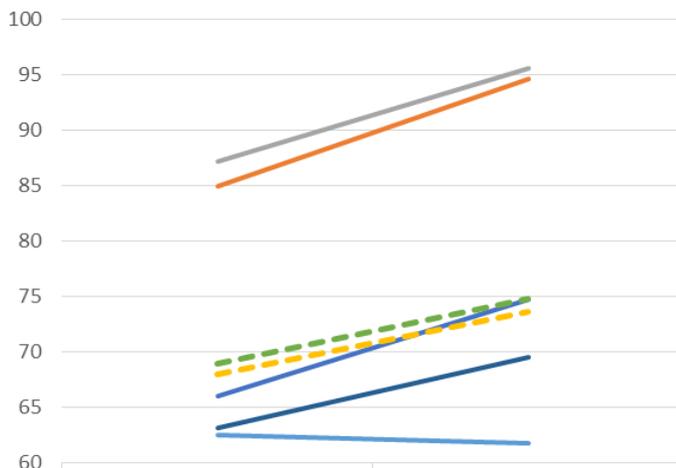
- La **part de la population âgée sur le territoire normand** est semblable à la moyenne nationale.
- La population est néanmoins **légèrement plus âgée sur les départements de la Manche et de l'Orne** (respectivement 11,9% et 12,2% de personnes de plus de 75 ans, contre une moyenne nationale de 9,2%).



Des profils départementaux différents en termes de vieillissement de la population

- **L'indice de vieillissement** permet de rapporter le nombre de personnes de plus de 65 ans au nombre de personnes de moins de 20 ans. En Normandie, on dénombre ainsi **74 personnes de plus de 65 ans pour 100 personnes de moins de 20 ans en 2013** (75 en France métropolitaine).

Evolution de l'indice de vieillissement entre 2008 et 2013



	Indice de vieillissement en 2008 (plus de 65/moins de 20 ans)	Indice de vieillissement en 2013 (plus de 65/moins de 20 ans)
Calvados	66	75
Eure	62	62
Manche	85	95
Orne	87	96
Seine-Maritime	63	69
France Métropolitaine	68	74
Région Normandie	69	75

- Les indices de vieillissement entre 2008 et 2013 permettent de mettre en évidence trois profils distincts :
 - Les départements du **Calvados et de Seine-Maritime** connaissent un vieillissement comparable aux situations régionales et nationales, avec des indices en hausse entre 2008 et 2013.
 - Le **département de l'Eure** est le seul dont l'indice de vieillissement reste stable et **nettement inférieur aux autres territoires** (62 personnes de plus de 65 ans pour 100 habitants de moins de 20 ans)
 - **La Manche et l'Orne** présentent des indices de vieillissement **supérieurs** aux moyennes nationales et régionales et connaissant des hausses nettement plus fortes (95 et 96 en 2013).



Une augmentation de l'espérance de vie des personnes handicapées

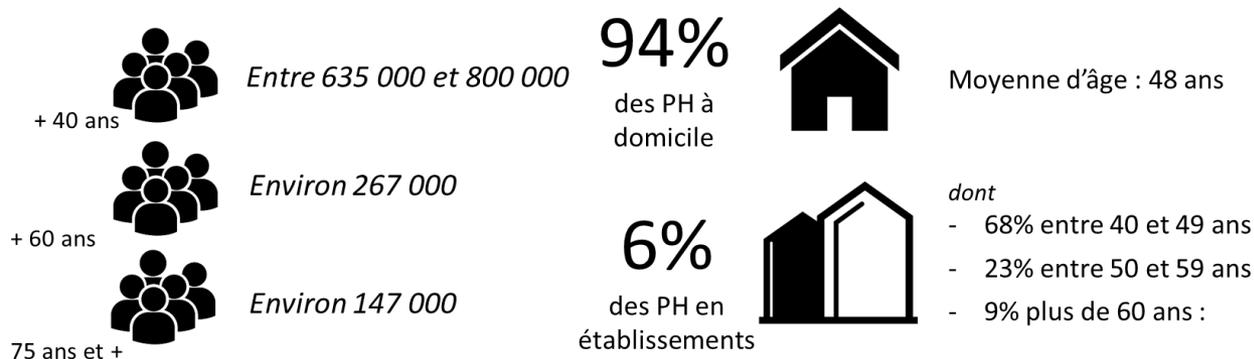
- **L'espérance de vie des personnes âgées augmente avec néanmoins des situations variables selon le type de handicap considéré** (B. Azéma et N. Martinez, 2005)
 - Le quotient intellectuel comme facteur prédictif de la longévité (lien entre espérance de vie moins longue et quotient intellectuel moins élevé)
 - Un niveau de dépendance déterminant pour l'espérance de vie
 - Une espérance de vie également altérée pour les personnes polyhandicapées
 - Des pathologies spécifiques pour les trisomies 21 expliquant une espérance de vie plus courte (malformations cardiaques, épilepsie et certaines formes de démences, notamment maladie d'Alzheimer)
 - Une surmortalité excessive pour les handicaps psychiques (facteurs de risques spécifiques, effet de la prise chronique de médicaments)
- Un enjeu global **d'accès aux soins** et de **surveillance de la santé et de l'hygiène de vie** pour les personnes handicapées (rapport Jacob), pesant sur l'espérance de vie
- Le caractère récent du **diagnostic et de la reconnaissance du handicap pour certains publics**, notamment pour l'autisme (augmentant numériquement le nombre de personnes reconnues comme handicapées et avançant en âge)



Une estimation partielle du nombre de personnes handicapées vieillissantes

- **Une difficile estimation du nombre de PHV en France**

L'enquête « Handicap – Incapacités – Dépendance » (recueil de données entre 1998 et 2001) a permis d'estimer le nombre de personnes handicapées en France



- **Quelques données régionales grâce aux travaux menés à l'échelle de deux départements**



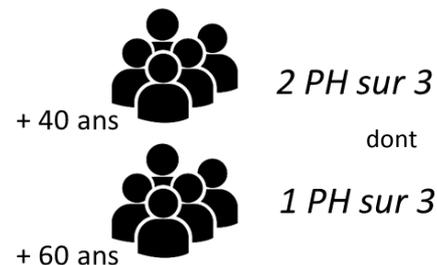
Seine Maritime



Données MPDH 2016

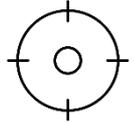


Calvados



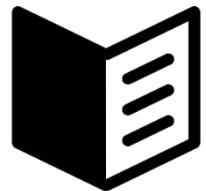
Données MPDH 2016

2. Un enjeu de politique publique émergent



Un sujet récent d'études et d'expérimentations

- De premiers travaux en France **dans les années 1980** (premiers colloques de CREAL, rapport Claudel en 1988)
- Plusieurs **rapports nationaux récents** :
 - Rapport Gohet « L'avancée en âge des personnes handicapées » (2013)
 - Rapport Jacob « L'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées » (2013)
 - Publication de 2015 de l'ANESM sur « L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes »
 - Des sujets de recherche : « Les PHV : espérances de vie et de santé, qualité de vie », Bernard Azéma et Nathalie Martinez (2005)



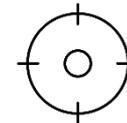
↳ La circulaire du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre fixe dans son annexe 9 des préconisations en matière d'accompagnement des PHV

- Des **études régionales menées par divers acteurs**
 - Notamment les Départements (voir synthèse page suivante)
 - Recensement des initiatives en faveur des PHV (instruction nationale DGCS/SD3B/2016/41 du 5 février 2016).
 - Identification de 23 dispositifs (mis en place ou en projet) en Normandie dans les structures PH (accueil spécifique pour les PHV dans les FAM, une structure intermédiaire à la sortie d'ESAT...)
 - URIOPSS Haute Normandie « Les personnes handicapées vieillissantes n'existent pas » (2015)
 - Enquête RSVA sur l'avancée en âge des personnes en situation de handicap (2016) et thèse de Pierre-Emile Bastien (*Etat de réflexion et actions des établissements médico-sociaux face à l'avancée en âge des PH en Basse Normandie*)

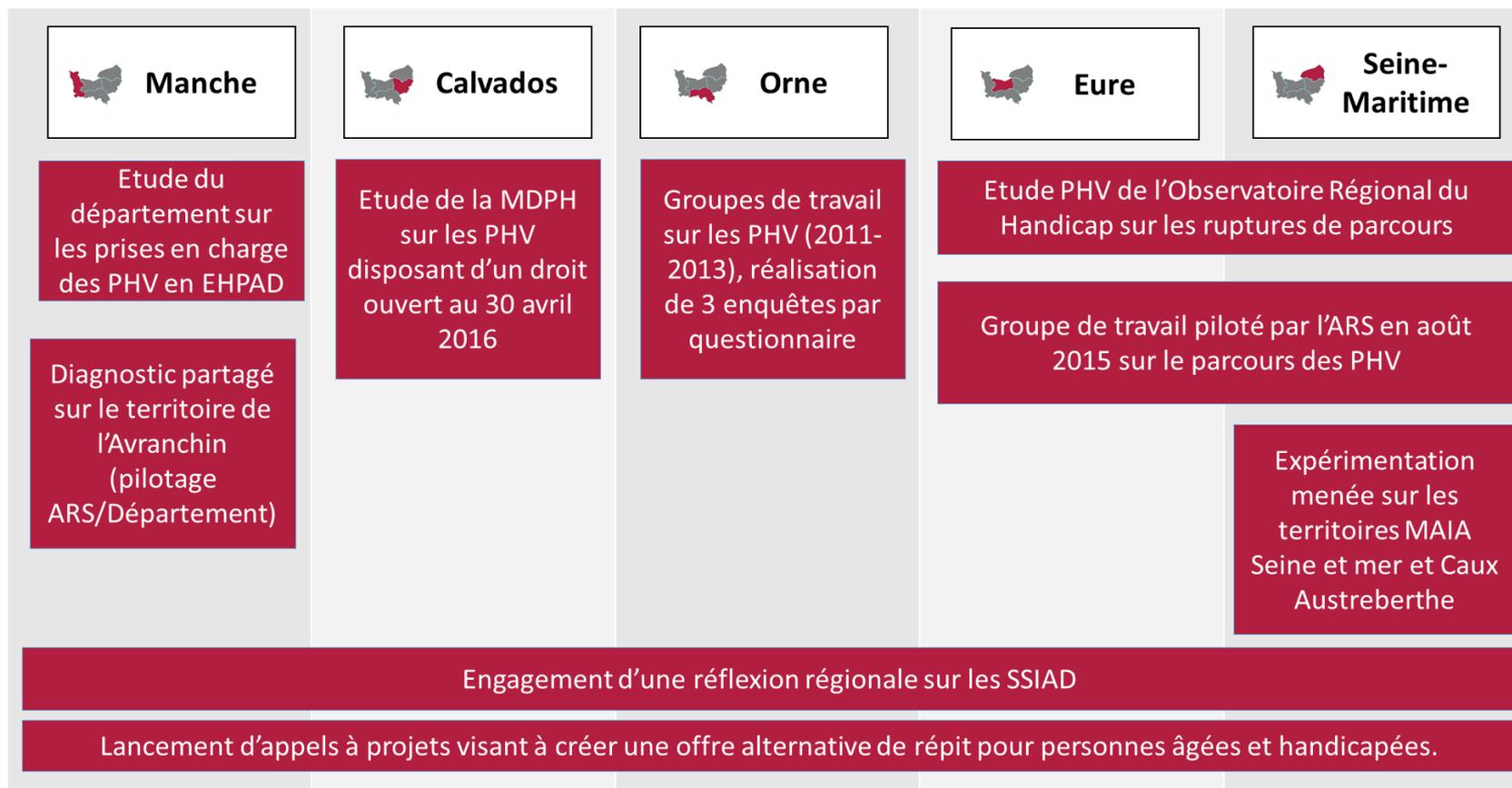


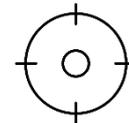
Contexte

Un enjeu de politiques publiques émergent



Un sujet récent d'études et d'expérimentations en Normandie





Des études spécifiques menées par les départements normands



- Manche : étude sur les prises en charge des PHV en EHPAD



L'étude réalisée par le Département de la Manche recense et décrit les **unités PHV pour personnes handicapées en EHPAD sur le territoire**. Elle analyse les trois établissements concernés au regard du profil du public accueilli, des missions de ces unités et de leurs admissions. L'étude revient également sur l'organisation des services (locaux, personnel, animation), ainsi qu'aux éventuels partenariats noués par ces unités.

- Calvados : étude de la MDPH sur les PHV disposant d'un droit ouvert au 30 avril 2016

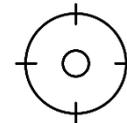


La MDPH du Calvados a mené un travail de **caractérisation quantitative et qualitative du public des personnes handicapées vieillissantes possédant un droit ouvert**. L'étude vise à identifier les besoins et les analyser (selon l'âge, la domiciliation et le type de droits ouverts). Elle inclut une analyse des orientations vers certains types d'établissements (notamment les dérogations vers les EHPAD) et un état de l'offre actuelle à l'échelle du département.

- Eure et Seine-Maritime : étude PHV de l'Observatoire Régional du Handicap sur les ruptures de parcours



Après un état des lieux de l'offre existante en Seine-Maritime et dans l'Eure, l'étude PHV de l'Observatoire Régional du Handicap revient en détail sur les **parcours de vie et les ruptures pouvant toucher les PHV**. Sont notamment analysées les sorties d'ESAT, les transitions entre aide familiale et structure d'hébergement ou encore la transition entre foyer de vie et FAM ou EHPAD. L'étude s'achève par un certain nombre de propositions d'amélioration pour éviter ces ruptures.



Une préoccupation qui se traduit dans les schémas départementaux du territoire

Départements		Schémas
 Calvados	Nouveau schéma autonomie en cours de rédaction : inclura la question des PHV	
 Eure	Schéma unique 2016-2020 : Fiche action 11 « Concevoir une offre adaptée pour les PHV »	
 Manche	Schéma médico-social unique 2017-2021 : un axe dédié : « Inciter les EHPAD à la création d'unités spécifiques pour PHV »	
 Orne	Schéma autonomie 2017-2021 : plusieurs actions incluant les PHV, avec pour objectifs de fluidifier, d'adapter, de diversifier et de moderniser l'offre	
 Seine Maritime	Schéma autonomie 2013-2017 : objectif de proposer une pluralité de solutions (autant secteur PA que PH), sans flécher en particulier le public PHV - réflexions en cours pour le futur schéma	



De nouveaux **schémas autonomie** ou **uniques**, favorisant la **prise en compte transversale** des publics handicapés vieillissants et le **décloisonnement des secteurs**.

3. Définition du terme « PHV »



« Les personnes handicapées vieillissantes n'existent pas »* : une diversité de situations de vieillissement

- **L'avancée en âge** se traduit le plus souvent par :
 - La « **survenue de nouvelles déficiences** provoquant de nouveaux handicaps » (surdité, cécité, réduction de la mobilité, dépression...)
 - Un « **possible accroissement des déficiences antérieures** » (rapport Gohet)
- De plus, le vieillissement prend des formes diverses qui « dépendent de la **nature de la défiance** (...) et de **l'accompagnement des soins** dont la personne a bénéficié jusqu'à au titre du handicap » (rapport Gohet)
- Un **vieillissement qui peut être précoce**...
 - *Pour certaines pathologies génétiques (trisomie 21, prévalence notamment de la maladie d'Alzheimer)*
 - *dans certaines déficiences mentales lourdes*
 - *dans les affections surajoutées (sensorielles, organiques)*
 - *ou encore dans les phénomènes d'usure articulaire précoce spécifiques aux handicaps moteurs*

Un vieillissement précoce des travailleurs handicapés ?

Les études à ce sujet n'identifient **pas de lien évident entre travail et vieillissement prématuré**. Il s'agit plutôt de considérer des parcours individuels, le vieillissement étant multifactoriel. Néanmoins les études montrent l'importance de l'ergonomie et de l'adaptation des espaces de travail, évitant une usure prématurée.

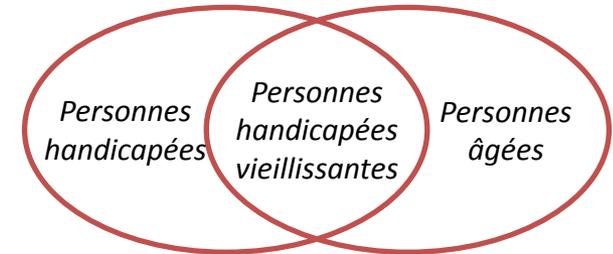
... et invitant à différencier la notion d'âge et le phénomène de vieillissement

- Certaines personnes handicapées peuvent présenter des **signes de vieillissement dès l'âge de 40 ans ou à l'inverse**, connaître une avancée en âge **similaire à la population générale**.



Une définition à la croisée de deux champs d'action publique historiquement distincts

- On utilise parfois le terme de « handicap » pour les personnes âgées de plus 60 ans (sans reconnaissance d'un handicap auparavant) et qui connaissent de nouvelles déficiences liées à l'âge.



« Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour une prise en charge », Paul Blanc (2006)

*« Dans un pays qui a structuré ses droits sociaux et ses formes d'aide aux personnes en perte d'autonomie en **deux dispositifs bien distincts**, pour "**les personnes handicapées**" (implicitement **supposées jeunes**) d'une part, et pour "**les personnes dépendantes**" (**âgées**) d'autre part, l'apparition d'une **catégorie intermédiaire** composée de « personnes handicapées vieillissantes » contraint à **repenser la structure globale du dispositif**. Il faut a minima préciser comment ces situations intermédiaires s'articulent avec les systèmes existants. De façon plus ambitieuse, l'évolution démographique conduit à s'interroger sur l'aménagement de ce système dual fondé sur un **critère d'âge devenu excessivement simplificateur** ».*



Des définitions multiples mais convergentes

- **Enquête « Handicap Incapacités Déficiences » de l'INSEE**
« L'ensemble des personnes de 40 ans et plus qui présentent au moins une déficience depuis la naissance, l'enfance ou l'adolescence, et souffrent d'au moins une incapacité survenue avant 20 ans »
- **Comité National Coordination Action Handicap (CCAH)**
Personne qui « dans son parcours de vie, a été handicapée avant de connaître les effets du vieillissement, ces derniers pouvant apparaître plus tôt que la moyenne nationale, entraîner un ajout de fragilités et provoquer ainsi une perte d'autonomie nécessitant un accompagnement spécifique.»

Importance du recours à une sémantique positive

Le rapport Gohet rappelle l'importance de recourir à une sémantique positive pour parler du vieillissement, terme auquel est préféré celui d'« avancée en âge ». Cet enjeu lexical est souligné par certains acteurs dans les entretiens réalisés.



« 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 que de connaître par surcroît les effets du vieillissement**. La **situation de handicap a donc précédé le vieillissement**. »

Définition retenue par l'ANESM, tirée du rapport de B. Azéma, et N. Martinez (2003)

III) Diagnostic de l'offre à destination des PHV dans le secteur PA

1. Données d'équipement du territoire

2. Résultats des questionnaires

3. Des risques de rupture identifiés

4. Des solutions développées pour fluidifier les parcours

1. Données d'équipement du territoire

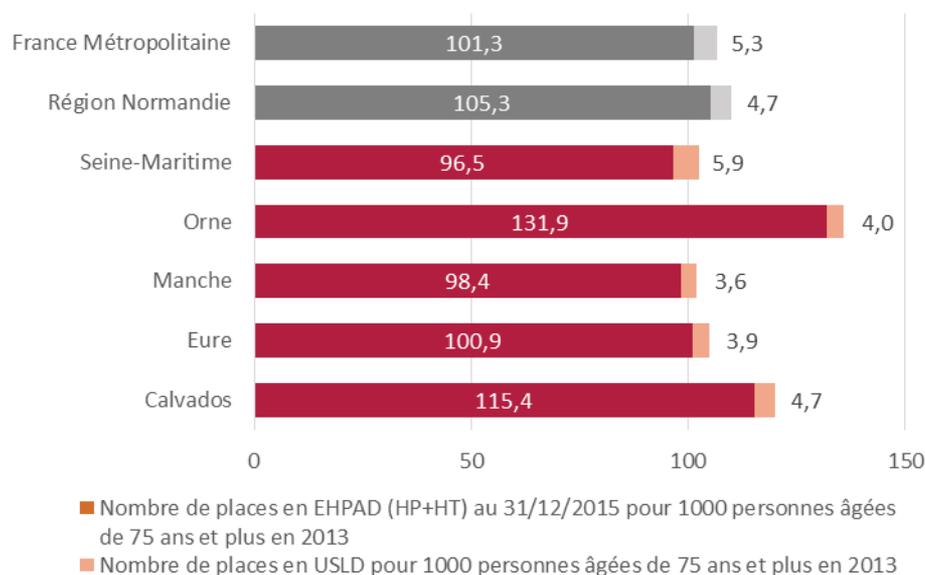
Recensement de l'offre PA sur le territoire

Données d'équipement du territoire



Un taux d'équipement régional en établissements médicalisés proche de la moyenne nationale, à l'exception de l'Orne qui dispose d'une offre plus développée

Equiperment en établissements médicalisés pour personnes âgées



Source : STATISS 2016

- **Un taux d'équipement en établissements médicalisés (EHPAD et USLD) proches de la moyenne nationale (101,3 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus en 2013) pour les départements du Calvados, de l'Eure, de la Manche et de la Seine-Maritime.**
- **Un taux d'équipement nettement plus élevé dans l'Orne avec 131,9 places en EHPAD et en USLD pour 1000 habitants de 75 ans et plus en 2013.**

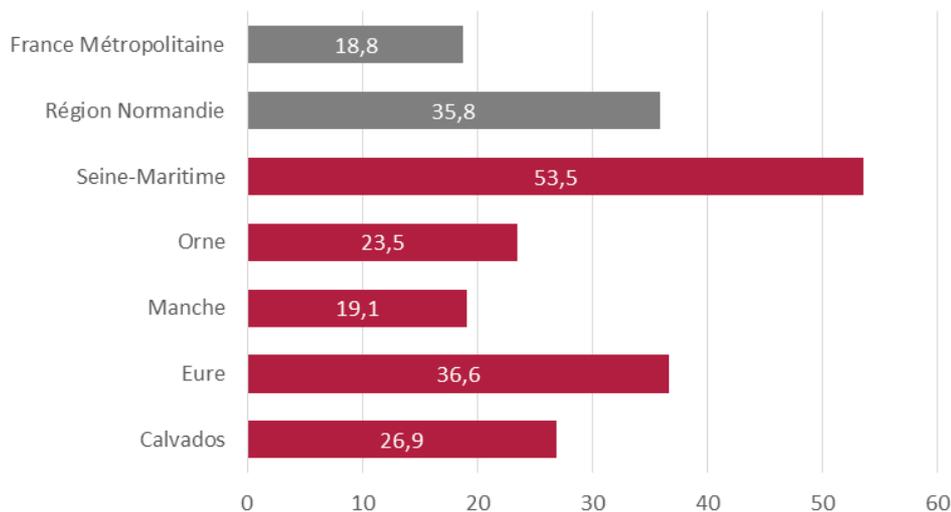
Recensement de l'offre PA sur le territoire

Données d'équipement du territoire



Une offre de résidences autonomie plus développée sur le territoire qu'en moyenne en France métropolitaine

Nombre de places en foyers logements pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus en 2013



Source : STATISS 2016

- Une **offre plus importante de foyers logements** au regard de la population à l'échelle du territoire normand.
- Une offre **particulièrement étendue en Seine-Maritime** (53,5 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus).
- Une offre moins développée dans la Manche (19,1) au regard de la moyenne régionale (35,8), néanmoins légèrement supérieure à la moyenne nationale (18,8).

Recensement de l'offre PA sur le territoire

Données d'équipement du territoire



Un équipement en hébergement temporaire et en accueil de jour similaire aux moyennes régionales et nationales

PLACES EN ACCUEIL TEMPORAIRE

- Nombre de places en hébergement temporaire au 31/12/2015 pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus en 2013
- Nombre de places en accueil de jour au 31/12/2015 pour 1000 personnes âgées de 75ans et plus en 2013



Source : STATISS 2016

- Les **taux d'équipement** en places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour **sont proches des moyennes régionales et nationales**.
- On note une **offre légèrement plus développée dans l'Eure**, notamment en accueil de jour (2 places d'accueil de jour supplémentaires pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus par rapport à la moyenne nationale).

Recensement de l'offre PA sur le territoire

Données d'équipement du territoire



Une offre de SAAD couvrant a priori le territoire et en cours de restructuration depuis la loi ASV

Départements		Nombre de SAAD auxquels l'enquête a été adressée
	Calvados	19 tarifés
	Eure	30 tarifés
	Manche	23 services
	Orne	6 tarifés
	Seine Maritime	104 services

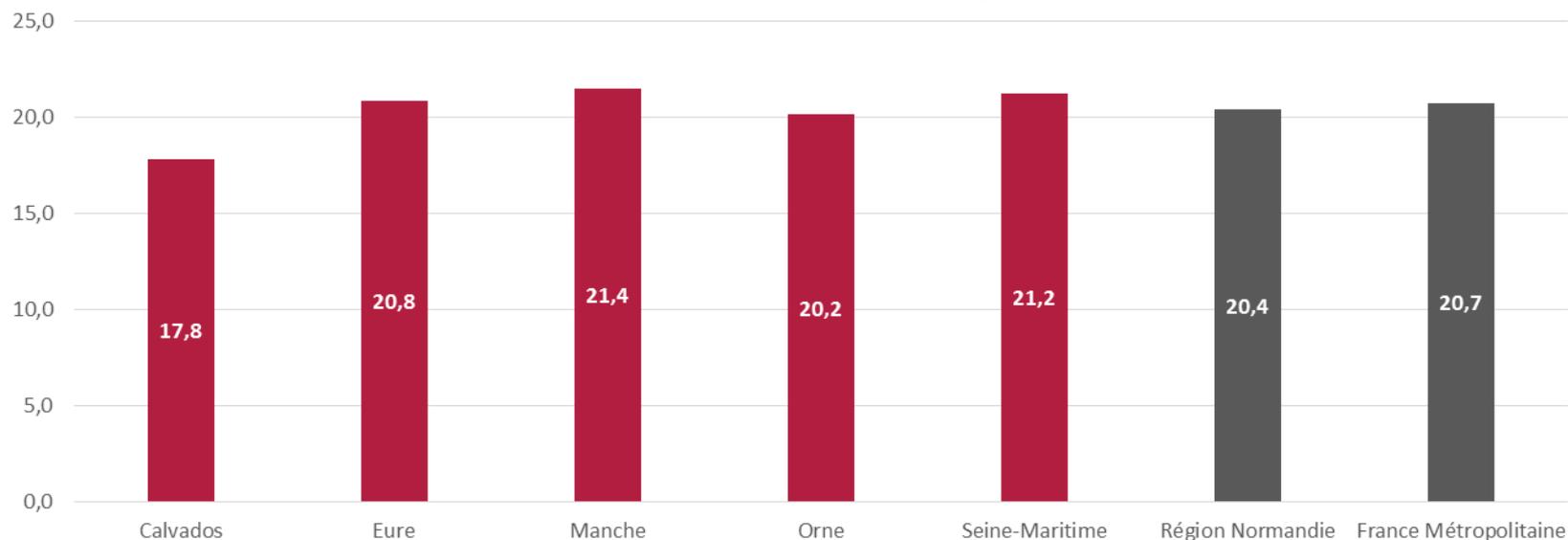
Recensement de l'offre PA sur le territoire

Données d'équipement du territoire



Une couverture en SSIAD et SPASAD pour personnes âgées homogène sur l'ensemble de la région, et similaire à la moyenne nationale

Nombre de places en SSIAD/SPASAD au 31/12/2015 pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus



Source : STATISS 2016

- Seul le Calvados dispose d'un taux d'équipement inférieur à la moyenne normande.

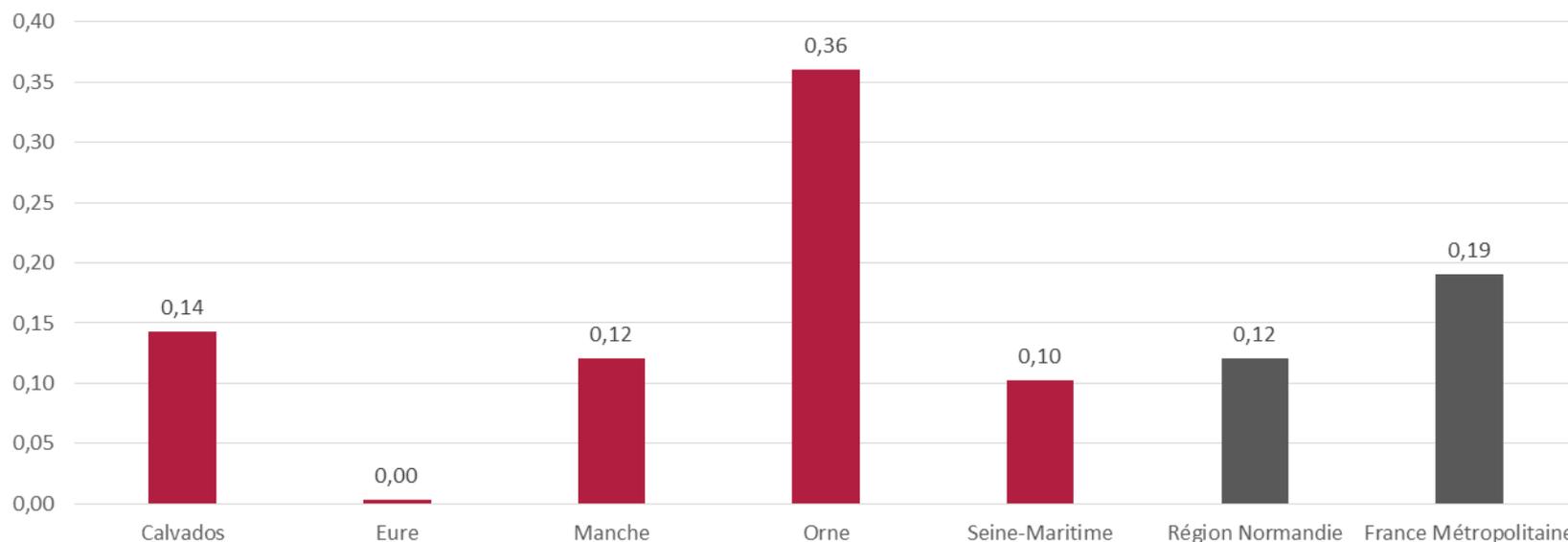
Recensement de l'offre PA sur le territoire

Données d'équipement du territoire



Une couverture en SSIAD et SPASAD pour personnes handicapées très variable d'un département à l'autre

Nombre de places en SSIAD/SPASAD PH au 31/12/2015 pour 1000 personnes âgées de 20 à 59 ans



Source : STATISS 2016

- La **couverture en SSIAD et SPASAD pour les personnes handicapées est variable** selon le département considéré. Un seul service est recensé dans l'Eure, tandis que l'Orne connaît un taux d'équipement nettement plus élevé que la moyenne nationale (0,36 places pour 1000 personnes âgées de 20 à 59 ans).

2. Résultats des questionnaires

Recensement de l'offre PA sur le territoire

Résultats des questionnaires

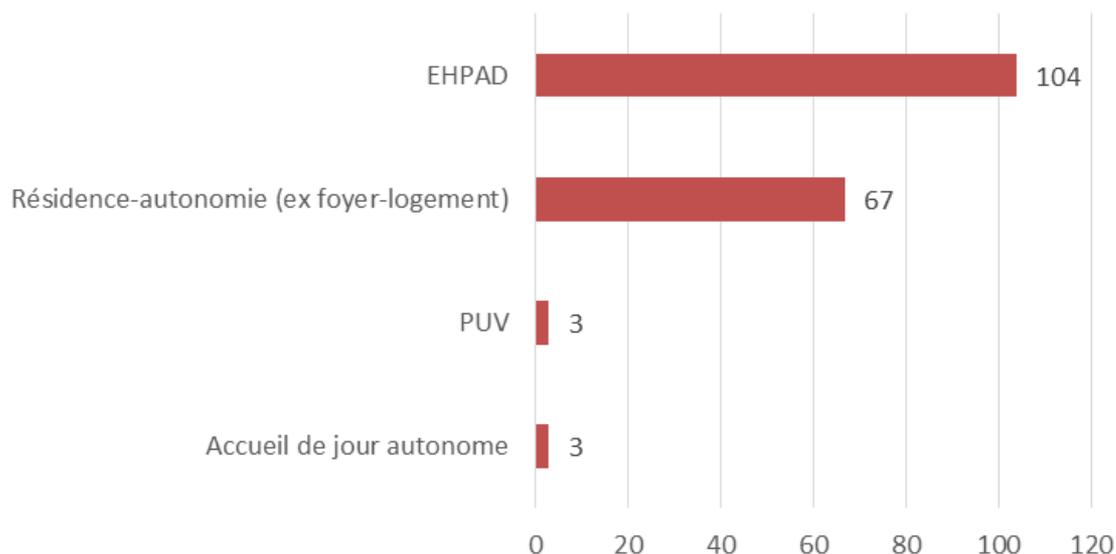


Profil des répondants

Etablissements

183 répondants dont 104 sont des EHPAD (57%) et 67 des résidences autonomes (37%). Un tiers des établissements ayant répondu se situent en Seine-Maritime (31,1%).

Nombre de répondants par type de structure



Départements	Nombre de répondants	% parmi les établissements du département
 Calvados	40	28,4%
 Eure	15	18,8%
 Manche	28	24,8%
 Orne	36	47,4%
 Seine-Maritime	57	25,1%

NB : 6 non-réponses
% calculé d'après les données STATISS 2016

Recensement de l'offre PA sur le territoire

Résultats des questionnaires

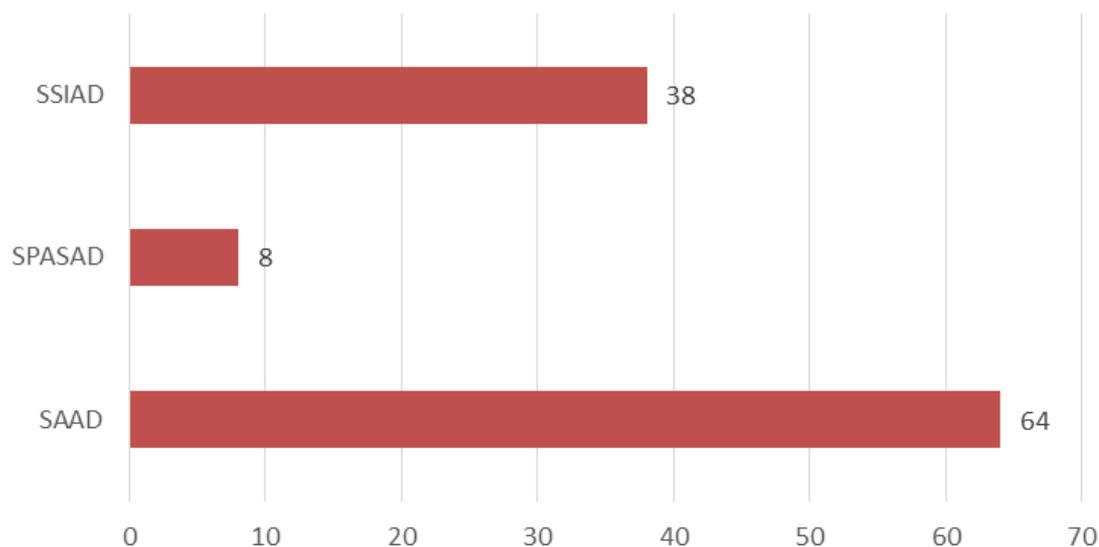


Profil des répondants

Services

110 répondants dont 64 SAAD (58%), 38 SSIAD (35%) et 8 SPASAD (7%). Les services sont situés pour plus de 40% d'entre eux en Seine-Maritime.

Nombre de répondants par type de service



Départements	Nombre de répondants	% parmi les services du département
 Calvados	15	28,8%
 Eure	15	31,3%
 Manche	14	21,2%
 Orne	14	48,3%
 Seine Maritime	46	29,3%

NB : 6 non-réponses
% calculé d'après les données STATISS 2016 et le nombre de SAAD destinataires du questionnaire

Recensement de l'offre PA sur le territoire

Résultats des questionnaires

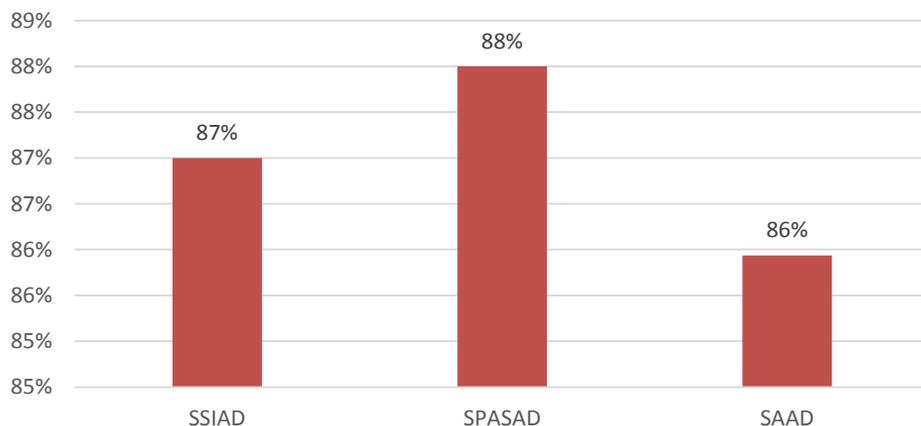


Profil des répondants

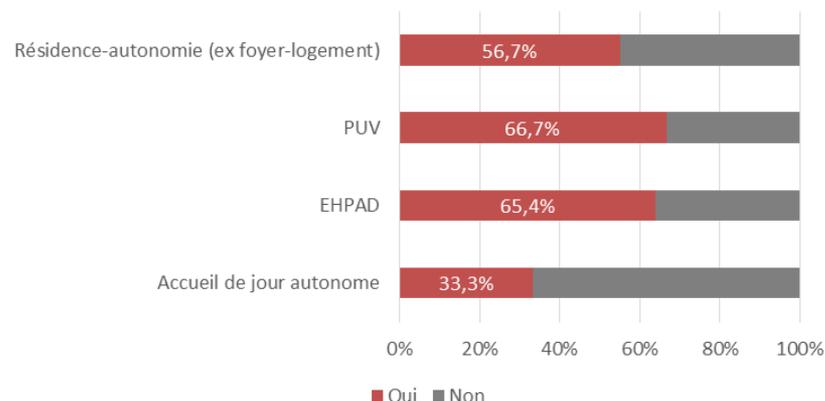
Etablissements et services accueillants des PHV

- **114 établissements (62%)** déclarent accueillir des PHV dans leur structure. Les EHPAD accueillent plus souvent des PHV (65,4%) que les résidences autonomes (56,7%). Parmi ces 114 structures, 15 déclarent disposer de places dédiées (soit 15%).
- **21 SSIAD et SPASAD déclarent accompagner des PHV sur des places dédiées** (dont 17 SSIAD et 4 SPASAD). **19 services SSIAD et SPASAD déclarent accompagner des PHV malgré l'absence de places dédiées** (+3 SSIAD n'ayant pas répondu à la question mais déclarant un nombre de PHV accompagnées). **55 SAAD** ont par ailleurs déclaré accompagner des PHV.

Part de services déclarant accompagner des PHV parmi les répondants



Accueil de PHV par type de structures





Profil des répondants

Services accompagnant des PHV

- **2 SAAD indiquent intervenir dans une structure d'habitat regroupé :**
 - Dans l'Orne, le **SAAD UNA Bocage Ornais** (intervention maison relais – maison Association l'Élan, en lien avec le CMP) (SAAD UNA Bocage Ornais) (5 PHV accompagnées)
 - Dans la Manche, le **SAAD de Saint-Lô** intervient dans la résidence les Epinets (31 PHV accompagnées)



Profil des répondants

Etablissements

Les **établissements indiquant ne pas accueillir de PHV** mettent en avant les raisons suivantes :

- **Principalement une absence de demandes** (27 occurrences)
- Des logements (9) ou une structure non adaptés (2)
- Un manque de moyens ou d'équipements (6)
- L'absence d'agrément ou l'accueil d'un public âgé seulement (6)
- Un personnel non formé (3), notamment à la psychiatrie (2)
- Ou encore la non-médicalisation de l'établissement (2)

Recensement de l'offre PA sur le territoire

Résultats des questionnaires



Etablissements disposant de places dédiées

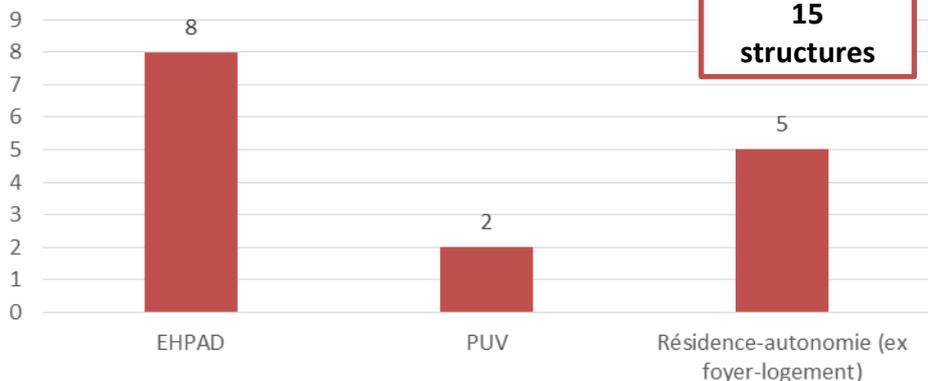
- Parmi les 114 structures déclarant accueillir des PHV, **15 établissements déclarent disposer de places spécifiques soit 8% des répondants**. Ce sont **majoritairement des EHPAD (8)**.

NB : A noter un établissement déclare ne pas accueillir de PHV mais avoir des places dédiées.

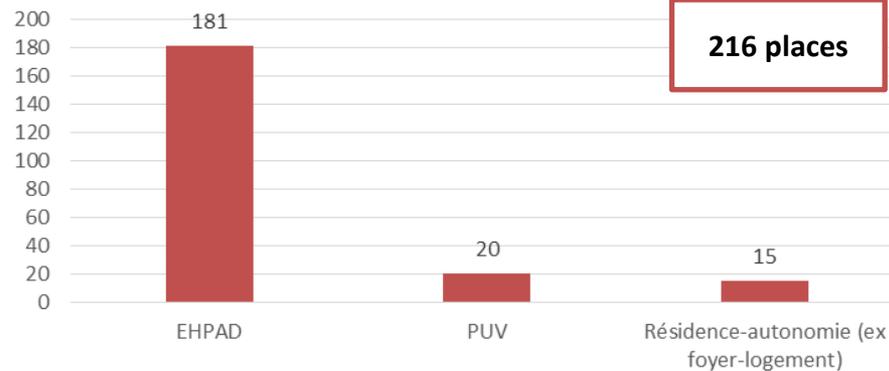
L'EHPAD des Lilas à Coutances a également pu être identifié, hors questionnaire, comme une structure accueillant des PHV (30 places), tout comme l'EHPAD de l'hôpital d'Yvetot (40 places), l'EHPAD d'Yerville (8 places) et l'EHPAD de l'Hôpital Local à Saint James (15 places en unité PHV et 20 hors unité PHV)

- Dans le questionnaire, 216 places sont dénombrées**, très majoritairement situées en EHPAD (181, soit plus de 83% des places recensées).

Nombre d'établissements déclarant des places dédiées aux PHV



Nombre de places dédiées aux PHV par type d'établissements



NB : 3 non-réponses

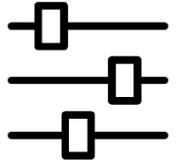
Recensement de l'offre PA sur le territoire

Résultats des questionnaires



Etablissements disposant de places dédiées

- Parmi les 15 établissements comptant des places dédiées, **10 déclarent avoir des critères d'entrée et de sortie** (3 n'en ont pas, 2 n'ont pas répondu à la question).
- Le **critère d'âge est le plus souvent cité** (7 occurrences), suivi par le **niveau de dépendance** (6) et les besoins en soins (4). Les déficiences cognitives sont également citées (3 occurrences) ainsi que d'autres critères (comportement compatible avec la vie en collectivité, consentement du résident, public ciblé par exemple résident d'un ESAT).
- Seuls **4 EHPAD** déclarent que ces places dédiées sont regroupées en **unités PHV** :
 - Constantia à Coutances (Manche), 7 places
 - L'Ermitage, à Cherbourg (Manche), 9 places
 - Etablissement public départemental de Grugny (Seine-Maritime), 112 places
 - Les Chanterelles à Bretteville (Calvados), 14 places



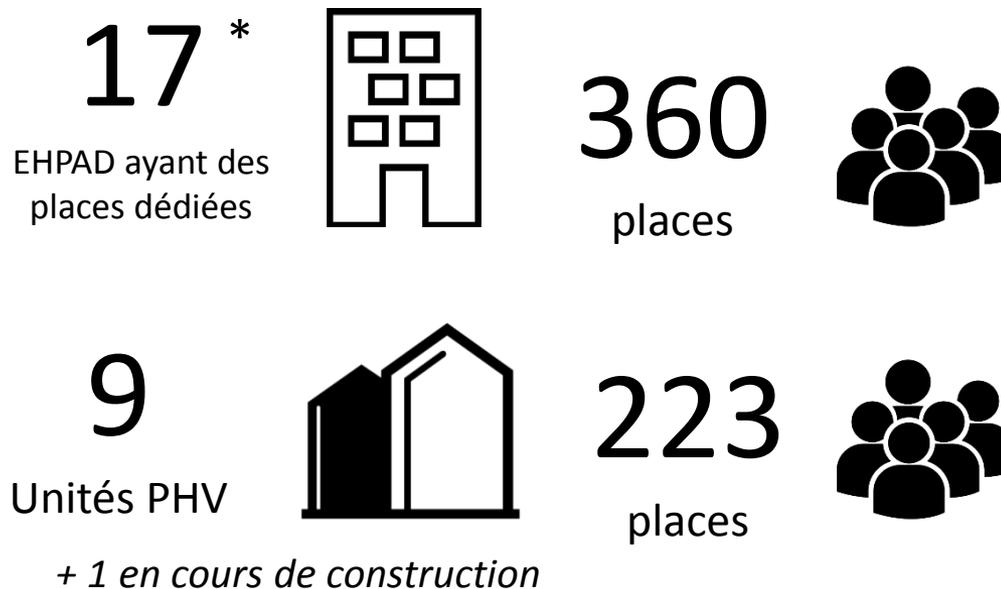
L'analyse documentaire et les entretiens réalisés ont permis d'identifier **d'autres EHPAD n'ayant pas répondu au questionnaire mais disposant d'unités dédiées** :

- EHPAD Hôpital Local à Saint-James (Manche), 15 places
- EHPAD Résidence Pierre Noal Putanges (Orne), 24 places (dont 2 places temporaires)
- EHPAD Le Palais des aînés, Carrouges (Orne), 18 places (dont 2 temporaires)
- EHPAD Westalia à Courseulles-sur-mer (Calvados), 14 places ;
- EHPAD La Source à Mondeville (Calvados), 10 places
- *+ une unité en cours de construction dans l'EHPAD de Conches en Ouche (Eure), 24 places*



Etablissements disposant de places dédiées

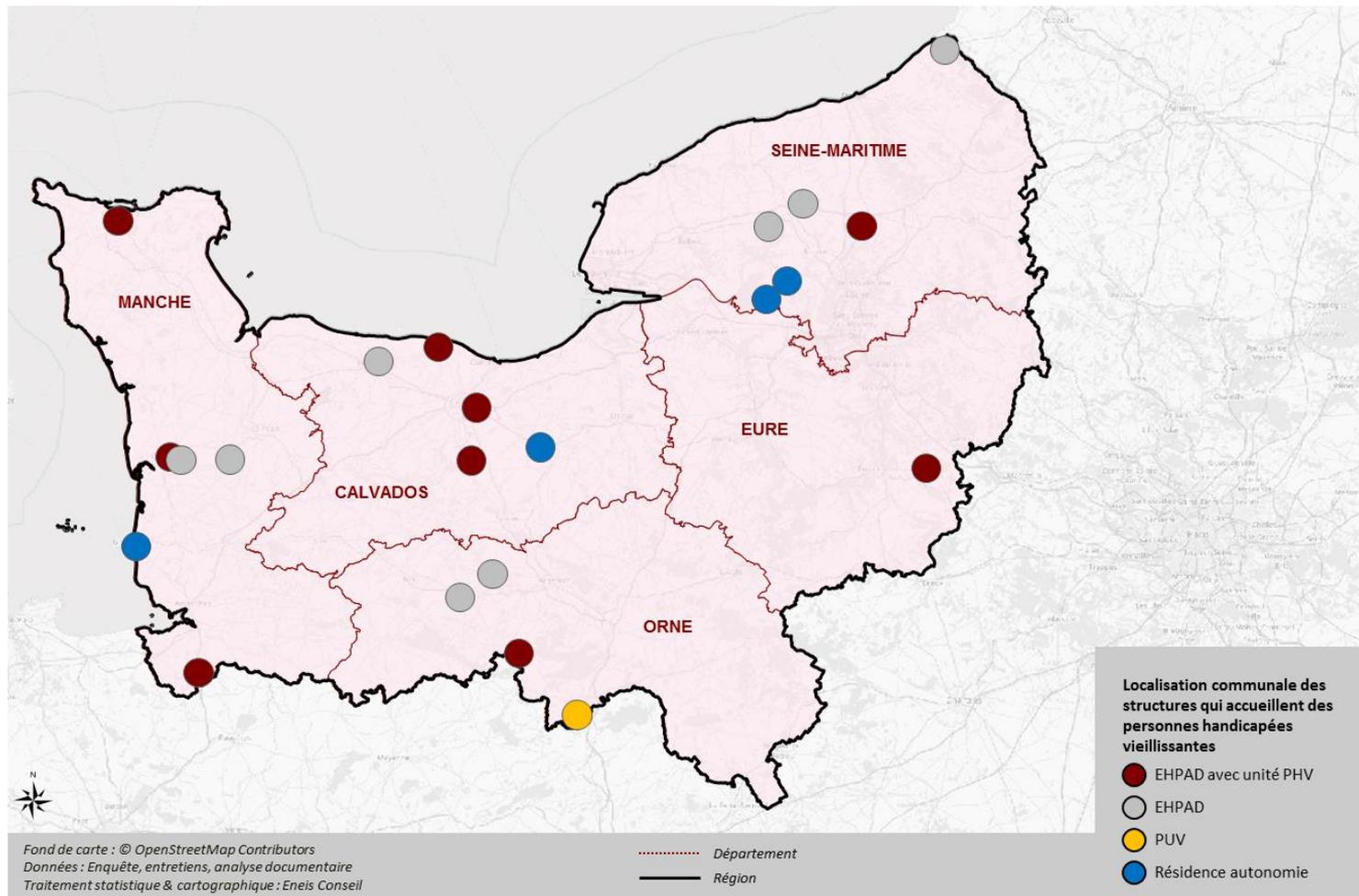
Places dédiées et unités PHV dans les EHPAD



* 9 EHPAD recensés dans le questionnaire + 7 EHPAD recensés hors questionnaire



Localisation des structures accueillant des PHV



Recensement de l'offre PA sur le territoire

Résultats des questionnaires

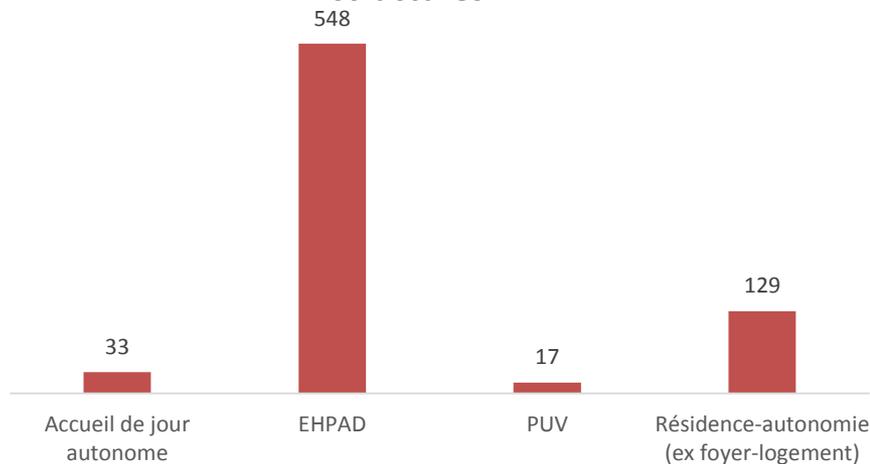


Publics

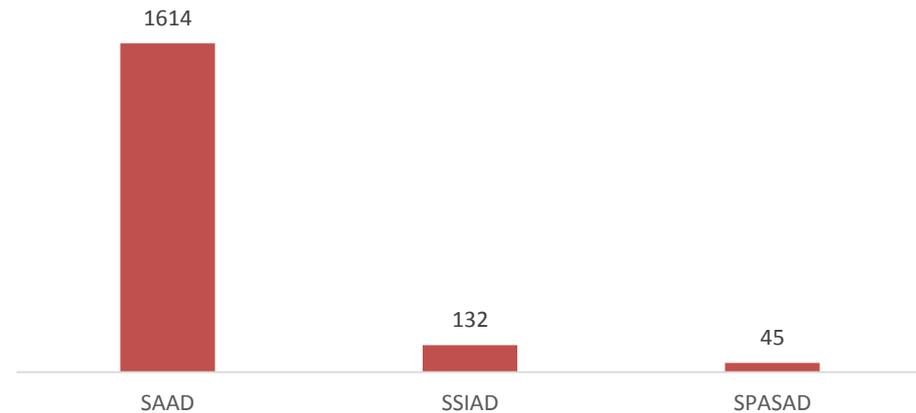
Nombre de PHV recensées

- **759 PHV sont recensées** dans les établissements répondants (dont moins d'un tiers sont accueillies en places dédiées).
- **1 791 PHV sont accompagnées par un service** de la région (dont 89 en places dédiées, soit moins de 5%).

Nombre de PHV accueillies par types de structures



Nombre de PHV accompagnées par types de services



Recensement de l'offre PA sur le territoire

Synthèse



Publics

L'orientation des PHV en EHPAD dans le Calvados et la Manche



L'orientation en EHPAD dans le Calvados

Depuis 2007, date de la création de la base de données de la MDPH du Calvados, 307 personnes ont été orientées par la CDAPH, au titre de la dérogation d'âge, vers un EHPAD. La majorité des personnes orientées en EHPAD sont des personnes âgées de plus de 50 ans. En effet, **les personnes en situation de handicap âgées de plus de 50 ans représentent 91,86 % de la population orientée en EHPAD.**

Les personnes orientées en EHPAD ont majoritairement un **taux d'incapacité supérieur à 80 %**. Elles sont 266, ce qui représente 87 % de la population orientée en EHPAD en effectifs cumulés depuis 2007. Les 13 % restants soit 41 personnes ont un taux d'incapacité compris entre 50 et 80 %. Aucune ne présente de taux inférieur à 50 %. Aujourd'hui, **54 personnes sont accueillies en EHPAD.**



L'orientation en unités PHV dans les EHPAD de la Manche

La Manche compte **40 PHV étant ou ayant été dans les unités PHV depuis leur création.**

La **moyenne d'âge à l'entrée de l'établissement est de 63,82 ans** (et de 66,65 ans au moment de l'étude). A leur entrée en unité PHV, les personnes sont en majorité de GIR 4. Ils présentent pour 46% d'entre eux une déficience intellectuelle moyenne.

Recensement de l'offre PA sur le territoire

Résultats des questionnaires



Publics

Types de handicaps

	Etablissements	Services
déficiência mentale	64,5%	27,1%
déficiência motrice	37,3%	50,5%
déficiência psychique	37,3%	27,1%
tous types de déficiência	24,6%	53,3%
déficiência sensorielle	14,5%	12,1%
polyhandicap	12,7%	26,2%
maladie invalidante	12,7%	50,5%
trouble du spectre autistique	4,5%	4,7%

- **Plus de la moitié des établissements (64,5%) répondants déclarent accueillir des PHV souffrant de déficiência mentale** tandis que seul **un tiers (27,1%) des services** déclarent accompagner ce handicap.
- Les **établissements déclarent le plus souvent accueillir des personnes connaissant une déficiência mentale (64,5%), motrice (37,3%) ou psychique (37,3%)**
- Un **service sur deux déclare accompagner des PHV souffrant de déficiência motrice (50,5%) ou de maladie invalidante (50,5%)**, formes de handicap moins souvent prises en charge par les établissements (respectivement 37,3% et seulement 12,5% des répondants concernés).

Recensement de l'offre PA sur le territoire

Résultats des questionnaires

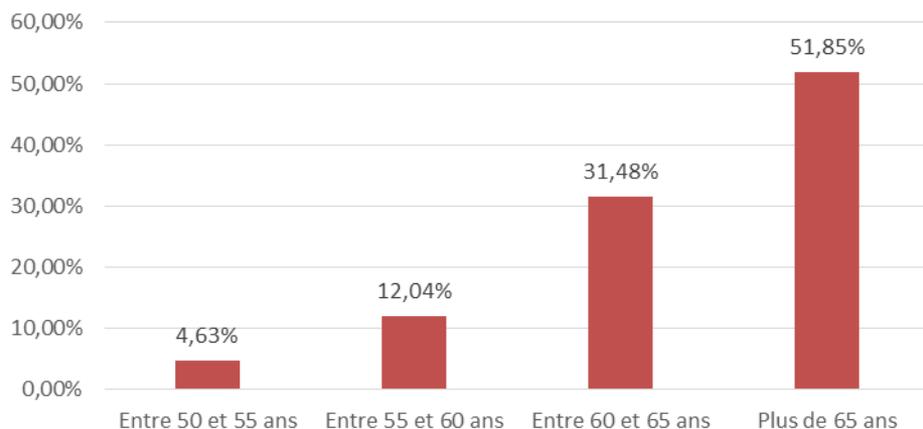


Publics

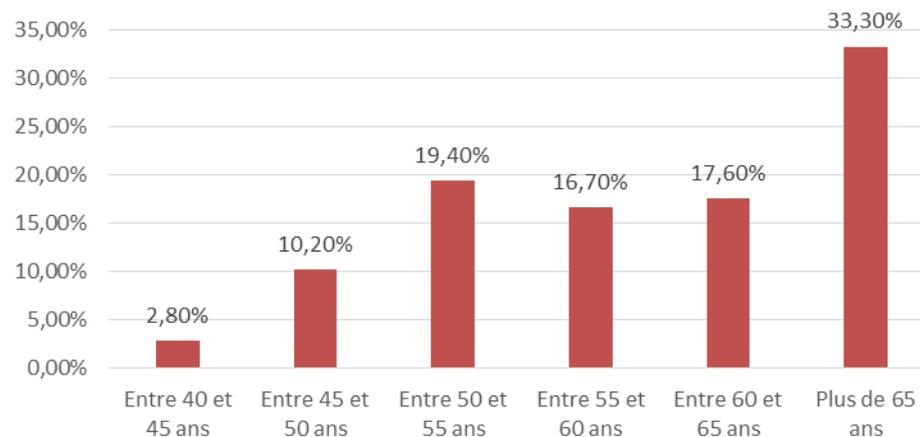
Age moyen des PHV

- Les PHV recensées accueillies en établissements sont en moyenne plus âgées que les personnes accompagnées à leur domicile. En effet, plus de la moitié des établissements déclarent que les résidents ont en moyenne plus de 65 ans (51,85%) contre un tiers des services (33,3%).

Age moyen des résidents déclarés par les établissements



Répartition des PHV accompagnées par des services par tranches d'âge



Recensement de l'offre PA sur le territoire

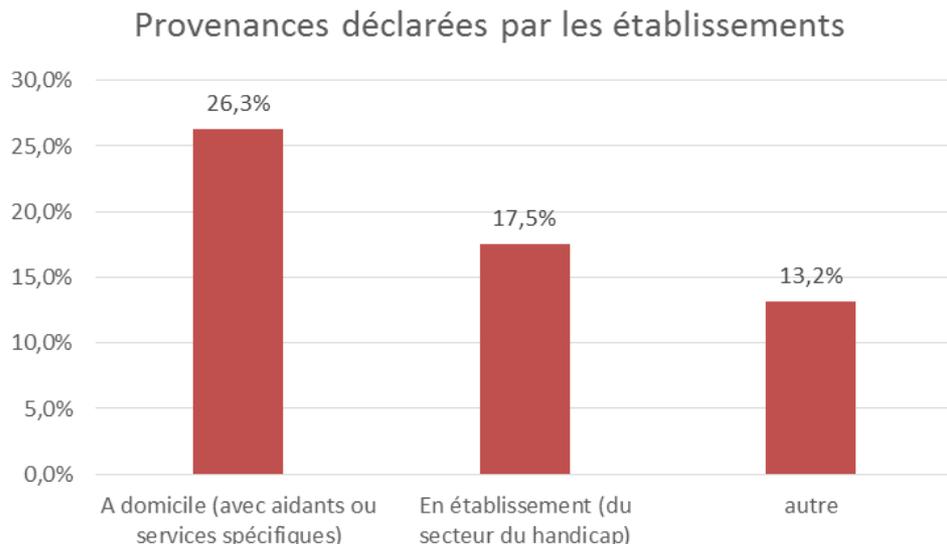
Résultats des questionnaires



Publics

Provenance des PHV accueillies en établissements

- Les établissements déclarent que les PHV proviennent :
 - **Le plus souvent de leur domicile ou de celui de leurs aidants** (réponse citée par 26,3% des structures accueillants des PHV)
 - D'un **établissement du secteur du handicap** (17,5%).
 - Certains établissements signalent d'autres provenances comme par exemple une **famille d'accueil** (7 répondants), d'un **établissement psychiatrique** (3), étaient **sans domicile fixe** (1) ou vivaient dans une **résidence autonomie** (1)...



NB : 30 non-réponses

Recensement de l'offre PA sur le territoire

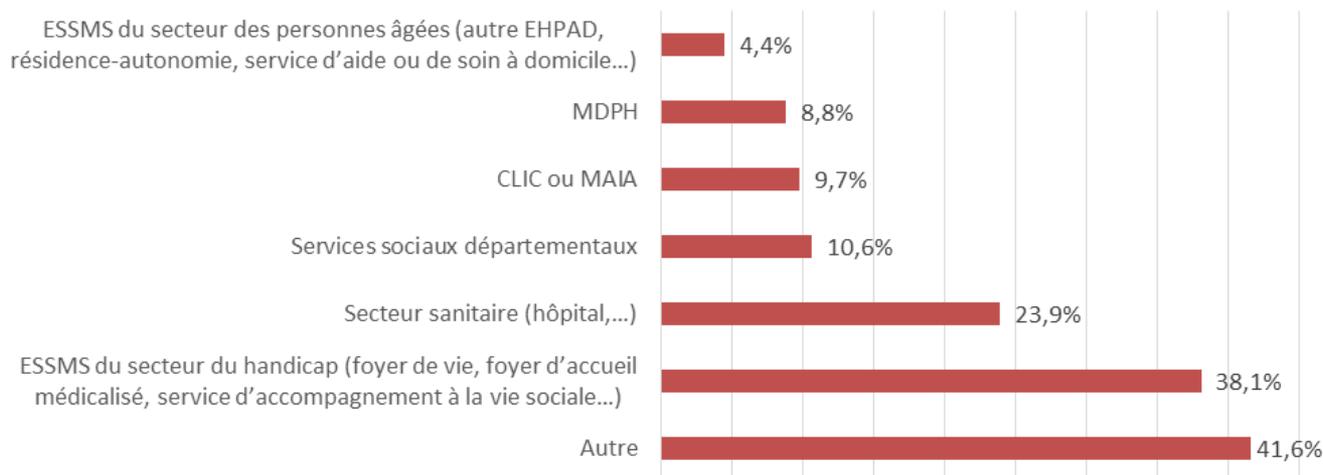
Résultats des questionnaires



Publics

Acteurs de l'orientation des PHV en établissements

Orientation des PHV



- Les PHV accueillies en établissement sont le plus **souvent orientées par des ESSMS du secteur du handicap** (réponse citée par 38,1% des répondants) ainsi que par le **secteur sanitaire** (23,9%).
- Les autres orientations sont essentiellement le fait des **familles**, de **l'entourage** ou bien une **démarche personnelle de la personne**. Sont également cités les organismes tutélares.

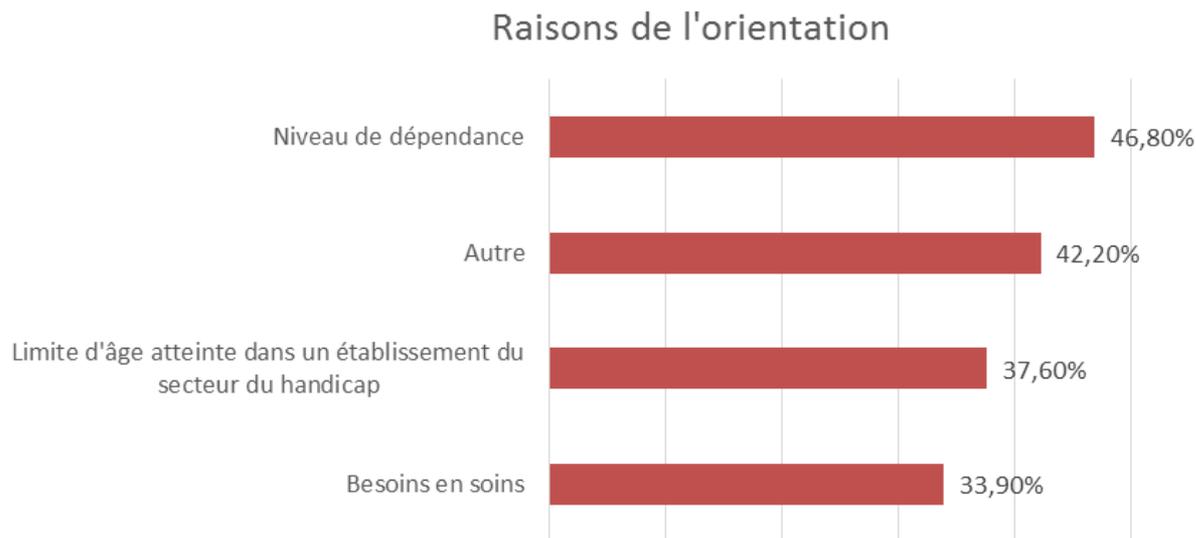
Recensement de l'offre PA sur le territoire

Résultats des questionnaires



Publics

Raisons de l'orientation des PHV en établissements



- Les **raisons de l'orientation** sont citées dans des proportions homogènes par les répondants (besoins en soins, niveau de dépendance, limite d'âge dans un établissement du secteur du handicap).
- Les autres raisons citées sont essentiellement **l'impossibilité de vivre au domicile**, le **décès ou l'incapacité des aidants à poursuivre la prise en charge**, la **recherche d'une structure pour préparer l'avenir** ou encore des **admissions doubles** (parent âgé, enfant handicapé).

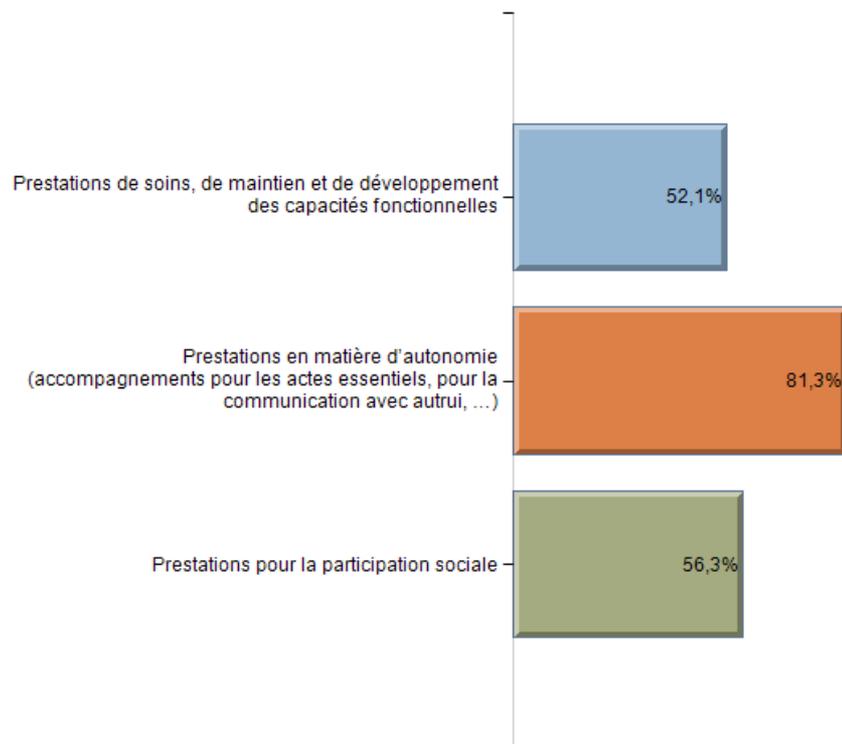
Recensement de l'offre PA sur le territoire

Résultats des questionnaires

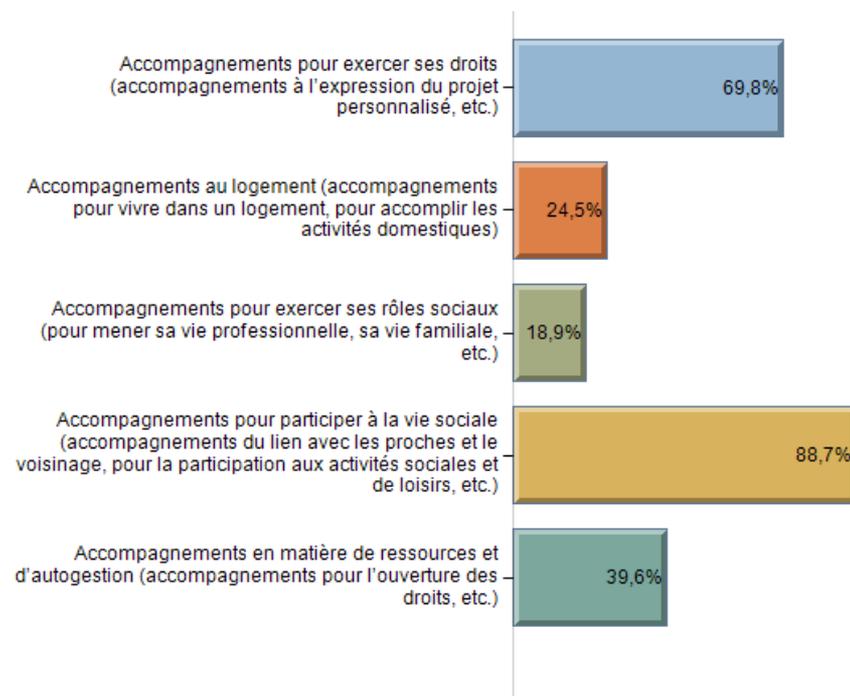


Caractéristiques de l'offre

Les prestations en établissements



Parmi les prestations pour la participation sociale :



Parmi les prestations de soins, 96% des établissements déclarent proposer des soins somatiques et psychiques et 45% déclarent proposer également de la rééducation et réadaptation fonctionnelle.

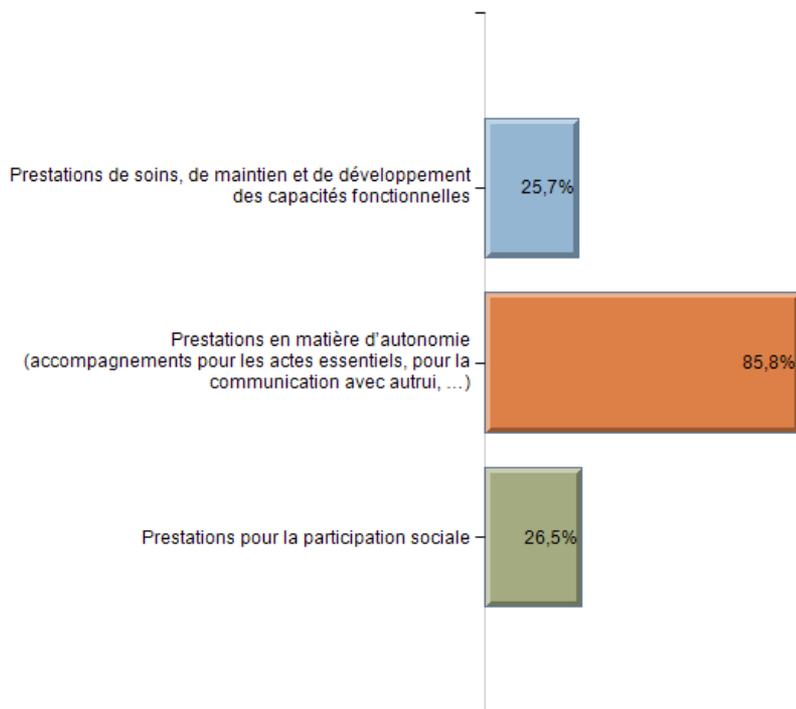
Recensement de l'offre PA sur le territoire

Résultats des questionnaires

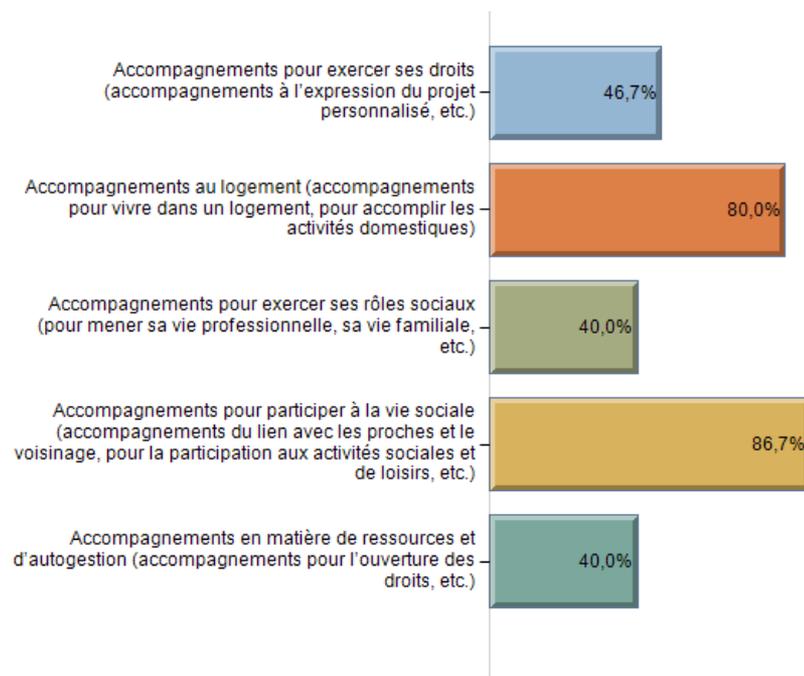


Caractéristiques de l'offre

Les prestations des services



Parmi les prestations pour la participation sociale :



Parmi les prestations de soins, l'ensemble des services répondants déclarent proposer des soins somatiques et psychiques, et seuls 3,7% déclarent proposer également de la rééducation et réadaptation fonctionnelle.

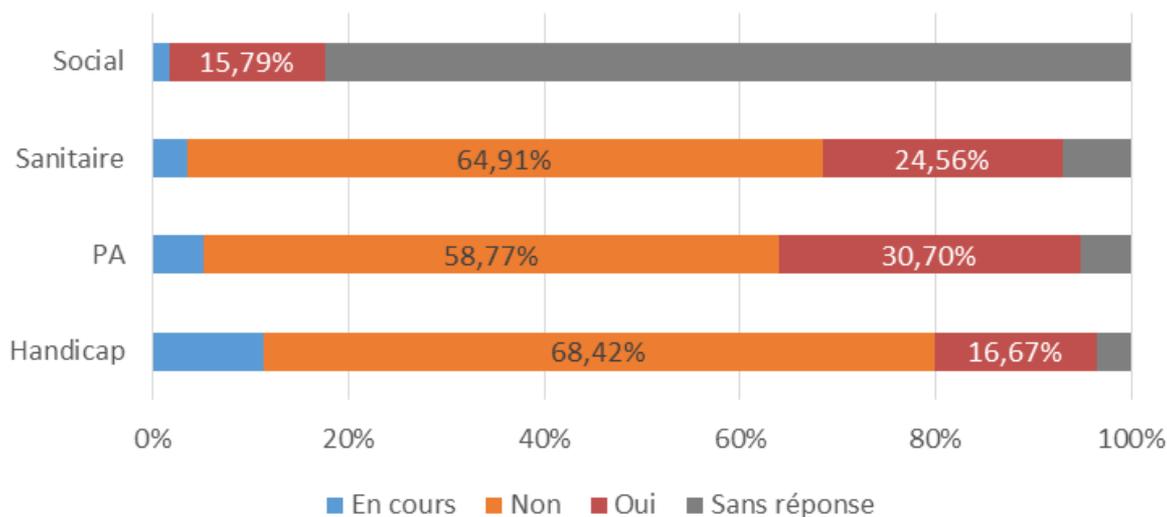
Recensement de l'offre PA sur le territoire

Résultats des questionnaires



Coopérations entre secteurs

Proportion de répondants déclarant des coopérations avec les différents secteurs



- Parmi les établissements accueillant des PHV, **une majorité déclare ne pas avoir mis en place de coopérations avec les autres secteurs** (ou ne répondent pas à la question pour le secteur social).
- Des différences sont notables selon le type d'établissement considéré :
 - 19% des EHPAD répondants déclarent une coordination avec le secteur du handicap contre 5,4% des RA.
 - 29% des RA déclarent une coordination avec le secteur sanitaire contre 8,8% des EHPAD.
 - 28,6% des EHPAD déclarent une coordination avec le secteur personnes âgées contre 32,4% RA.

Recensement de l'offre PA sur le territoire

Résultats des questionnaires



Coopérations entre secteurs Etablissements

- **Secteur du handicap**
 - Des établissements, pour favoriser l'admission ou réaliser des activités communes, ou encore pour le maintien des relations avec les établissements qui accueillait précédemment les PHV
 - Des associations PH
- **Secteur personnes âgées**
 - Des établissements (notamment EHPAD)
 - Des associations
 - Des SSIAD
 - Ou encore les CLIC et gestionnaires de cas MAIA
- **Secteur sanitaire**
 - Centres hospitaliers et réseaux soins palliatifs
 - Etablissements psychiatriques (équipe mobile du Nouvel Hôpital de Navarre) et CMP
 - Ou encore téléexpertise (avec le CH Evreux, également par le Nouvel Hôpital de Navarre)
- **Secteur social**
 - Travailleurs sociaux de divers structures (CCAS notamment)

Recensement de l'offre PA sur le territoire

Résultats des questionnaires



Coopérations entre secteurs

Proportions des services déclarant une coopération et acteurs cités

• Secteur du Handicap

38% des services (31% pour les seuls SAAD)

- CMP
- MPDH
- Associations
- Etablissements ou services (SAVS et SAMSAH)
- Réseau SEP

• Secteur personnes âgées

48% des services (50% pour les services ayant des places dédiées)

- SSIAD et établissements (EHPAD et accueil temporaire)
- CLIC
- Services APA du CD

• Secteur sanitaire

35% des services (50% pour les services ayant des places dédiées)

- SSIAD et HAD
- CHU
- CMP

• Secteur Social

45% des services (plus de 50% des SSIAD)

- Travailleurs sociaux de diverses institutions (CLIC, départements, caisses de retraite, CPAM, hôpitaux et SSR)

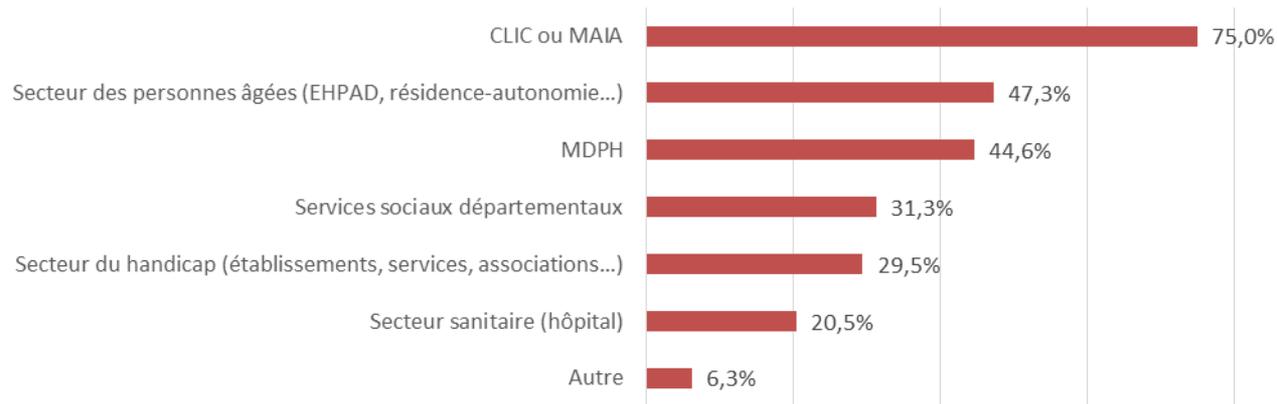
Recensement de l'offre PA sur le territoire

Résultats des questionnaires



Orientation des PHV Services

Interlocuteurs identifiés par les services pour orienter les PHV



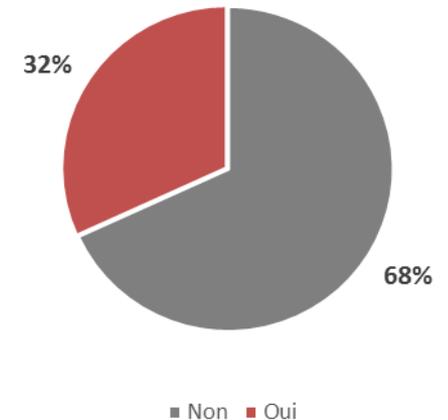
- Lorsque le maintien à domicile n'est plus possible, les **trois quarts des services identifient les CLIC et gestionnaires de cas MAIA comme interlocuteurs** vers qui orienter les personnes accompagnées. Les structures pour personnes âgées sont mentionnées par 47% des répondants, tandis que la MDPH est également citée par 44% des répondants.
- La **coordinatrice de parcours de l'hôpital d'Yvetot** est également mentionnée, tout comme le réseau de santé multithématique.



Outils de repérage Etablissements

- **32% des établissements** déclarent utiliser un **outil de repérage des signes du vieillissement** (de type grille d'évaluation). 19% déclarent utiliser des outils spécifiques parmi lesquels :
 - *Grille des capacités préservées, évaluations AGGIR, PATHOS et MAP,*
 - *Bonnes pratiques ANESM*
 - *Réunions et temps d'écoute psychologique*
 - *Projet d'accompagnement personnalisé*
 - *Kits Mobiquial (Société Française de gérontologie)*
- Les **modalités de diffusion de ces outils** mentionnées sont :
 - *Des groupes de travail, réunion d'équipes et information interne*
 - *Le projet interne de l'établissement*
 - *Dans le cadre du dossier personnel de suivi ou le rôle de suivi par un référent*

Utilisation outils de repérage



Recensement de l'offre PA sur le territoire

Résultats des questionnaires



Outils de repérage Services

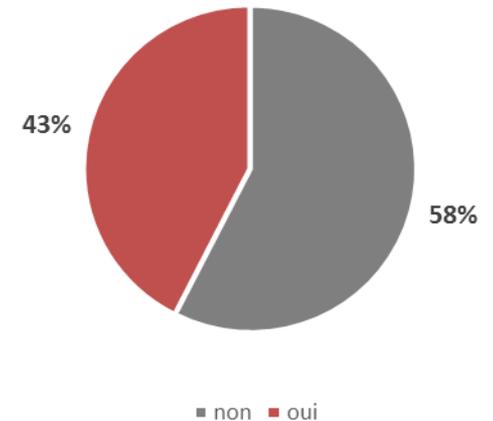
- **43% des services** répondants déclarent utiliser un **outil de repérage des signes du vieillissement**. 23% déclarent utiliser d'autres outils ou se référer à des pratiques professionnelles spécifiques :

- *Recommandations et outils, de l'ANESM, outil de repérage des fragilités MAIA ou autres outils de repérage, grille AGGIR*
- *Visites à domicile*
- *Fiches d'évaluation*
- *Formation multiple des intervenants (initiale ou continue)*
- *Pratiques d'expériences internes*
- *Projet d'accompagnement individualisé ou projet d'accompagnement évolutif*

- Les **modalités de diffusion** de ces outils mentionnés sont :

- *Projet de service, réunions de travail en interne ou avec les partenaires (CCATP, CMP, SSIAD, MAIA), groupes d'échanges des pratiques*
- *Fiche de mission personnalisée, fiche de repérage pour les couples parents âgées et enfant en situation de handicap, grille de repérage des fragilités*
- *Mise en place d'un référent, réunions de concertation sur les situations complexes*
- *Communication, formations et sensibilisation en interne, encadrement par une psychologue, échanges avec les familles*

Utilisation outils de repérage

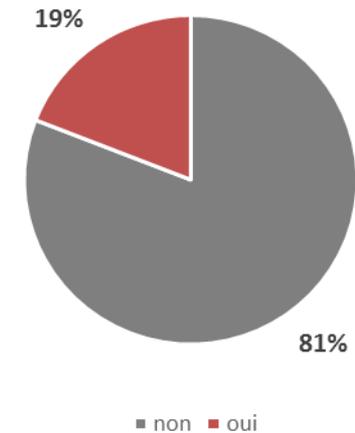




Actions spécifiques Etablissements

- **19% des établissements déclarer mener des actions spécifiques** pour le public des PHV :
 - *Des ateliers ou des activités propres d'animation*
 - *Partenariat avec des acteurs locaux pour des loisirs (médiathèque de la ville, le cinéma, la piscine)*
 - *Réunion d'information, conférence sur la perte d'autonomie*
 - *Intervention d'une équipe pluridisciplinaire auprès de ce public (psychologue, psychomotricien, médecin coordinateur, IDEC et IDE du CMP)*
 - *Organisation de séjour vacances*

Actions spécifiques PHV



Recensement de l'offre PA sur le territoire

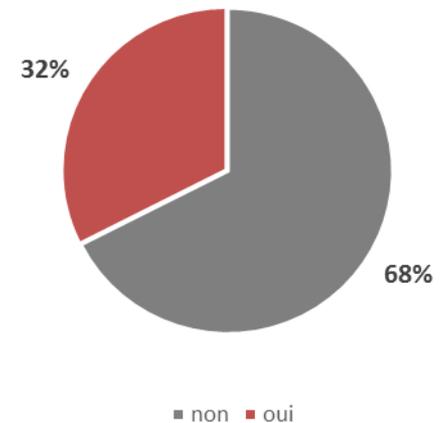
Résultats des questionnaires



Actions spécifiques Services

- **25 services déclarent mener des actions spécifiques** (soit 32% du nombre total de services déclarant accompagner des PHV) :
 - *Séjours, vacances proposées, activités communes avec des établissements PA*
 - *Rencontres pluridisciplinaires avec les autres intervenants au domicile des personnes, visite mensuelle de la responsable de secteur*
 - *Aide à la mise en place de matériel, aide administratives*
 - *Formation du personnel aux différents handicaps ou formation à destination des aidants*
 - *Information sur les réseaux spécifiques (réseau SEP, auxiliaires de vie des aveugles, Mission ville-handicap...)*
 - *Service de garde itinérante de nuit mis en place spécifiquement pour le public PHV*

Actions spécifiques PHV



Recensement de l'offre PA sur le territoire

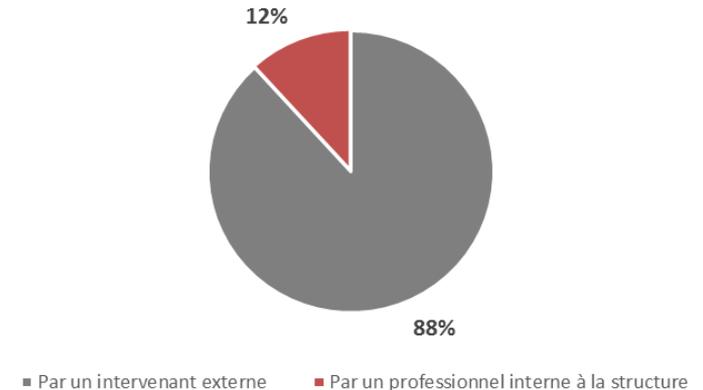
Résultats des questionnaires



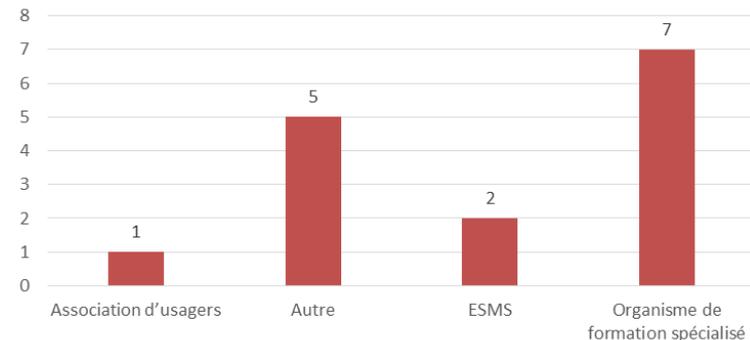
Personnel Etablissements

- Parmi les **établissements ayant des places dédiées**, une courte majorité dispose d'un **personnel dédié** (57,14%).
- 10% des établissements ne disposant pas de places dédiées mais accueillant des PHV déclarent que le personnel est formé. **Lorsqu'ils disposent de places dédiées, les établissements déclarent pour plus de la moitié avoir un personnel formé. Ils sont 75% à disposer d'un personnel formé lorsqu'ils disposent de places dédiées au sein d'une unité spécifique.**
- Les établissements font appel en grande majorité à des **intervenants externes pour les formations** : organismes spécialisées, ESMS, associations d'utilisateurs ou d'autres acteurs (*CNFPT, formation départementales, CLIC/MAIA, infirmier de secteur psychiatrique salarié du CPO, coordinatrice de l'hôpital d'Yvetot*).

Formation des personnels en établissements



Intervenants externes ayant réalisé la formation des personnels



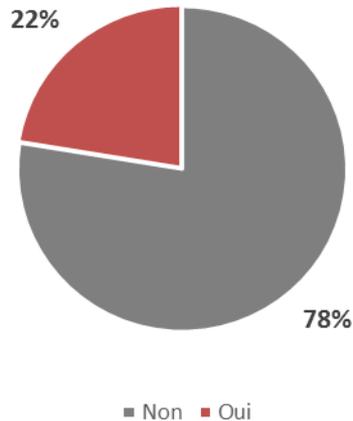
Recensement de l'offre PA sur le territoire

Résultats des questionnaires

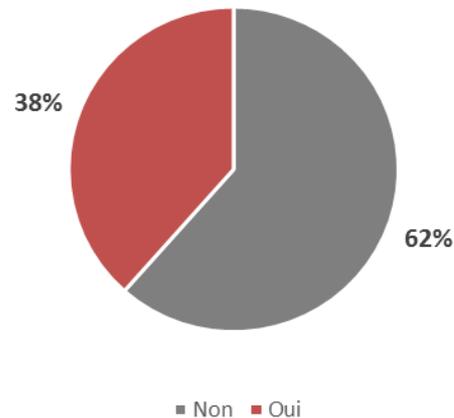


Personnel Services

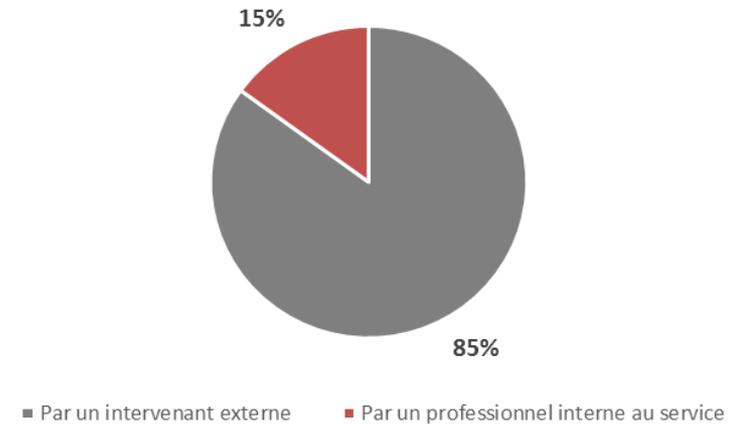
Personnels spécifiques PHV



Personnels formés PHV



Formation reçue



- **22% des services déclarent avoir un personnel spécifique pour accompagner les PHV.**
- **38% des services** déclarent que leur **personnel est formé** à la prise en charge des PHV.
- Ces formations sont le plus souvent réalisées par des **intervenants externes** :
 - Principalement des organismes spécialisés (pour 28 répondants).
 - Également CNFPT, GRAFISM, CROIX ROUGE, Foyers de Cluny, un gérontologue.

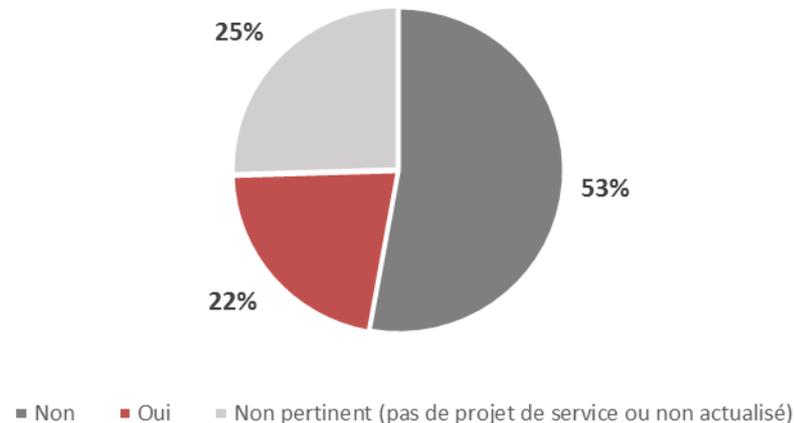


Projet d'établissement

Etablissements

- La **mention de la prise en charge des PHV ne concerne qu'un quart des établissements répondants**. A noter que les **établissements ayant des places dédiées aux PHV** mentionnent pour les **trois quarts cette prise en charge** dans leur projet d'établissement.

Mention PHV dans le projet d'établissement



Recensement de l'offre PA sur le territoire

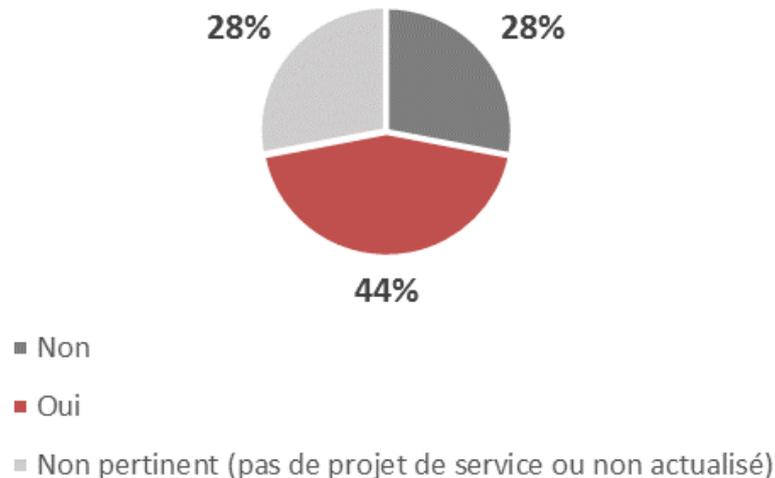
Résultats des questionnaires



Projet d'établissement Services

- La **mention de la prise en charge des PHV** concerne 44% des services répondants. A noter que plus de la moitié des SPASAD répondants (57%) déclarent que les PHV sont mentionnés dans le projet de service.

Mention PHV dans le projet de services



Recensement de l'offre PA sur le territoire

Résultats des questionnaires

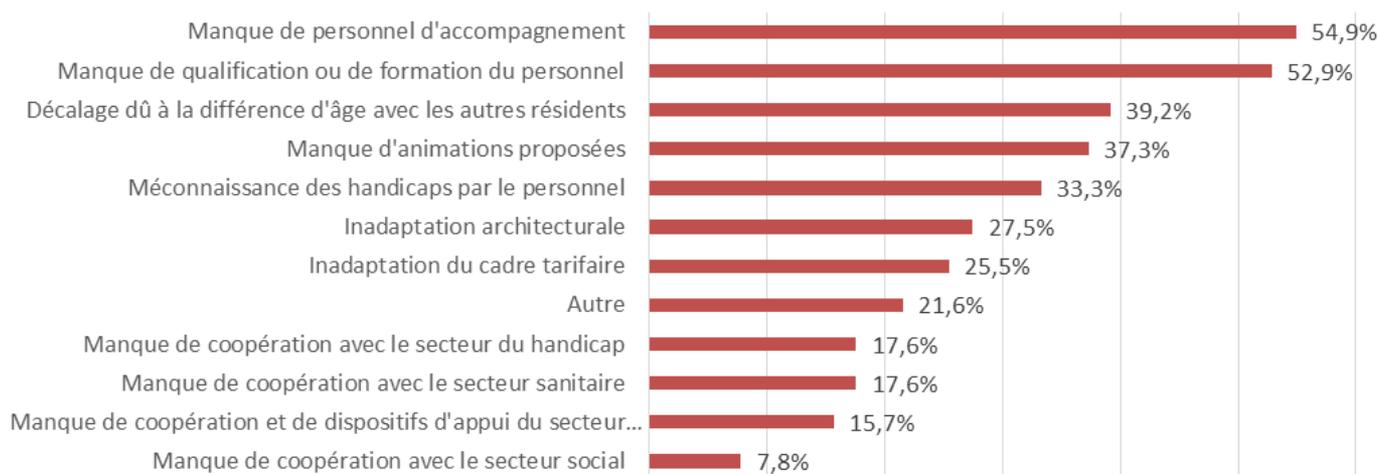


Difficultés dans l'accompagnement des PHV

Etablissements

- Près de la **moitié des établissements (46%)** déclarent rencontrer des difficultés dans l'accompagnement des PHV. Ces difficultés sont de natures diverses : le **manque de personnel** d'accompagnement ou le **manque de qualification et de formation** de ce personnel sont les critères le plus souvent cités (par un établissement sur deux). Les PHV ont tendance à solliciter davantage le personnel et à demander plus d'attention. **Le décalage dû à la différence d'âge** et le **manque d'activités adaptées** (les PHV ayant souvent besoin de plus d'occupation dans leur journée que des personnes plus âgées) sont cités par un tiers des répondants.

Difficultés citées par les établissements



Recensement de l'offre PA sur le territoire

Résultats des questionnaires



Difficultés dans l'accompagnement des PHV

Etablissements

- D'autres **difficultés dans l'accompagnement** ont pu être avancées par les répondants et notamment des problèmes de cohabitation, parfois un manque de tolérance des résidents, des difficultés dans le suivi psychiatrique et plus globalement un décalage dans le niveau d'accompagnement avec les précédentes structures. Ces difficultés appellent un **accompagnement renforcé à l'arrivée en établissement** pour favoriser l'adaptation à un nouveau rythme de vie et **prévenir le risque de vieillissement précoce**.
- Le type de difficultés identifiées varie légèrement selon le type d'établissement considéré. On note ainsi que 17,9% des **EHPAD mentionnent le manque de qualification ou de formation du personnel d'accompagnement** contre 7% des résidences autonomie. **Les résidences autonomie mentionnent plus souvent le manque d'animations proposées** (16,3%) que les EHPAD (5,1%). Par ailleurs, **elles citent plus souvent que les EHPAD un manque de coordination avec le secteur sanitaire** (9,3% contre 2,6%) et le **secteur du handicap** (11,6% contre 2,6%).



Besoins et difficultés

Etablissements

Points d'attention et leviers identifiés

Organisation des établissements

- Distinguer des situations qui ne sont pas toujours complexes pour les établissements (par exemple, accueil d'un petit nombre de PHV autonomes) permettant un aménagement à la marge de l'établissement ou à l'inverse, un accueil de PHV nombreuses, très dépendantes ou connaissant des troubles lourds (notamment psychiatriques)
- Pour ce second cas de figure, dédier des structures ou services pour les PHV (par exemple, une unité dédiée spécifique, en lien avec un EHPAD, avec un personnel dédié et spécifique)
- Adapter les grilles AGGIR et Pathos (mauvaise description de la dépendance d'une personne handicapée) et donc la tarification au regard de l'accueil de PHV (impact fort sur le GMP et le Pathos).

Coopérations

- Renforcer ou créer des partenariats avec la psychiatrie (par exemple mobilisation des équipes mobiles de psychiatrie).
- Approfondir la coopération avec le secteur du handicap (professionnels et associations).

Recensement de l'offre PA sur le territoire

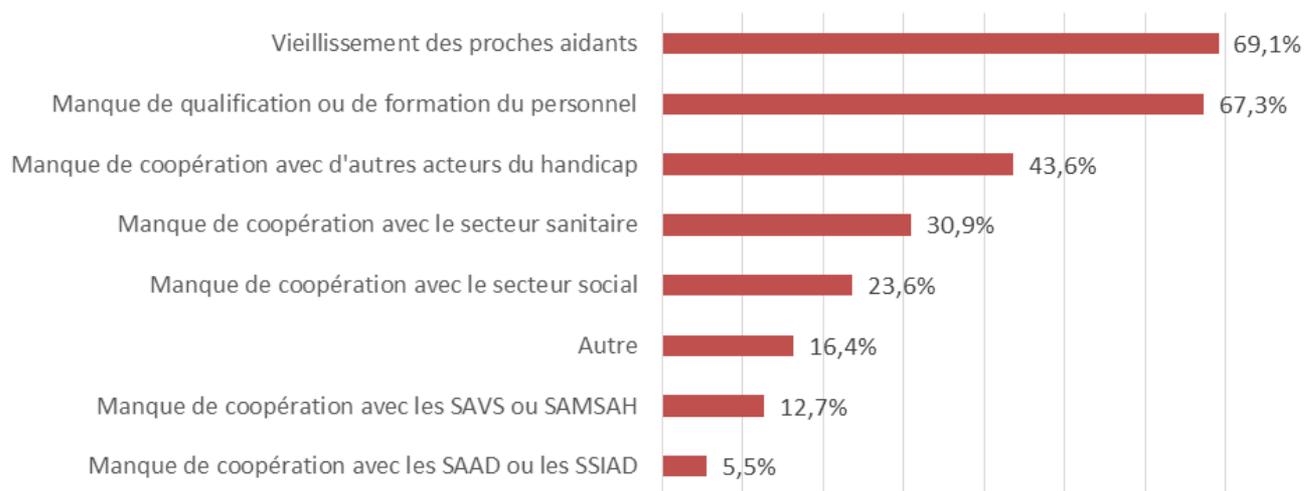
Résultats des questionnaires



Besoins et difficultés

Services

Difficultés citées par les services



- Un **service sur deux déclare** rencontrer des **difficultés dans l'accompagnement des PHV**.
- Les services intervenant auprès des PHV identifient le plus souvent comme difficultés le **manque de qualification ou de formation du personnel** et le **vieillissement des proches aidants** (près de deux services répondants sur trois). Le **manque de coopération** est également fréquemment cité, qu'il s'agisse du secteur sanitaire ou avec d'autres acteurs du secteur du handicap. Les services peuvent également assurer un rôle de prévention des risques liés à l'environnement de la personne ainsi qu'à son alimentation ou encore l'accompagner dans ses démarches administratives.



Besoins et difficultés

Services

- Il est à noter que le type de difficultés identifiées varie légèrement selon le type de services considéré. On note en particulier que les SPASAD déclarent plus souvent un manque de qualification du personnel (25% des SAAD répondants) et un manque de coopération avec le sanitaire (18,4%) que les SSIAD (19,1% et 6,4%). Les SAAD déclarent également plus souvent être confrontés à ces deux enjeux (28% et 13,4%).



Besoins et difficultés

Services

Points d'attention et leviers identifiés

Organisation des services

- Favoriser la formation des personnels notamment par des organismes spécialisés (comme GRAFISM), financer ces formations
- Augmenter le temps soignant pour la prise en charge du handicap qui se révèle plus complexe (nécessitant parfois l'intervention d'un binôme) mais aussi pour les aidants vieillissants
- Accompagner les aidants avec des solutions de répit et l'anticipation de leur disparition (projet construit avec le binôme parent-enfant).

Coopérations

- Développer des liens entre les professionnels des secteurs du handicap et sanitaire et le travail de coordination, par exemple avec des réunions de synthèse et de coordination, travailler en collaboration avec les référents proches de la personne (tuteur, équipes de soins...), disposer d'un annuaire spécifiant les rôles et missions de chacun, améliorer la transmission d'informations entre services intervenant auprès d'une même personne
- Travailler davantage avec la MPDH et avec le secteur psychiatrique en particulier.

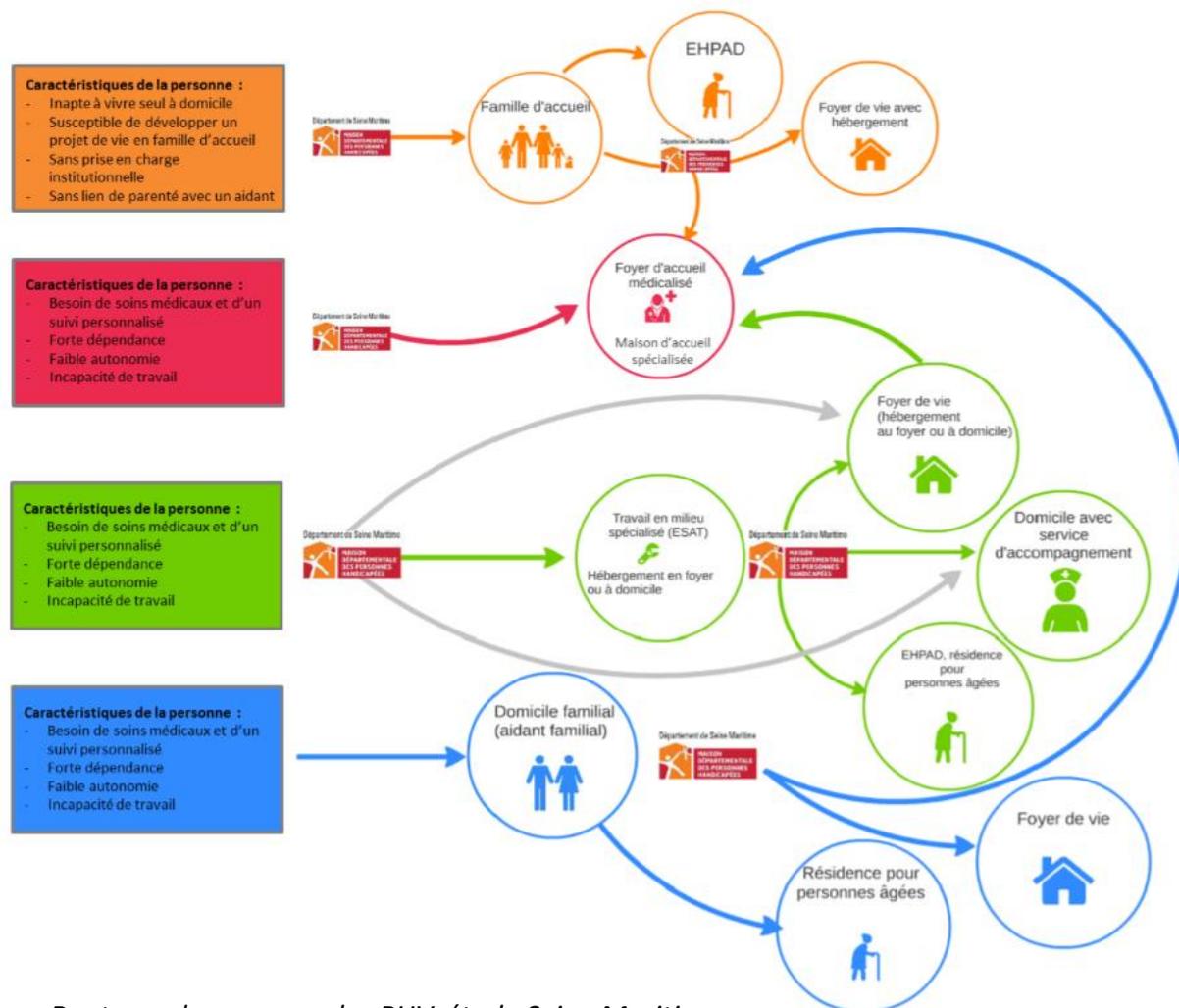
Développement d'offres complémentaires

- Favoriser l'installation d'autres professionnels, comme les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes sur le territoire pour assurer une adaptation du logement et prévenir les complications
- Développer le logement regroupé

3. Des risques de rupture identifiés

Une approche en termes de parcours

Des situations de rupture identifiées par les acteurs du territoire



Trois parcours présentant des risques de ruptures :

1. Personnes en situation de handicap **travaillant en ESAT et atteignant l'âge de la retraite**
2. Passage d'une **prise en charge par l'entourage familial** à une **institutionnalisation**
3. Passage d'une **institutionnalisation dans le secteur PH** à une **institutionnalisation dans le secteur PA**

Source : Ruptures de parcours des PHV, étude Seine Maritime

Une approche en termes de parcours



1. Sortie d'ESAT

Le passage à la retraite des travailleurs handicapés est un enjeu identifié par de nombreux acteurs du territoire : la diversité des situations nécessite une palette de solutions possibles.



- **Public concerné**

- Travailleurs handicapés d'ESAT atteignant l'âge de la retraite ou présentant des signes de vieillissement précoce.



- **Parcours possibles**

- Maintien à domicile avec un SAVS
- Entrée dans un autre établissement (en EHPAD, en FV, en FAM ou en FL avec intervention SAVS ou SAMSAH)
- Maintien en FH au-delà de l'âge autorisé



- **Problématiques rencontrées**

- Le départ à la retraite peut être vécu comme un véritable « couperet » (Colvez et Villebrun, 2003) : le TH retraité quitte à la fois son logement, son réseau professionnel et son réseau social
- Changement de rythme d'activité et de mode de vie important
- Nécessité de définir la durée de la prolongation de l'accueil dans les ESAT (risque d'avoir les mêmes effets que l'amendement Creton)
- Enjeu financier pour la personne

Solutions identifiées par les acteurs du territoire



- **Préparation à la sortie** (adaptation progressive des activités et du temps de travail)
- **Respect du projet de vie** de la personne
- **Coopération entre les structures** pour faciliter le passage d'un hébergement à un autre

Une approche en termes de parcours

2. Entrée en établissement après domicile

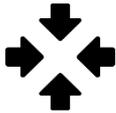


Sans anticipation et préparation à l'entrée en établissement, le passage du domicile à une structure peut être une rupture brutale pour les PHV, difficilement repérée en amont par les différents acteurs du territoire.



- **Public concerné :**

- Les personnes handicapées vieillissantes à domicile et dont les parents sont en situation de perte d'autonomie, ne peuvent plus assurer la prise en charge de leur enfant ou décèdent.



- **Situations possibles :**

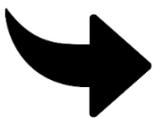
- Certains familles ont pu anticiper la gestion de « l'après eux » (Claudel, 1988) (orientation de la CDAPH anticipée). Lorsque la situation n'est pas préparée, une situation d'urgence apparaît (possible hospitalisation de la personne en cas d'absence de place, avant admission en établissement en urgence).



- **Problématiques rencontrées :**

- Des situations potentiellement « invisibles », devenant des situations d'urgence, au moment du décès ou de l'hospitalisation de l'aidant
- Des admissions en établissement en urgence, sans préparation, pouvant être très brutales pour la personne qui perd ses repères et ses liens sociaux, structures potentiellement inadaptées au handicap
- Des personnes maintenues à domicile après le départ d'aidants mais n'ayant pas l'accompagnement et le suivi nécessaires
- Une difficulté pour certaines familles à anticiper ces situations voire un refus d'envisager l'institutionnalisation

Solutions identifiées par les acteurs du territoire



- **Possibilité d'admission double en EHPAD** (parent en perte d'autonomie, enfant PHV)
- **Repérage possible des situations de fragilité par les acteurs du domicile** (SAAD, médecins traitants...)
- **Accompagnement des familles** pour l'anticipation de ces situations

Une approche en termes de parcours

3. Passage du secteur PH au secteur PA

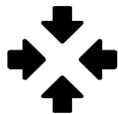


Cette situation de rupture est moins souvent mentionnée par les acteurs du territoire, compte tenu de la prise en charge par les FAM et les MAS d'une personne handicapée, quel que soit son âge.



- **Public concerné :**

- Personnes hébergées dans des structures pour personnes en situation de handicap (FAM, MAS, FV) et qui intègrent une structure pour personnes âgées.



- **Situations possibles :**

- Les FAM et les MAS sont en mesure d'accompagner une personne handicapée tout au long de la vie.
- En FV, une perte d'autonomie peut appeler à un changement de structure (et une orientation en FAM ou en EHPAD) par défaut de médicalisation ou manque de liens avec des professionnels de santé et SSIAD.



- **Problématiques rencontrées :**

- Des sorties automatiques de structures PH à partir d'un certain âge dans certains territoires, parfois inadéquates par rapport à la situation de la personne. A l'inverse, également des associations qui veulent accompagner jusqu'en fin de vie alors même que la prise en charge n'est plus adaptée.
- Refus par certains établissements d'accueillir en EHPAD des personnes venant de FAM ou MAS (handicaps trop lourds pour leur prise en charge).
- Des listes d'attente dans les FAM, obligeant des PHV à rester par défaut en FV.
- Perte de revenus pour la personne lors d'un passage d'une structure PH à une structure PA.

Solutions identifiées par les acteurs du territoire



- **Adaptation de l'offre** aux besoins de la personne
- **Respect du projet de vie** de la personne
- **Coopération entre les structures** pour faciliter le passage d'un hébergement à un autre

4. Solutions développées sur le territoire pour fluidifier les parcours

Solutions développées sur le territoire

Repérage des situations de fragilité et adaptation des outils

- **Expérimentation MAIA Caux Austreberthe et MAIA Seine et mer : repérage de la personne âgée fragile avec une PHV à domicile**



Cette coopération se traduit concrètement par une **fiche d'orientation** partagée entre CLIC et TS des UTAS. Les **CLIC et les TS de l'UTAS coopèrent et réalisent des visites conjointes à domicile** pour élaborer un plan d'aide à domicile ou bien trouver des solutions plus spécifiques pour des situations complexes (commissions pluridisciplinaires pour les cas complexes). Cette réunion permet de formuler des préconisations. La fiche créée formalise la coopération et permet le repérage des situations critiques.

- **Repérage des aidants en Seine-Maritime**

La MPDH et le Département de Seine-Maritime réalisent un **repérage de plus en plus systématique des aidants** en perte d'autonomie par le biais des **demandes de renouvellement de la PCH** (visites à domicile, vigilance instaurée à partir de 70 ans pour les primo-entrants et 75 ans pour les renouvellements, proposition du mode prestataire).



Solutions développées sur le territoire

Repérage des situations de fragilité et adaptation des outils

- **Adaptation de l'accueil en EHPAD**



Les EHPAD accueillant des PHV ont pu **adapter les règles pour correspondre aux rythme de vie propres des PHV** : par exemple, certaines PHV participent aux tâches quotidiennes de l'EHPAD. Cela suppose des **projets d'accompagnements personnalisés** ainsi qu'un **personnel référent** pour accompagner les PHV.

- **Unité PHV en EHPAD : l'exemple de l'Ermitage à Cherbourg**

A Cherbourg, l'EHPAD de l'Ermitage accueille **9 PHV** dans une **unité spécifique de l'établissement** (9 chambres et un espace de vie commune). Ces personnes accueillies sont pour l'essentiel issues du **foyer de la Renauderie avec lequel coopère l'établissement** (échanges et activités communes). Des visites sont organisées en amont de l'entrée en établissement pour faciliter la transition.

Une **organisation des journées et des activités spécifiques** sont mises en œuvre dans l'unité (sorties, activité en partenariat avec une association locale). Le **personnel accompagnant est dédié à cette unité**. L'EHPAD collabore également avec un **CMP** (intervention d'un infirmier dans tout l'établissement).

L'unité a été créée en 2009 et a connu peu de départs des personnes accueillies. Il y a actuellement une liste d'attente importante pour les places en PHV. Se pose la **question du vieillissement des résidents de l'unité**. Une des PHV accueillies, devenue plus dépendante, a pu intégrer l'EHPAD. Ce passage reste complexe, notamment parce que l'EHPAD, contrairement à l'unité, n'est pas habilité à l'aide sociale.



Solutions développées sur le territoire

Coopérations et travail partenarial

- **Des établissements regroupant champs PA et PH**



L'établissement public départemental de Grugny (Seine Maritime) regroupe diverses structures d'accueil et notamment un **foyer de vie** et un **EHPAD**. Les PHV vieillissants du FV peuvent intégrer l'EHPAD dès que des signes de vieillissement sont repérés. La transition se fait par des premiers **stages de courte durée dans l'EHPAD**. Intégrer cet EHPAD permet le **maintien des liens avec les résidents du FV**. Une animatrice est en charge des PHV pour répondre aux attentes de ce public en termes d'animations.

- **La coordination renforcée entre un EHPAD et un foyer de vie (exemple à Le SAP)**

Cette coordination est avant tout rendue possible par la **proximité géographique** des 2 établissements et par la **volonté des directrices** de fluidifier les parcours.

6 à 10 places sont ainsi réservées pour les PHV du FV. La **transition est préparée** (visite, temps de parole, préparation des familles...) et le **personnel de l'EHPAD connaît le public handicapé**, pour avoir réalisé des stages dans le FV.



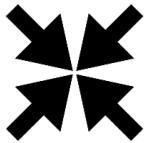
- **Groupe de travail sur l'offre PHV dans l'Avranchin**

Une **grille d'analyse du besoin de prise en charge des personnes handicapées vieillissantes** a été élaborée par un groupe de travail réunissant divers acteurs. Cette grille doit permettre de **quantifier les besoins sur le territoire** dans l'optique d'adapter les réponses.

Solutions développées sur le territoire

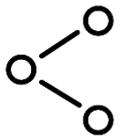
Coopérations et travail partenarial

- **Le rôle de référent accompagnement des PHV (hôpital d'Yvetot)**



Un appel à projet a été publié fin décembre 2015 pour la création à titre expérimental d'un **référent PHV porté par l'EHPAD**. L'objectif est d'organiser une entrée pertinente et non plus un « parachutage » en établissement. Ce référent est en charge **d'échanger avec les structures accueillant des personnes et ainsi pouvoir accompagner l'attente d'une place en EHPAD** en travaillant le projet de la personne handicapée vieillissante. Il s'agit de faire entendre le choix de vie de la personne et de favoriser le décloisonnement entre les secteurs. La référente intervient auprès des PHV pour faire entendre leurs choix de vie mais aussi des professionnels des différentes structures. Son action vise en effet à fluidifier les parcours des PHV, accompagner les transitions et favoriser les coopérations entre les différents acteurs.

- **Collaborations entre services PH et établissements PA**

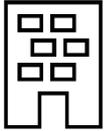


- Le **CCAS de Rouen a établi une collaboration avec un SAVS** pour qu'il intervienne en **résidence autonomie** auprès des PHV de plus de 60 ans.
- Un **SAVS renforcé en Haute-Normandie, spécialisé dans l'accompagnement des PHV**, intervient en **appui des équipes d'un EHPAD** (animation et suivi des personnes et non activités quotidiennes).

Solutions développées sur le territoire

Développement de solutions d'habitat inclusif

- **Habitat regroupé**



- Des offres d'habitat regroupé, reposant sur la mutualisation des aides, peuvent être une solution pour les PHV. Deux résidences Ti Hameau ont ainsi été créées sur le territoire, à Cherbourg et au Havre.

- **Accueil familial**

L'accueil familial est une offre également mobilisée sur les différents territoires pour accompagner les personnes handicapées vieillissantes. Les études menées par la Seine-Maritime et le Calvados mettent en évidence qu'une majorité de personnes handicapées accueillies en famille ont plus de 40 ans.



- **Seine-Maritime**

186 accueillants familiaux hébergent 272 personnes en situation de handicap, dont 120 personnes sont âgées de 45 ans ou plus (soit 64%) au 31 décembre. La durée moyenne d'accueil en famille est de 6 à 7 ans jusqu'à l'âge de 75 ans. 10% des accueillants familiaux ont un double agrément personnes âgées/personnes handicapées.



- **Calvados**

Au 30 mai 2016, 146 personnes en situation de handicap sont accueillies au sein de familles d'accueil agréées par le département du Calvados, dont 120 sont âgées de plus de 40 ans :

- 86 personnes ont entre 40 et 59 ans (soit 71,67 %) ;
- 34 personnes ont entre 60 et 79 ans (soit 28,34 %).



- **Eure**

147 personnes handicapées de plus de 45 ans sont accueillies actuellement par des accueillants familiaux.

NB : Les autres départements normands ont également une offre d'accueil familial. Les données de Seine-Maritime et du Calvados sont extraites des études réalisées par les départements sur les PHV, celles de l'Eure de l'entretien réalisée.

IV) Préconisations



- « Dégager des **solutions d'accompagnement à domicile ou en établissement** qui peuvent être différentes des solutions d'accompagnement proposées aux personnes âgées en perte d'autonomie »
- Des dispositions de la loi ASV pour les PHV :
 - Adaptation du logement privé aux contraintes de l'âge et du handicap
 - Accès aux résidences autonomie
 - Formation des aidants
- 3 leviers identifiés grâce à l'enquête réalisée auprès des ARS en 2016
 - « **Mieux repérer les signes du vieillissement derrière le symptôme de handicap** et savoir dissocier l'un de l'autre »
 - **Déterminer la solution adaptée aux besoins de la personne** entre
 - **EHPAD** (différence d'âge, cohabitation peut être difficile)
 - **Intensification de la médicalisation des structures spécialisées** (continuité de prise en charge et forte spécialisation)
 - **Solutions mixtes** (accueil PHV et parents)
 - « Veiller à **préserver et à stabiliser l'environnement de la PHV**, ce qui implique la recherche permanente d'un aménagement des modes de prise en charge afin qu'ils évoluent et s'adaptent au fur et à mesure de l'apparition des besoins liés au vieillissement et nécessite dès lors de pouvoir **disposer d'une palette de réponses diversifiées et complémentaires sur les territoires.** »



- **Enjeux et solutions identifiées à domicile**
 - Choix de vivre à domicile nécessite des **partenariats formalisés pour l'intervention de SAVS, SAMSAH, SSIAD, HAD**
 - Existence de **plateformes coopératives pour les PHV**
 - Problématique du **vieillessement de l'aidant**
 - Nécessité de **préparation de l'orientation** vers un accueil en établissement selon l'évolution du besoin

- **Reprise des préconisations du rapport Gohet**
 - accompagnement des **aidants familiaux**
 - la mise en place de **formules de répit** et d'**accueil temporaire**
 - développement des **plateformes de service** et des **équipes mobiles**
 - développement des **accueils séquentiels et à temps partiel** notamment dans les ESAT mais également dans d'autres structures pour permettre des étapes de transition
 - **habitat adapté et accompagné** par les services d'aide à domicile.

Préconisations

I) Favoriser la vie à domicile par l'accompagnement des PHV et de leurs aidants

1. Améliorer le repérage des situations de fragilité des PHV et de leurs aidants
2. Favoriser la qualité de l'accompagnement et des soins à domicile
3. Développer les solutions de répit pour soutenir les aidants

II) Adapter et diversifier l'offre d'habitat et d'hébergement pour répondre à la pluralité des situations

1. Anticiper et accompagner le passage à la retraite des travailleurs d'ESAT
2. Mobiliser les solutions existantes dans le champ personnes âgées au regard des besoins et du projet de vie de la personne
3. Adapter l'accompagnement des établissements du champ du handicap aux besoins spécifiques des PHV et faciliter les transitions
4. Encourager la mobilisation et l'expérimentation des formes d'habitat « inclusives »

III) Encourager la coopération et la coordination entre secteurs pour soutenir les établissements et faciliter les transitions

1. Favoriser les coopérations entre services et établissements pour un accompagnement adapté et facilitant les transitions
2. Développer les liens entre les secteurs, en particulier avec le champ psychiatrique, pour un travail en réseau

Préconisations

Préambule

- Une **nécessité de mieux connaître l'évolution à venir du nombre de PHV et de leur parcours** en menant un travail de projection à l'échelle de la région
- Une **observation partagée** en référence à la mise en œuvre de la **Réponse Accompagnée Pour Tous**
- Une nécessité de favoriser la **coordination des différentes politiques publiques autour des solutions pour les PHV** (opportunité de le faire au sein des tables stratégiques MAIA ou des instances de la RAPT, par exemple) et de **décliner des plans d'actions par territoire**



En lien avec le groupe de travail qui débutera en septembre 2017

Préconisations

I) Favoriser la vie à domicile par l'accompagnement des PHV et de leurs aidants - 1/3

1. Améliorer le repérage des situations de fragilité des PHV et de leurs aidants

- **Mettre en œuvre et diffuser des outils de repérage partagés** (expérimentation MAIA, vigilance renouvellement PCH et ACTP avec plan d'aide par MDPH, mobilisation des différents intervenants à domicile dont médecins traitants, SAAD...) pour identifier les fragilités et **anticiper autant que possible les situations de rupture** (voire préparer une entrée en établissement)
 - Nécessité de **favoriser le partage des outils et des bonnes pratiques** au niveau de la région
- **Sensibiliser les aidants et les PHV de plus de 60 ans** via des actions de prévention de la perte d'autonomie menées dans le cadre de la Conférence des financeurs, dans le respect du périmètre de financement de l'instance

Préconisations

1) Favoriser la vie à domicile par l'accompagnement des PHV et de leurs aidants - 2/3

2. Favoriser la qualité de l'accompagnement et des soins à domicile

- **Améliorer l'accès et la lisibilité de l'information** auprès des usagers, sur les aides disponibles à domicile ainsi que les différents modes d'intervention existants (prestataire/mandataire/CESU)
- **Encourager le travail partenarial des différents services** intervenant auprès de la personne à domicile
- **Renforcer la formation des professionnels** intervenant à domicile au handicap (notamment par des formations partagées entre les secteurs) **ainsi que la sensibilisation et la formation des aidants** (permettant de mieux accompagner la personne aidée tout en préservant l'aidant) en mobilisant les crédits disponibles dans le cadre de la section IV de la CNSA
- Encourager les **démarches qualité, notamment les labellisations et certifications** des services à domicile (par exemple, Handéo)
- Encourager une meilleure connaissance et appropriation des **recommandations de l'ANESM sur les PHV**
- **Permettre l'accompagnement par les SAVS et les SAMSAH après 60 ans** et prévoir les modalités spécifiques d'accompagnement (notamment le développement du réseau partenarial avec le secteur gérontologique)
- **Développer l'intervention des SSIAD et des SPASAD afin d'assurer la délivrance des soins nécessaires à domicile** (en lien avec le référentiel des bonnes pratiques travaillé à l'échelle régionale)
- Permettre la **mobilisation des PCPE** pour les PHV

Préconisations

1) Favoriser la vie à domicile par l'accompagnement des PHV et de leurs aidants - 3/3

3. Développer les solutions de répit pour soutenir les aidants

- **Assurer la disponibilité d'une palette diversifiée de services de soutien et de répit par territoire**, en lien avec les plateformes d'accompagnement et de répit
- **Mieux informer les aidants sur les solutions de répit existantes et les encourager à les mobiliser** (importance des professionnels - SAAD, médecins traitants... - dans l'orientation)
- **Envisager la mobilisation des AJ/HT sous-utilisés dans le domaine personnes âgées**, le cas échéant (avec nécessité de faire évoluer les autorisations et les RDAS), en dédiant des plages horaires spécifiques pour les personnes handicapées
- Mobiliser les **GEM comme solution complémentaire** (et indirecte) de répit
- **Poursuivre le développement des solutions innovantes de répit**, complémentaires aux solutions existantes, comme le répit à domicile, dans la limite des financements mobilisables
- A l'occasion des temps de répit, évaluer la situation et **préparer une potentielle entrée en établissement**

Préconisations

II) Adapter et diversifier l'offre d'habitat et d'hébergement pour répondre à la pluralité des situations – 1/4

1. Anticiper et accompagner le passage à la retraite des travailleurs d'ESAT

- Assurer **une vigilance plus systématique au travers d'une évaluation régulière des signes et conséquences du vieillissement**
- **Adapter progressivement le rythme de travail aux capacités des travailleurs vieillissants** (temps partiel) et proposer des **temps d'accueil adaptés** (repos ou maintien des acquis et préservation de l'autonomie) pour faciliter les transitions et la cessation d'activité, dans le respect du projet de vie et des besoins de la personne
 - Permettre l'accès à ces dispositifs intermédiaires à tous les travailleurs, qu'ils soient accueillis en FH ou non
 - Nécessité de mener une réflexion sur l'ouverture des FH en journée et sur les enjeux de double financement pour les départements
- **Adapter le projet d'habitat ou d'hébergement à l'évolution des besoins, en informant sur les diverses solutions possibles** : faciliter les transitions et l'intégration en résidences-autonomie, en accueil familial, anticiper les fins d'accompagnement en FH, faciliter l'entrée en EHPAD, FV... selon les besoins identifiés (assistants sociaux d'ESAT, SAVS...)
- **Développer les passerelles entre les différents hébergements situés à proximité** en laissant la possibilité à des anciens résidents de bénéficier des temps d'animation notamment
- **Garantir l'accès aux droits des personnes handicapées au moment de la retraite** en identifiant les allocations et solutions de financement disponibles en lien avec les familles et les tuteurs

Préconisations

II) Adapter et diversifier l'offre d'habitat et d'hébergement pour répondre à la pluralité des situations – 2/4

2. Mobiliser les solutions existantes dans le champ personnes âgées au regard des besoins et du projet de vie de la personne

- **Mobiliser les résidences autonomie** pour les PHV les plus autonomes (en utilisant les CPOM comme levier d'évolution de l'offre) en travaillant, en parallèle, l'ouverture du forfait autonomie aux places dédiées aux PHV.
- **Permettre l'entrée en EHPAD des PHV** ayant des besoins en soins et connaissant d'importantes limitations d'activité, au regard du projet de vie de la personne (pour ne pas faire de l'EHPAD une solution « par défaut »)
- **Adapter l'offre des EHPAD à l'accueil de PHV** (en mobilisant les CPOM et les financements complémentaires) :
 - Définir les spécificités de l'accompagnement dans les projets d'établissement
 - Encourager une meilleure connaissance et appropriation des recommandations de l'ANESM sur les PHV
 - Assurer la formation des personnels (notamment des formations partagées entre secteurs pour favoriser l'interconnaissance et l'échange de bonnes pratiques) et des stages dans les établissements PH
 - Réinterroger la pertinence du développement des unités PHV (en lien avec les orientations départementales) mais assurer la personnalisation de l'accompagnement des PHV en EHPAD
 - Accompagner les unités PHV existantes à la définition de critères d'entrée et de sortie pour ne pas rigidifier cette offre, et favoriser le passage de l'unité aux places d'EHPAD « classiques » en adéquation avec l'évolution des besoins de la personne
 - Approfondir les partenariats avec les différents secteurs, notamment psychiatrique
- **Développer les entrées « doubles »** en EHPAD, voire résidences-autonomie (parents âgés / enfants handicapés)

Préconisations

II) Adapter et diversifier l'offre d'habitat et d'hébergement pour répondre à la pluralité des situations – 3/4

3. Adapter l'accompagnement des établissements du champ du handicap aux besoins spécifiques des PHV et faciliter les transitions

- Généraliser le **repérage des signes du vieillissement et l'évaluation des besoins** qui en découlent
- Encourager une meilleure connaissance et appropriation des **recommandations de l'ANESM sur les PHV**
- **Identifier les éventuels besoins en termes de médicalisation et/ou d'accompagnement vers les soins dans les foyers de vie**, selon le profil des personnes accueillies, notamment en développant l'intervention des SSIAD en établissement
- **Identifier les éventuels besoins de renforcement de l'accompagnement en FAM et en MAS** (en termes d'animation ou parfois de médicalisation, par appel à l'HAD) au regard des besoins des publics accueillis et des moyens des établissements

NB : veiller aux conséquences de ces deux orientations (effet « amendement Creton »), invitant à une réflexion globale sur la fluidité de l'offre proposée aux personnes handicapées

- Développer les **coopérations avec les EHPAD pour faciliter les transitions** lorsque cela est possible et souhaitable (notamment passage FV/EHPAD)

Préconisations

II) Adapter et diversifier l'offre d'habitat et d'hébergement pour répondre à la pluralité des situations – 4/4

4. Encourager la mobilisation et l'expérimentation des formes d'habitat « inclusives »

- Mobiliser les **expérimentations d'habitat inclusif** pour les PHV
- Développer également les autres **formes d'habitat en « semi-autonomie »** : familles gouvernantes, résidences accueil, pensions de familles, logements éclatés...
- Mobiliser **l'accueil familial** pour répondre aux projets de vie de certaines PHV sur la base d'un projet de vie adapté.
- Assurer le **développement des partenariats avec les ESMS** des secteurs de la gérontologie et du handicap pour permettre les transitions au regard de l'évolution des besoins

Préconisations

III) Encourager la coopération et la coordination entre secteurs pour soutenir les établissements et faciliter les transitions – 1/2

1. Favoriser les coopérations entre services et établissements pour un accompagnement adapté et facilitant les transitions

- Encourager les **coopérations** et les **mutualisations de ressources entre établissements**, notamment quand ils sont situés sur un même site ou à proximité
- **Favoriser l'intervention des services dans les établissements** (par exemple SSIAD en FV ou SAVS en EHPAD pour faciliter la transition)
- Selon l'évaluation de l'expérimentation menée, **essayer le rôle de « référent parcours PHV »**, pour accompagner le projet de la personne et éviter les ruptures

Préconisations

III) Encourager la coopération et la coordination entre secteurs pour soutenir les établissements et faciliter les transitions – 2/2

2. Développer les liens entre les secteurs, en particulier avec le champ psychiatrique, pour un travail en réseau

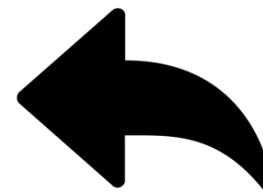
- Disposer de **personnes ressources dans les différents secteurs** (sanitaires, psychiatriques, handicap) pour sécuriser les établissements (des champs personnes âgées comme personnes handicapées), notamment dans les situations de crise/décompensation (handicap psychique)
- Développer l'intervention **d'équipes mobiles spécialisées** (en particulier psychiatriques) dans les établissements mais aussi à domicile, ainsi que l'usage de la **télé-expertise**
- **Encourager les partenariats avec le champ psychiatrique** pour développer des solutions de transition pour les personnes souffrant de pathologies psychiatriques
 - *Exemple de l'unité psychiatrique de la personne âgée (UPPA) en EHPAD dans le Doubs pour assurer la consolidation de la prise en charge spécifique du patient avant son intégration en EHPAD classique*

 À coordonner avec le groupe « santé mentale » du PRS 2

Conclusion

L'accompagnement des personnes handicapées est un défi à relever sur le territoire normand. Il s'inscrit dans les travaux conduits par l'ARS pour le **Projet Régional de Santé**, plaçant au cœur de la politique de santé des prochaines années l'accompagnement de ce public.

Pouvoir **garantir une réponse aux besoins des PHV et un parcours sans rupture** nécessite un travail partenarial renforcé entre politiques à destination des personnes âgées et politiques à destination des personnes handicapées. Les préconisations proposées précédemment doivent être articulées avec les politiques médico-sociales décrites au travers des schémas départementaux. **L'engagement des acteurs et leur collaboration**, à un niveau départemental comme interdépartemental, sont indispensables pour **l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'actions partagés**.



VOS CONTACTS

Cyrille BILLAUD

c.billaud@eneisconseil.com

Port : 06 59 34 07 89

Juliette OVELACQ

j.ovelacq@eneisconseil.com

Port : 06 66 11 46 60

Claire DE ROCQUIGNY

c.derocquigny@eneisconseil.com

Port : 06 26 59 27 64