
Master 2 Parcours AMOS

Promotion : **2025**

Date du Jury : **Septembre 2025**

**Transformer l'EHPAD
pour accueillir autrement :
vers un accompagnement adapté
des personnes handicapées
vieillissantes**

Axelle SAINT-PIERRE

Remerciements

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude au Service public Essonnien du Grand Age et du Handicap (SEGAH) pour m'avoir accueillie dans le cadre de ce stage de professionnalisation. Mes remerciements s'adressent particulièrement à Monsieur ADJALI, Directeur général, pour la confiance accordée, ainsi qu'à Madame DELEURME, Directrice générale adjointe, pour son accompagnement bienveillant et ses conseils avisés tout au long de cette expérience.

Je souhaite également remercier l'ensemble des directeurs et adjoints de direction des établissements du SEGAH qui ont accepté de partager leurs expertises et leurs pratiques, ainsi que les équipes pluridisciplinaires, pour leur disponibilité, leur implication et la richesse des échanges. Leur engagement quotidien auprès des résidents, et tout particulièrement des personnes handicapées vieillissantes, a été une source d'inspiration constante pour nourrir ma réflexion et enrichir ce travail.

Je remercie également toutes les personnes interrogées dans le cadre de cette recherche, qu'elles soient professionnelles, partenaires institutionnels ou proches aidants. Par leurs témoignages et leurs sincérités, elles ont permis de donner à ce mémoire une dimension humaine essentielle, au-delà des chiffres et des concepts.

Un remerciement tout particulier aux personnes handicapées vieillissantes qui ont accepté de témoigner. Par leurs mots, leurs silences parfois, et la confiance qu'elles m'ont accordée, elles ont offert à ce mémoire une part de leur vécu et de leur histoire. Leur voix, singulière et précieuse, rappelle que derrière chaque terme institutionnel se trouve une personne, un parcours, et une dignité qui méritent toute notre attention.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
METHODOLOGIE	4
1 PARTIE 1 – VIEILLIR AVEC UN HANDICAP : ENJEUX ET CONDITIONS D’UN ACCOMPAGNEMENT ADAPTE EN EHPAD	7
1.1 – COMPRENDRE LES PHV ET LEUR PARCOURS DE VIE.....	7
1.1.1 Les PHV : définitions, diversité, parcours de vie, ruptures.....	7
1.1.2 Spécificités du vieillissement : vieillissement prématuré et impacts	9
1.1.3 Parcours de vie : domicile, FAM, MAS, et effets des ruptures	10
Données démographiques et perspectives territoriales	12
1.2 – L’ENTREE EN EHPAD : DISPOSITIFS, PARCOURS ET ENJEUX	13
1.2.1 Entrées depuis le domicile : adaptation progressive	13
1.2.2 Entrées depuis des établissements : repères déjà intégrés	15
1.2.3 Dispositifs d’orientation : Communauté 360, Equipes mobiles, Appels à projets PHV 2019	16
1.2.4 Propositions de parcours progressif : accueil de jour, temporaire, permanent	17
1.2.5 Apport des aidants familiaux ou tuteurs, constats et témoignages.....	19
1.3 REFERENTIELS ET CADRES D’ACTION	20
1.3.1 La loi 2002-2, outils obligatoires et projet personnalisé	20
1.3.2 La Charte Romain JACOB (2014) et la réforme SERAFIN-PH.....	22
1.3.3 Évaluation HAS et recommandations nationales	23
1.3.4 Témoignages de professionnels : écarts de pratiques et besoins de structuration	25
1.3.5 Éléments de posture éthique : liberté, consentement, singularité	26
2 PARTIE 2 – TRANSFORMER LES EHPAD POUR UN ACCOMPAGNEMENT INCLUSIF DES PHV	29
2.1 – CADRE DE VIE ET PRATIQUES DU QUOTIDIEN	29
2.1.1 Accessibilité des lieux, du matériel, limites des structures existantes	29
2.1.2 Matériel et aides techniques : adapter à la diversité des PHV	31
2.1.3 Cohabitation PHV / PA : effets sur la vie sociale, projet de vie individualisé	32
2.1.4 Activités, animations, communication adaptée	33
2.1.5 - Articulation médico-sociale et sanitaire, rythmes et projets de vie	35
2.1.6 Focus : Amendement Creton, Inégalités territoriales, Saturation de l’offre....	36

2.2	RESSOURCES HUMAINES ET ORGANISATION DU TRAVAIL	38
2.2.1	Compétences, postures, formations : évolution des pratiques professionnelles 38	
2.2.2	Verbatims des agents : résistances, transformations, leviers managériaux ..	39
2.2.3	Référents handicap et appuis spécialisés (éducateurs, psychologues...)	40
2.2.4	Équipes mutualisées ou dédiées : avantages, limites, repères fixes	42
2.2.5	Proposition d'un cadre socio-éducatif transversal SEGAH.....	43
2.2.6	Qualité de vie au travail : charge mentale, prévention de l'usure	44
2.3	PILOTAGE ET LEVIERS DE TRANSFORMATION A L'ECHELLE DU SEGAH	45
2.3.1	Gouvernance locale et coopérations : cartographie des acteurs	45
2.3.2	Tarification spécifique PHV dans l'Essonne	46
2.3.3	Un projet inter-EHPAD pour le SEGAH : structuration d'une expertise	48
2.3.4	Évaluation, capitalisation, essaimage	48
2.3.5	Posture du D3S : régulation, pilotage, rôle du collectif	49
	CONCLUSION GENERALE.....	53
	Bibliographie	55
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

A

AAH Allocation aux Adultes Handicapés
AES Accompagnant Educatif et Social
AGGIR Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
AMI Appel   Manifestations d'Intérêt
AMP Assistant Médico-Psychologique
ARS Agence Régionale de Santé
AVQ Activité de la Vie Quotidienne

C

CASF Code de l'Action Sociale et des Familles
CD Conseil Départemental
CMP Centre Médico-Psychologique
CNC PH Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées
CNIGEM Collectif National InterGroupes d'Entraide Mutuelle
CNSA Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie
CRA Centre Ressources Autisme
CSMS Commission sociale et médico-sociale
CVS Conseil de Vie Sociale

D

DREES Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DUERP Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnelles
D3S Directeur d'établissements sanitaires, sociales et médico-sociaux

E

EAM Etablissement d'Accueil Médicalisé
EANM Etablissement d'Accueil Non Médicalisé
EHESP Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMA-PHV 91 Equipe mobile d'aide aux aidants-PHV 91
ERP Etablissement Recevant du Public
ESAT Etablissement et service d'accompagnement par le travail
ESMS Etablissement et service médico-social
ESMSS Etablissement et service social et médico-social

F

FAMFoyer d'Accueil Médicalisé

G

GIR.....Groupe Iso-Ressources

GMPGroupe Iso-Ressources Moyen Pondéré

H

HAS.....Haute Autorité Santé

I

IDECInfirmier diplômé d'état Coordonnateur

IGASInspection Générale des Affaires Sociales

IME.....Institut Médico-Educatif

IReSP.....Institut pour la Recherche en Santé Publique

L

LFSSLoi de Financement de la Sécurité Sociale

M

MASMaison d'Accueil Spécialisée

MDPHMaison Départemental des Personnes Handicapées

P

PA.....Personne Agée

PASAPôle d'Activités et de Soins Adaptés

PH.....Personne Handicapée

PHV.....Personne Handicapée Vieillissante

PMPPathos Moyen Pondéré

Q

QVT.....Qualité de Vie au Travail

R

RH.....Ressources Humaines

S

SEGAH.....Service public Essonnien du Grand Age et du Handicap

SERAPHIN-PH.....Services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées

SESSAD.....Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile

U

UPHVUnité pour Personnes Handicapées Vieillissantes,

USLDUnité de Soins Longue Durée

UVP.....Unité de Vie Protégée,

INTRODUCTION

Depuis les années 1980, les progrès médicaux, technologiques et sociaux ont profondément modifié l'espérance de vie des personnes en situation de handicap. Là où nombre d'entre elles étaient auparavant confrontées à des décès précoces, il est désormais fréquent qu'elles atteignent ou dépassent l'âge de 60 ans, selon l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance, le nombre évalué est de 635 000 dont 267 000 sont âgées de 60 ans ou plus¹. Ce phénomène, encore relativement récent, conduit à l'émergence d'un nouveau public : les personnes handicapées vieillissantes (PHV). Cette transition démographique interroge les politiques publiques, les organisations médico-sociales et les représentations collectives. Elle fait émerger des besoins complexes, à l'intersection du vieillissement, du handicap, de la perte d'autonomie et de l'inclusion sociale.

Sous l'appellation de « PHV » se regroupent des profils extrêmement variés. Certaines personnes ont été atteintes précocement d'un handicap moteur, sensoriel ou cognitif, d'autres présentent des déficiences liées à des pathologies évolutives, parfois rares, ou à des troubles psychiques stabilisés. Le vieillissement agit sur ces trajectoires de manière différenciée, avec une accélération de la perte d'autonomie, une usure précoce des fonctions corporelles, et une complexification des accompagnements requis. Cette diversité rend difficile toute approche standardisée, et oblige à développer des réponses adaptées et contextualisées, respectueuses des parcours, des aspirations et des singularités.

Le passage du secteur du handicap vers celui du grand âge constitue une rupture structurelle pour les PHV, tant du point de vue des institutions que des pratiques. Les établissements pour personnes âgées (PA), notamment les EHPAD, sont souvent mal préparés à accueillir des personnes présentant des troubles du développement, des comportements atypiques ou des habitudes de vie différentes. De plus, les outils d'évaluation (AGGIR, PATHOS), les référentiels de soins et les modalités de financement sont rarement conçus pour prendre en compte la complexité de ces situations. Ce basculement, lorsqu'il est mal préparé, peut générer un sentiment de relégation, d'inadaptation, voire de maltraitance institutionnelle. Pourtant, l'EHPAD peut devenir un lieu de vie pertinent pour les PHV, à condition d'en repenser l'organisation, les postures professionnelles et le projet d'accompagnement.

¹ Les personnes handicapées vieillissantes : une approche à partir de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID), Etudes et résultats n°204 paru le 01/12/2002 de la DRESS par Héléne MICHAUDON

Dans ce contexte, le Service public Essonnien du Grand Age et du Handicap (SEGAH), acteur public gestionnaire de huit Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), un Etablissement d'Accueil Médicalisé (EAM) et un Etablissement d'Accueil Non Médicalisé (EANM) dans le département de l'Essonne, se trouve en position stratégique pour anticiper, structurer et expérimenter des réponses adaptées à l'accueil des PHV. Plusieurs de ces établissements accueillent déjà, de manière croissante, des personnes issues de parcours médico-sociaux complexes, notamment en provenance de foyers d'accueil médicalisés (FAM), de maisons d'accueil spécialisées (MAS), ou directement du domicile. Cette réalité interroge les équilibres internes des établissements, la formation des professionnels, mais aussi la gouvernance globale du groupement. Dans cette perspective, le SEGAH constitue un terrain d'étude privilégié pour analyser les conditions d'un accompagnement inclusif des PHV en EHPAD, à l'interface entre le secteur du handicap et celui des personnes âgées.

Ce mémoire part de l'hypothèse que les EHPAD peuvent devenir des lieux d'inclusion et d'épanouissement pour les PHV, à condition que leurs modalités d'organisation, leurs ressources humaines, leur cadre de vie et leur gouvernance soient repensés de manière transversale et structurée. Il s'agit ainsi de répondre à la question suivante : Comment les EHPAD peuvent-ils adapter leur fonctionnement pour garantir un accompagnement respectueux, inclusif et structuré des personnes handicapées vieillissantes ?

Les objectifs de ce mémoire sont triples :

- Analyser les enjeux liés au vieillissement des personnes en situation de handicap et leurs implications pour l'accompagnement en EHPAD ;
- Identifier les conditions concrètes et organisationnelles d'un accompagnement adapté, à travers les exemples des établissements du SEGAH ;
- Proposer des pistes opérationnelles de transformation, capitalisables et transférables à d'autres établissements.

Le présent travail s'appuie sur une méthodologie mixte, combinant plusieurs sources d'analyse :

- Entretiens semi-directifs avec des directeurs d'EHPAD, des professionnels du soin et de l'accompagnement, des cadres de santé, des éducateurs spécialisés et des aidants ;
- Analyse documentaire des textes juridiques, rapports institutionnels, guides professionnels et projets d'établissement du SEGAH ;

- Observations de terrain dans plusieurs EHPAD accueillant des PHV, centrées sur les pratiques du quotidien et les interactions sociales ;
- Analyse des grilles tarifaires et des outils de planification internes (GMP, PMP, coupe PATHOS, DUERP) pour évaluer les marges de manœuvre financières et structurelles.

Cette approche permet une compréhension fine des réalités de terrain, tout en les replaçant dans une réflexion stratégique plus large, propre aux fonctions d'un D3S.

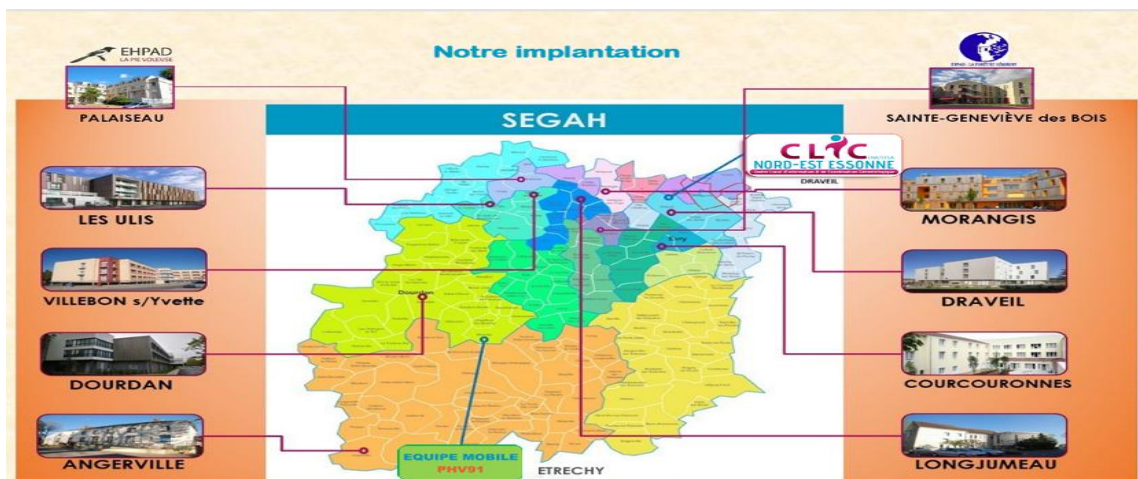
Le mémoire s'articule en deux grandes parties. La première partie revient sur les parcours de vie des PHV, les spécificités de leur vieillissement, les modalités d'entrée en EHPAD et les cadres juridiques et éthiques qui orientent l'action. Puis, la deuxième partie explore les leviers de transformation possibles à l'échelle des établissements et du SEGAH : cadre de vie, pratiques professionnelles, organisation du travail, gouvernance et pilotage stratégique. Elle propose des pistes concrètes pour structurer une démarche inclusive, adaptée aux besoins des PHV.

Et enfin, un guide pratique en annexe propose des outils directement mobilisables par les directeurs d'EHPAD souhaitant structurer une politique d'accueil des PHV dans leur établissement.

METHODOLOGIE

A) Contexte et genèse

Dans le cadre de ma formation de directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social à l'EHESP, j'ai réalisé mon stage de professionnalisation au sein du SEGAH, un service public interdépartemental regroupant 8 EHPAD répartis sur le département essonnien, 1 EANM à Angerville et 1 EAM à Dourdan. D'après le rapport social unique 2024², le SEGAH compte 505 agents physiques répertoriés dans les filières professionnelles de la façon suivante : 41 administratifs, 440 soignants, 10 socio-éducatifs et 14 techniques. De plus, selon le rapport du SENAT sur l'autonomie de Février 2025 *"Le vieillissement de la population et l'augmentation des situations de perte d'autonomie posent un défi structurel à notre modèle médico-social"*³. A ce titre, le SEGAH propose, sur l'ensemble du territoire essonnien, une offre diversifiée comprenant de l'accueil de jour, de l'hébergement temporaire ou permanent, des Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), des Unités de Vie Protégée (UVP), et au sein de 3 EHPAD, des Unités pour Personnes Handicapées Vieillissantes (UPHV) situées à Morangis (13 places), Draveil (12 places) et Dourdan (12 places, en plus de l'EAM Symphonie de 15 places à DOURDAN). En sus, une équipe mobile d'aide aux aidants (EMA-PHV 91) et un Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique) complètent cette offre.



À partir d'octobre 2025, le SEGAH va ouvrir un nouvel établissement de 84 places de PHV à Ballancourt, puis étendre l'EHPAD de Morangis pour accueillir 14 places supplémentaires dédiées aux PHV en Janvier 2026.

² Rapport social unique 2024 - SEGAH

³ Sénat – Commission des affaires sociales (2025). *Rapport d'information sur l'adaptation du modèle médico-social face au vieillissement démographique* (déposé le 5 février 2025).

Ce développement fait suite à l'appel à projets conjoint ARS et CD91 de 2019⁴. En parallèle, la mise en place de l'équipe mobile renforce cette nouvelle orientation stratégique vers l'accompagnement des PHV. Cette dynamique m'a conduite à m'interroger sur les conditions de réussite de cette politique, dans une perspective de contribution à la réflexion stratégique du SEGAH et d'outillage des futurs directeurs d'établissements accueillant des PHV. En sachant que selon le rapport du SENAT de Février 2025⁵ « *Le modèle de l'EHPAD tel qu'il s'est construit ces vingt dernières années montre ses limites. Il est aujourd'hui confronté à une triple crise : crise d'image, crise d'attractivité et crise financière* ».

B) Objectifs de la recherche

Ce mémoire poursuit trois objectifs :

- Proposer un diagnostic fondé sur l'expérience des trois UPHV existantes pour alimenter les futures ouvertures,
- Élaborer un guide méthodologique à destination des futurs directeurs souhaitant accueillir des PHV,
- Nourrir ma propre réflexion dans le cadre de ma prise de fonctions imminente à la tête d'un EHPAD doté d'UPHV.

De manière plus large, cette recherche vise à identifier les conditions de réussite d'un accompagnement adapté, respectueux et soutenable pour les PHV en EHPAD, en lien avec les obligations du D3S : contribution à la politique publique locale, intégration dans un réseau sanitaire et médico-social, et gestion stratégique des ressources.

C) Méthodologie et recueil des données

La méthodologie adoptée repose sur une approche qualitative, centrée sur l'analyse des pratiques professionnelles et des expériences vécues par les PHV, les professionnels et les aidants.

Les données ont été recueillies à partir :

- D'une revue de littérature et de documents stratégiques (Rapports de la Cour des comptes, appels à projets, textes réglementaires),
- D'observations de terrain, notamment lors de déplacements dans les unités PHV et au domicile d'aidants,

⁴ Réponse à l'appel à projets ARS-CD de 2019

⁵ Sénat – Commission des affaires sociales (2025). *Rapport d'information sur l'adaptation du modèle médico-social face au vieillissement démographique* (déposé le 5 février 2025).

- D'entretiens semi-directifs réalisés avec :
 - Les professionnels des 3 UPHV du SEGAH,
 - 3 à 4 PHV par site (en individuel ou en groupe),
 - Un aidant familial,
 - Des responsables d'établissements et de foyers de vie accueillant des PHV,
- De la participation à des événements professionnels, dont le salon SANTEXPO (Conférence FHF du 20 mai 2025 intitulée « *Une société plus inclusive pour les personnes en situation de handicap : de l'ambition à la réalisation* »).

Ces entretiens, d'une durée comprise entre 40 minutes et 1h30 pour les professionnels ou de 4 minutes à 1 heure pour les PHV, ont été intégralement retranscrits afin d'en extraire les verbatims et nourrir l'analyse thématique. Le tableau des enquêtes figure en Annexe 2.

D) Limites méthodologiques

Cette recherche présente plusieurs limites. D'une part, l'échantillon des personnes interrogées, bien que varié, reste restreint et non représentatif à l'échelle nationale. D'autre part, les entretiens avec les PHV ont nécessité des adaptations spécifiques selon les capacités d'expression, ce qui a pu limiter la profondeur de certains échanges. Enfin, ma double posture d'élève directrice et future directrice de site peut influencer les discours recueillis.

1 PARTIE 1 – VIEILLIR AVEC UN HANDICAP : ENJEUX ET CONDITIONS D'UN ACCOMPAGNEMENT ADAPTE EN EHPAD

Le vieillissement des personnes en situation de handicap modifie en profondeur les dynamiques de prise en charge dans les établissements médico-sociaux. Cette première partie vise à éclairer les parcours de vie des PHV, les spécificités de leur vieillissement, les modalités d'entrée en EHPAD, ainsi que les référentiels qui encadrent leur accompagnement. Comprendre ces éléments de contexte est indispensable pour envisager ensuite les transformations à engager au sein des établissements.

1.1 – COMPRENDRE LES PHV ET LEUR PARCOURS DE VIE

Pour répondre de manière adaptée aux besoins des PHV, encore faut-il comprendre leurs trajectoires de vie et la diversité de leurs profils. Cette sous-partie revient sur les définitions, les ruptures vécues dans les parcours, les effets du vieillissement prématuré et les dynamiques territoriales qui influencent leur orientation.

1.1.1 Les PHV : définitions, diversité, parcours de vie, ruptures

Le vieillissement des personnes en situation de handicap est un phénomène de plus en plus visible, à mesure que les progrès médicaux, les politiques d'inclusion et l'allongement de l'espérance de vie permettent aux personnes handicapées d'atteindre, voire de dépasser, l'âge de 60 ans. La notion de PHV est pourtant encore peu stabilisée sur le plan juridique et institutionnel, bien qu'elle fasse l'objet de réflexions croissantes dans les politiques publiques.

A) Une notion sans définition officielle, mais des réalités concrètes

La loi du 11 février 2005⁶ définit le handicap comme « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie [...] en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions* ». Elle ne précise cependant pas ce qu'est une personne handicapée vieillissante. En pratique, on considère comme PHV toute personne ayant été reconnue en situation de handicap avant 60 ans et qui avance en âge avec ce handicap. Cette définition inclut des personnes aux profils très variés : déficience intellectuelle, troubles du spectre autistique, handicaps moteurs, sensoriels ou psychiques. À mesure que la personne vieillit, de nouvelles fragilités apparaissent, et le cadre de vie antérieur peut devenir

⁶ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, *Journal officiel de la République française*, 12 février 2005

inadapté, posant la question du « *passage en établissement pour personnes âgées* », souvent en EHPAD.

B) Un cumul de vulnérabilités : handicap et vieillissement

Vieillir avec un handicap, ce n'est pas seulement vieillir « comme tout le monde » avec des limitations supplémentaires. C'est cumuler des restrictions déjà anciennes avec celles liées à l'âge : fatigue, perte de repères, pathologies somatiques (arthrose, diabète, troubles de la vision ou de l'audition). Pour certaines pathologies, le vieillissement intervient même de manière anticipée, comme chez les personnes porteuses de trisomie 21, dont les signes de vieillissement cognitif peuvent apparaître dès 40 ou 50 ans. À cela s'ajoute un phénomène souvent sous-estimé : le vieillissement parallèle des aidants familiaux, eux-mêmes devenant dépendants, entraînant des ruptures majeures dans l'accompagnement. Selon une aidante familiale pour un éventuel retour de Belgique pour le site de Ballancourt « *Moi, j'ai 75 ans, je ne peux plus m'en occuper comme avant, c'est pour ça qu'on pense à l'EHPAD. Mais c'est très dur, je culpabilise...* ».

C) Des parcours de vie segmentés et souvent chaotiques

Un grand nombre des PHV ont connu une prise en charge dans des établissements spécialisés pour enfants (IME, SESSAD), puis adultes (FAM, MAS, foyers de vie). Le système français reste marqué par une logique de filières cloisonnées, sans continuité systématique avec le secteur personnes âgées. Pour le PHV Y de DRAVEIL : « *J'ai vécu 30 ans au Mexique, je suis revenu en France en 2018, rapatrié pour raisons de santé. J'avais 52 ans, j'ai eu du mal à trouver une structure... c'est l'unité PHV ici qui m'a accueilli* ».

Ces parcours sont souvent jalonnés de ruptures :

- Ruptures de lieux de vie, avec des déménagements imposés faute de structures adaptées à l'avancée en âge,
- Ruptures relationnelles (perte de repères, d'aidants, de professionnels référents),
- Ruptures de projet de vie, du fait d'un basculement vers des établissements non préparés à accompagner un handicap ancien.

Selon le PHV Z⁷ de DRAVEIL : « *J'habitais au foyer de Brunoy et je travaillais dans les ESAT à Paris* », soit un parcours de vie actif avec un passé professionnel inclusif. Pour un autre profil, PHV X de DRAVEIL : « *Je suis ici parce que je pouvais plus faire mon ménage, la vaisselle... Y avait des cafards, j'étais en psychiatrie.* » ; l'illustration d'une situation de bascule brutale vers l'EHPAD pour des raisons d'auto-négligence et d'isolement. Ces discontinuités fragilisent fortement les personnes concernées, altèrent

⁷ Des lettres ont été utilisées pour anonymiser les identités des PHV

leur qualité de vie et compliquent l'adaptation dans les structures d'accueil, comme les EHPAD.

1.1.2 Spécificités du vieillissement : vieillissement prématuré et impacts

Le vieillissement des personnes en situation de handicap ne se superpose pas au vieillissement dit « ordinaire ». Il présente des spécificités liées à la nature du handicap initial, aux conditions de vie antérieures et à la faible anticipation institutionnelle de cette transition. Les professionnels rencontrés s'accordent sur une réalité fréquemment observée : les personnes handicapées vieillissent souvent plus tôt, plus vite et dans des conditions moins favorables que la population générale⁸.

A) *Un vieillissement précoce reconnu*

Certaines pathologies induisent un vieillissement anticipé. Par exemple, les personnes porteuses de trisomie 21 développent fréquemment des symptômes de démence ou de déclin cognitif dès l'âge de 40 à 50 ans. D'autres formes de déficience intellectuelle ou de handicap psychique peuvent également accélérer le processus de dépendance, notamment lorsque les conditions de vie antérieures ont été marquées par la sédentarité, un accès limité aux soins ou une médicalisation précoce.

Les données disponibles confirment cette tendance. Selon un article de CAIRN : « *La majorité de personnes handicapées avance en âge de façon quasi superposable à celle de la population générale. Elles sont assujetties dès lors aux mêmes ralentissements et dysfonctionnements progressifs. Elles sont confrontées alors elles aussi aux problèmes de santé et de vieillissement physique et cognitif.* »⁹ La DREES relève également que les trajectoires de soins sont souvent inadaptées à l'évolution des besoins avec l'âge, faute d'anticipation et d'ajustement des dispositifs.¹⁰

B) *Une perte d'autonomie plus difficile à évaluer*

L'une des spécificités majeures du vieillissement des PHV est la complexité d'évaluation de la perte d'autonomie. Les grilles classiques, telles que AGGIR ou PATHOS, sont peu adaptées pour des personnes dont le niveau d'autonomie a toujours été partiellement restreint. Par conséquent, distinguer ce qui relève du handicap initial ou de l'usure liée à l'âge devient particulièrement délicat. Cette difficulté d'évaluation engendre des conséquences concrètes sur la reconnaissance des besoins : inadéquation des ressources allouées, difficultés d'orientation, sous-estimation des besoins en soins ou

⁸ Vidal (18 février 2025). *Personnes handicapées vieillissantes : nouvelle population, nouveaux défis pour les soignants*. L'article souligne que les signes de vieillissement chez les personnes handicapées doivent être anticipés dès 40-45 ans

⁹ Les personnes handicapées vieillissantes : espérance de vie et de santé, qualité de vie – Une revue de la littérature RFAS n°2-2005

¹⁰ DRESS-ONDPS-Personnes âgées polypathologiques : quels enjeux de démographie médicale ? Décembre 2019

en accompagnement social. Elle est également source de frustration pour les professionnels qui peinent à faire valoir la spécificité des situations rencontrées dans les unités PHV.

C) *Des impacts multiples sur la qualité de vie*

Le vieillissement prématuré affecte la qualité de vie des PHV sur plusieurs plans :

- Sur le plan physique, on observe une majoration des troubles de la motricité, une fatigue accrue, une aggravation des troubles sensoriels ou digestifs, avec des conséquences sur l'alimentation, la mobilité et la communication.
- Sur le plan psychologique, la perte de repères, les modifications du corps et les changements de rythme de vie peuvent générer des angoisses, de l'agressivité, du repli sur soi, voire des troubles du comportement.
- Sur le plan relationnel, les liens avec les aidants s'effritent lorsque ceux-ci vieillissent également, et les relations avec les autres résidents peuvent être altérées, en particulier lorsqu'il s'agit d'intégrer une structure pour personnes âgées.

Ces transformations imposent une adaptation constante des équipes d'accompagnement, dans un contexte où les formations spécifiques restent encore peu répandues. L'accompagnement des PHV ne peut donc se limiter à une réponse standardisée du champ gérontologique : il nécessite une approche différenciée, à la croisée des secteurs du handicap et du vieillissement. Pour le PHV Y de DRAVEIL : « *Je suis autonome, je me douche seul, mais au repas, il faut qu'on m'aide. On me dit ce que j'ai devant moi, je mange tout seul ensuite.* » Ce qui atteste d'une adaptation fine des pratiques, selon les besoins réels et pour le PHV Z de DRAVEIL : « *Je fais la vaisselle, je m'occupe, j'aide aussi. Je suis autonome, et j'ai un compagnon à l'hôpital Psy* », ce qui valorise le besoin d'attention et le lien affectif stable.

1.1.3 **Parcours de vie : domicile, FAM, MAS, et effets des ruptures**

Les parcours de vie des personnes handicapées vieillissantes sont rarement linéaires. Ils sont souvent marqués par une alternance entre hébergement familial, établissements spécialisés pour adultes en situation de handicap et, plus récemment, maisons de retraite médicalisées. À mesure que les personnes vieillissent, ces trajectoires institutionnelles se complexifient.

A) *Des trajectoires longues dans le champ du handicap*

La majorité des PHV a été accompagnée, depuis l'enfance ou l'adolescence, dans des structures médico-sociales spécialisées. Ces établissements répondent aux besoins spécifiques des personnes handicapées adultes, mais leur fonctionnement est

généralement peu adapté au vieillissement : amplitude horaire, projet d'activités, présence de personnel éducatif plutôt que soignant, organisation des soins limitée. De plus, le rôle des aidants face aux contraintes logistiques, affectives et économiques est actif ; Aidant d'un PHV admis en Belgique pour un retour éventuel sur le site de BALLANCOURT : « *C'est une enfant de la résidence, elle va retrouver JC, des personnes qui l'ont connue enfant.* ». Ce qui montre une trajectoire complexe mais représentative de nombreux PHV placés à l'étranger. Avec l'apparition de troubles liés à l'âge ou la perte de leurs capacités fonctionnelles, certaines PHV ne peuvent plus être maintenues dans ces établissements. Le manque d'alternatives conduit alors à leur réorientation vers des EHPAD, établissements peu préparés à accueillir des personnes issues du secteur du handicap.

B) Le domicile : un lieu de vie souvent précaire pour les PHV

Certaines PHV ont vécu ou continuent de vivre au domicile, seules ou avec leurs proches. Ce mode de vie peut favoriser la stabilité affective et sociale, mais il devient difficile à maintenir dans le temps, en particulier lorsque les aidants familiaux avancent eux-mêmes en âge ou décèdent.

Les services d'aide à domicile sont souvent inadaptés à la complexité des situations : les professionnels sont peu formés au handicap, les interventions sont morcelées, et les dispositifs de coordination restent embryonnaires. La transition vers un établissement devient alors inévitable, souvent dans l'urgence, ce qui accentue le risque de rupture. Un aidant familial dont l'enfant PHV est accueilli en Belgique : « *Si son père était toujours là, elle n'aurait jamais été en Belgique.* ». En effet, les trajectoires des PHV dépendent fortement de l'environnement familial et des accidents de la vie ; « *Dans la région, rien n'était fait pour elle ou alors il n'y avait pas de place* ». Le recours à l'étranger a été fortement mobilisé en raison de l'absence de solutions adaptées en France à une époque donnée. Les ruptures de parcours sont fréquentes chez les PHV, elles sont d'autant plus marquantes lorsque le passage vers l'EHPAD se fait sans préparation, sans accompagnement progressif, et sans lien avec les institutions antérieures. Certaines initiatives locales cherchent pourtant à limiter ces effets : partenariats entre FAM et EHPAD, dispositifs d'accompagnement à la transition, admissions progressives. Dans le Loiret, l'équipe relais d'Aésio Santé accompagne la transition des PH vers les EHPAD mais ces démarches restent encore ponctuelles, faute de cadre formalisé et de coordination intersectorielle.

Données démographiques et perspectives territoriales

La question des PHV s'inscrit dans une dynamique démographique en forte évolution. Alors que la population française vieillit globalement, on observe également une augmentation constante du nombre de personnes en situation de handicap atteignant l'âge de la retraite ou entrant dans le grand âge. Selon un article de la CNSA publié le 28 février 2019¹¹, 7 % des personnes handicapées avançant en âge ont déclaré ne pas pouvoir réaliser seules au moins une Activité de la Vie Quotidienne (AVQ), contre respectivement 14 % et 32 % pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Cette transition démographique interroge la capacité des territoires, et notamment des EHPAD, à proposer un accompagnement adapté et inclusif.

C) *Une tendance lourde : l'allongement de la vie avec un handicap*

Grâce aux progrès médicaux, à l'amélioration des conditions de vie et à l'accessibilité croissante des soins, les personnes en situation de handicap vivent aujourd'hui plus longtemps. Selon la CNSA, qui s'appuie sur les données DREES, le nombre de bénéficiaires de l'AAH âgés de plus de 50 ans a augmenté de 55% entre 2011 et 2019¹². Cette tendance se poursuit, faisant apparaître un nouveau profil d'utilisateurs pour le secteur médico-social. En parallèle, les restrictions d'âge qui conditionnaient autrefois l'accès à certaines structures (notamment les FAM ou MAS) sont devenues de moins en moins tenables face à la réalité du terrain. De nombreuses personnes restent dans des établissements pour adultes handicapés au-delà de l'âge théorique de 60 ans, faute de solutions adaptées ailleurs, donnant lieu à des situations d'usure institutionnelle.

D) *Des données encore lacunaires, mais des signaux clairs*

Il n'existe pas à ce jour de comptabilisation officielle et homogène du nombre de PHV en France. Toutefois, plusieurs rapports publics (IGAS, CNSA, Cour des comptes)¹³ estiment qu'environ 25 à 30 % des utilisateurs des établissements pour adultes en situation de handicap sont âgés de plus de 50 ans. En effet, selon la Cour des comptes (2023), le vieillissement des personnes en situation de handicap représente entre 40 000 et 50 000 personnes hébergées en EHPAD. Par ailleurs, les données de l'ARS Nouvelle-Aquitaine indiquent que plus de 50 % des résidents en FAM/EAM ou en MAS sont âgés de 50 ans ou plus, ce qui conduit plusieurs observateurs à estimer que 25 à

¹¹ CNSA, Mieux connaître les personnes handicapées avançant en âge grâce aux données d'enquêtes, 28 Février 2019

¹² CNSA / DREES – Rapport de branche Autonomie (février 2025)

¹³ Cour des comptes (13 septembre 2023), *L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes*, rapport public thématique.

ARS Nouvelle-Aquitaine / CREA (2022), *Tableau de bord ESMS 2022 : part des personnes de 50 ans ou plus en EAM/FAM et MAS*, Rabat.

30 % des usagers en établissements pour adultes handicapés sont d'ores et déjà concernés par cette évolution démographique. Dans les EHPAD, les PHV représentent une population encore minoritaire, mais en nette croissance, notamment dans les territoires où l'offre médico-sociale est limitée.

Dans ce contexte, les EHPAD sont de plus en plus sollicités pour répondre à ces nouveaux besoins, souvent en dehors de leur mission initiale. Cette évolution invite à repenser non seulement l'organisation des établissements, mais aussi les politiques territoriales de santé publique et de planification médico-sociale.

1.2 – L'ENTREE EN EHPAD : DISPOSITIFS, PARCOURS ET ENJEUX

L'entrée en EHPAD constitue une transition majeure, souvent vécue comme un bouleversement. Les modalités d'admission, les dispositifs d'orientation et le rôle des aidants déterminent fortement la qualité de cette étape. « *Certains aidants familiaux n'arrivent même pas à remplir les formulaires. On accepte alors de faire une première visite pour les accompagner dans cette démarche.* », selon un coordonnateur de parcours de l'équipe mobile du SEGAH. Cette sous-partie s'intéresse aux différents scénarios d'entrée et à leur impact sur les résidents et les équipes.

1.2.1 Entrées depuis le domicile : adaptation progressive

Le passage en EHPAD représente un moment déterminant dans la vie des PHV vivant à domicile. Contrairement aux trajectoires institutionnelles en FAM ou MAS, ces parcours sont souvent marqués par une longue période de maintien à domicile, parfois jusqu'à un âge avancé, avec le soutien d'un aidant familial ou de services à domicile. L'entrée en établissement est alors vécue comme un bouleversement profond, tant pour la personne que pour son entourage, d'où la nécessité de prévoir une transition progressive, anticipée et accompagnée. Pour J.P. à l'UPHV de MORANGIS : « *J'ai jamais été en institution, toujours dans un HLM. C'est la première fois que je suis en EHPAD. Au début, ça me plaisait pas tellement... Maintenant ça fait un an, je connais tout le monde.* » et pour R à l'UPHV de MORANGIS. : « *Je suis ici pour un peu de repos, j'ai abusé du travail. J'avais des horaires pas compatibles avec une vie de famille. On m'a mis à l'arrêt, et j'ai reçu une lettre de départ à la retraite. Je fais une pause.* ». Ces entretiens illustrent des parcours non linéaires de certains PHV et les ruptures liées à un exercice professionnel antérieur, soit une vie sociale.

A) Des parcours familiaux souvent longs et éprouvants

De nombreuses PHV vivant à domicile sont restées sous la responsabilité d'un parent, souvent la mère, jusqu'à un âge avancé. Ces aidants familiaux, pilier de l'accompagnement quotidien, ont souvent organisé leur vie autour de leur proche

handicapé. À mesure qu'ils vieillissent eux-mêmes, des fragilités apparaissent : fatigue, maladie, isolement, décès. Ce contexte crée une situation de bascule où le maintien à domicile devient impossible. Le passage en EHPAD intervient alors souvent dans l'urgence, en l'absence d'anticipation, ce qui peut générer un double traumatisme : celui de la séparation d'avec l'aidant et celui de l'intégration dans un milieu inconnu, aux codes nouveaux et souvent peu adaptés aux PHV. Face à ce constat, les professionnels interrogés insistent sur la nécessité d'un accompagnement anticipé et progressif. Il s'agit de sortir d'une logique de « placement », brutale et verticale, pour tendre vers une démarche d'entrée en établissement construite en lien avec la personne, sa famille et les professionnels du domicile.

Plusieurs modalités sont alors privilégiées :

- Visites préalables de l'EHPAD, en présence de la personne concernée et de son référent ;
- Périodes d'accueil temporaire ou d'accueil de jour, permettant une acculturation en douceur au nouveau cadre de vie ;
- Entretiens de préparation avec les équipes, pour ajuster le projet personnalisé et mieux cerner les habitudes, les peurs et les attentes ;
- Maintien du lien avec l'aidant familial, souvent encore très impliqué dans les premiers mois après l'entrée.

Cette progressivité permet non seulement de sécuriser la transition, mais aussi de limiter les manifestations d'anxiété, les troubles du comportement et les refus de soins qui peuvent survenir en cas d'entrée précipitée.

B) Une démarche inclusive encore inégalement déployée

Si certains établissements ont su mettre en place des protocoles d'accueil progressif des PHV, ces pratiques demeurent encore hétérogènes à l'échelle nationale. Elles dépendent fortement de la culture de l'établissement, de la disponibilité des places en accueil temporaire, ou encore du partenariat avec les acteurs du domicile (services d'aide, médecins traitants, Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), assistantes sociales). Un accompagnement adapté suppose donc une articulation fine entre le médico-social, le sanitaire et les proches, dans une logique de continuité de parcours. Il s'agit d'un enjeu majeur pour penser l'EHPAD non plus comme une rupture, mais comme une étape accompagnée, dans le respect de la singularité de la personne et de son histoire.

1.2.2 Entrées depuis des établissements : repères déjà intégrés

Les PHV accueillies en établissement pour adultes en situation de handicap (FAM, MAS, foyers de vie) peuvent également être orientées vers un EHPAD lorsque leur état de santé ou leur perte d'autonomie ne permet plus un accompagnement adapté dans la structure d'origine. Ces trajectoires ne sont pas exemptes de ruptures, en raison de certaines spécificités et opportunités, notamment en matière de repères déjà intégrés et de capacité d'adaptation.

A) *Une transition plus encadrée... en théorie*

Contrairement aux PHV vivant au domicile, les personnes accueillies depuis longtemps en établissement sont souvent déjà habituées à un cadre collectif, à une organisation institutionnelle, à la vie en internat et à la présence continue de professionnels. Elles disposent parfois d'une relative stabilité émotionnelle et d'une certaine plasticité dans les changements de repères, surtout lorsqu'elles sont bien entourées et que la transition est préparée. Cependant, cette transition suppose une étroite collaboration entre les équipes, ce qui n'est pas systématiquement le cas. Malgré ces repères partagés, les différences structurelles et culturelles entre les établissements peuvent créer des discontinuités. Là où les FAM ou MAS reposent sur des projets éducatifs ou occupationnels, centrés sur les capacités résiduelles et l'expression du choix, les EHPAD ont historiquement une culture plus médicalisée, organisée autour des soins, des contraintes de temps et des protocoles. Cela peut générer des malentendus professionnels, voire des incompréhensions :

- Les équipes d'EHPAD peuvent percevoir les PHV comme « *trop jeunes* », « *trop actives* » ou « *non conformes* » aux profils gériatriques habituels,
- Les PHV, de leur côté, peuvent éprouver une perte de stimulation, une diminution des activités proposées, ou un sentiment d'ennui et de relégation,
- Les équipes des établissements d'origine peuvent vivre difficilement le transfert, en percevant l'EHPAD comme un milieu de relégation.

B) *Le maintien des repères, un levier d'inclusion*

Afin de limiter les effets de rupture, certaines pratiques émergent comme le transfert progressif avec des séjours courts en EHPAD avant l'admission définitive, le partage de dossier et d'informations entre établissements pour permettre une meilleure continuité du projet personnalisé, la visite des équipes de l'établissement d'origine, même après l'entrée en EHPAD, pour assurer un suivi et sécuriser la transition ainsi que le travail en réseau, entre directeurs, psychologues, coordinateurs de soins ou référents handicap.

L'expérience montre que lorsque ces éléments sont réunis, l'entrée en EHPAD peut devenir une étape accompagnée et maîtrisée, plutôt qu'un point de rupture. La notion de

repères déjà intégrés, qu'ils soient environnementaux, relationnels ou organisationnels, constitue alors une ressource précieuse pour favoriser l'appropriation du nouveau lieu de vie.

1.2.3 Dispositifs d'orientation : Communauté 360, Equipes mobiles, Appels à projets PHV 2019

La transition des PHV vers un EHPAD constitue une étape complexe, souvent rendue difficile par le cloisonnement entre le secteur du handicap et celui de la vieillesse. Conscientes de ces limites, les politiques publiques ont progressivement mis en place des dispositifs d'orientation et d'appui, visant à améliorer la lisibilité des parcours et à prévenir les ruptures. Trois dispositifs principaux méritent ici d'être analysés : la Communauté 360, les équipes mobiles, et l'appel à projets PHV 2019.

A) *La Communauté 360 : un guichet unique pour les situations complexes*

Créées en 2020 dans le contexte de la crise sanitaire, les Communautés 360 ont pour objectif de proposer une réponse immédiate, inconditionnelle et de proximité à toute personne en situation de handicap ou à ses aidants, quelle que soit la nature de la demande. Dans le cadre des PHV, ces communautés jouent un rôle clé car elles coordonnent les acteurs locaux (MDPH, ARS, établissements, services sociaux) pour faciliter l'orientation vers des solutions adaptées. Toutefois, le fonctionnement et la maturité des Communautés 360 varient fortement selon les territoires. Leur impact réel sur les parcours des PHV reste encore difficile à objectiver¹⁴.

B) *Les équipes mobiles : appui aux établissements et aux familles*

Dans plusieurs régions comme Paris / Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine et Auvergne Rhônes-Alpes, des équipes mobiles médico-sociales ou médico-psychologiques ont été déployées pour intervenir auprès des établissements ou à domicile, en soutien à la transition de personnes en situation de handicap. Leur rôle auprès des PHV peut inclure un appui à l'évaluation des besoins avant l'admission en EHPAD et un accompagnement des équipes accueillantes, par des conseils techniques ou des formations.

Bien que ces équipes soient encore peu nombreuses, leur rôle est essentiel pour construire des passerelles entre le monde du handicap et celui de la gériatrie, en apportant une expertise spécifique, notamment en cas de troubles du comportement ou de communication.

¹⁴ Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). (2022). *Les Communautés 360 : un dispositif d'appui à la coordination des parcours complexes – bilan et perspectives*. Paris : CNSA.

C) *L'appel à projets PHV 2019 : amorcer une dynamique nationale*

La CNSA et l'Institut pour la Recherche en Santé Publique (IReSP) ont lancé un appel à projets en 2019¹⁵ ciblant spécifiquement les PHV dans le cadre du programme national « Handicap et perte d'autonomie (2011-2019) » qui visait à soutenir des initiatives innovantes en faveur de l'accompagnement des PHV, en particulier dans les EHPAD.

Il a permis l'émergence de projets pilotes dans plusieurs départements :

- Création d'unités dédiées aux PHV dans certains EHPAD ;
- Développement d'équipes mixtes (éducatif et soignant) ;
- Mise en place de formations croisées entre établissements pour personnes âgées et structures handicap.

Bien qu'il ait été limité dans le temps, cet appel à projets a marqué une reconnaissance institutionnelle de la problématique PHV, et contribué à faire évoluer les pratiques. Il a également mis en lumière le besoin de pérenniser les financements, d'essaimer les dispositifs et de passer d'une logique expérimentale à une politique structurelle.

1.2.4 Propositions de parcours progressif : accueil de jour, temporaire, permanent

Pour éviter les ruptures brutales et favoriser une intégration réussie en EHPAD, les professionnels du terrain s'accordent sur la nécessité de mettre en place des parcours d'entrée progressifs, adaptés à la situation singulière des PHV. Trois modalités d'accueil se complètent et permettent d'amorcer cette transition : l'accueil de jour, l'hébergement temporaire et l'entrée en hébergement permanent.

A) *L'accueil de jour : une porte d'entrée souple et sécurisante*

L'accueil de jour constitue une modalité souple, permettant à la personne de fréquenter l'établissement quelques jours par semaine, tout en maintenant son domicile ou sa place dans un autre cadre de vie. Ce format permet à la PHV de se familiariser progressivement avec les lieux, les professionnels et les autres résidents, de laisser à la famille ou aux aidants le temps de s'adapter au futur changement et d'offrir aux équipes de l'EHPAD l'opportunité de mieux cerner les besoins spécifiques, les habitudes et les éventuelles fragilités. Pour les PHV vivant au domicile ou en établissement médico-social sans prise en charge adaptée au vieillissement, cette formule constitue un sas rassurant, avant une entrée définitive. Elle peut également permettre une évaluation plus fine de la compatibilité entre le projet de la personne et les capacités d'accueil de la structure.

¹⁵ CNSA & IReSP (2020). *Programme « Handicap et perte d'autonomie » : bilan des appels à projets 2011–2019*, rapport de l'Institut de recherche en santé publique (IReSP) et de la CNSA

B) L'hébergement temporaire : tester le cadre de vie

L'hébergement temporaire, qu'il soit de quelques jours à plusieurs semaines, est une étape intermédiaire qui permet d'évaluer la capacité d'adaptation de la personne, d'identifier les ajustements nécessaires (environnement, accompagnement, rythme de vie), et d'éviter les effets de rupture. Pour les équipes, il s'agit d'un moment d'observation et de construction de la relation. Pour la personne accueillie, c'est l'occasion d'expérimenter la vie en EHPAD sans rupture définitive avec son environnement antérieur. Plusieurs directeurs d'établissement rencontrés indiquent que l'hébergement temporaire constitue un levier décisif pour prévenir les refus d'entrée, les troubles du comportement ou les hospitalisations précipitées post-admission. Ce type de séjour peut également être répété ou alterné avec du retour à domicile, dans une logique d'aller-retour sécurisant.

C) L'hébergement permanent : un aboutissement préparé

L'entrée en hébergement permanent est souvent inévitable dans le parcours de la PHV, notamment lorsque les troubles liés à l'âge s'aggravent, que les aidants ne peuvent plus assurer l'accompagnement, ou que les établissements spécialisés deviennent inadaptés.

Toutefois, cette décision doit s'inscrire dans une démarche construite, concertée et anticipée, impliquant l'usager, les familles, les structures d'origine, les services sociaux et les équipes de l'EHPAD. Le projet personnalisé doit être pensé en amont de l'admission, avec une attention portée à la continuité des repères, aux routines, à la communication et à l'intégration dans le collectif. Ce processus suppose également que l'établissement dispose de moyens adaptés (temps de coordination, formations, équipes référentes) et d'un cadre éthique clair, respectueux de la singularité des PHV, comme le présente dans son ouvrage M. Paul RICOEUR (1990)¹⁶ à travers une éthique de la sollicitude fondée sur 3 niveaux : l'estime de soi, la réciprocité avec autrui et la visée d'une vie bonne, avec et pour les autres dans des institutions justes.

D) Vers une culture de la transition accompagnée

Ces différentes modalités d'accueil ne doivent pas être pensées de manière étanche, mais comme des étapes complémentaires au service d'un accompagnement progressif. Elles permettent d'introduire dans les pratiques une véritable culture de la transition accompagnée, en rupture avec les logiques de placement en urgence. Elles participent également d'une approche inclusive, où l'EHPAD cesse d'être un lieu de relégation pour devenir un milieu de vie choisi, préparé et sécurisé.

¹⁶ Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Éditions du Seuil.

1.2.5 Apport des aidants familiaux ou tuteurs, constats et témoignages

Les aidants familiaux ou les tuteurs jouent un rôle central dans le parcours des PHV, en particulier lorsque celles-ci vivent à domicile ou dans des structures intermédiaires. Leur contribution dépasse largement le soutien matériel : ils sont souvent les garants de la continuité affective, des habitudes de vie, du respect de la singularité de leur proche. À ce titre, leur place dans le processus d'entrée en EHPAD mérite d'être reconnue, soutenue et structurée.

A) *Une mémoire vivante du parcours*

Souvent présents depuis l'enfance ou la jeunesse de la PHV, les aidants familiaux ou les tuteurs détiennent une connaissance fine du parcours de vie, des besoins, des repères et des fragilités. Ils sont à la fois témoins et acteurs de l'évolution de la situation, des adaptations successives, et des ruptures vécues. Lors des entretiens réalisés, plusieurs professionnels soulignent que l'aidant ou le tuteur est le véritable « *fil rouge* » du parcours, et qu'il est essentiel de l'associer à toutes les étapes de la transition vers l'EHPAD.

Mais certains aidants sont eux-mêmes confrontés au vieillissement. Fatigue, pathologies chroniques, isolement ou deuil viennent fragiliser leur capacité à accompagner leur proche. L'entrée en EHPAD est alors vécue comme un soulagement nécessaire mais souvent douloureux, tant la séparation est chargée émotionnellement. Certains aidants expriment un sentiment de culpabilité, voire d'échec, face à cette décision. D'autres redoutent d'être écartés de la vie de leur proche une fois l'entrée réalisée. D'où l'importance de penser l'accompagnement des aidants dans la durée, et pas uniquement au moment de l'admission.

B) *Reconnaître leur place et structurer leur contribution*

De nombreux établissements ont mis en place des espaces de dialogue et d'implication pour les familles, aidants et tuteurs : commissions, groupes de parole, conseils de la vie sociale (CVS). Mais dans les faits, la participation des aidants et des tuteurs reste très variable selon les établissements, le degré d'ouverture des équipes, et les disponibilités des familles. Les professionnels interrogés plaident pour un accompagnement spécifique des aidants et des tuteurs dans la phase de transition (entretiens, soutien psychologique, médiation si nécessaire), à travers une reconnaissance de leur expertise dans l'évaluation initiale basée sur la co-construction du projet d'accueil et par des modalités concrètes de lien avec l'établissement : contacts réguliers, autorisation de visites souples, participation à certains temps de vie.

1.3 REFERENTIELS ET CADRES D'ACTION

Au-delà des pratiques locales, l'accueil des PHV s'inscrit dans un cadre législatif, réglementaire et éthique en constante évolution. *« Deux décennies après son vote par le Parlement, la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées fait toujours date en matière de politiques publiques du handicap. Ce cap reste vivace et toujours à construire. »*, HOSPIMEDIA, 10 février 2025¹⁷.

Cette sous-partie présente les principaux référentiels qui orientent l'action des EHPAD, tout en soulignant les écarts entre les normes et les réalités de terrain. Selon un Directeur de l'offre médico-sociale d'une ARS *« La doctrine actuelle ne considère pas l'EHPAD comme une solution optimale pour les PHV. »* Ce qui pose clairement la contradiction entre les trajectoires actuelles des PHV et les orientations nationales. Selon un coordonnateur de parcours de l'équipe mobile du SEGAH : *« On défend les dossiers oralement devant les établissements. On va vraiment au bout de l'accompagnement, jusqu'à l'admission. »*. Ce qui marque une évolution des rôles des professionnels du médico-social, notamment autour de la notion de « Référent parcours PHV ».

1.3.1 La loi 2002-2, outils obligatoires et projet personnalisé

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ¹⁸a profondément transformé le cadre d'accompagnement des personnes accueillies dans les établissements sociaux et médico-sociaux, dont les EHPAD. Elle consacre des droits fondamentaux aux usagers et introduit des outils structurants au service de leur mise en œuvre. Cette réforme constitue un socle juridique incontournable pour penser un accompagnement éthique, individualisé et respectueux des PHV.

A) *Un changement de paradigme : de l'usager objet à l'usager sujet*

Avant la loi du 2 janvier 2002, les institutions médico-sociales fonctionnaient principalement dans une logique de prise en charge centrée sur les besoins définis par les professionnels. La loi 2002-2 introduit une révolution culturelle, en affirmant que les personnes accueillies sont des sujets de droit, dotés de volonté, de choix et de singularité. Ce changement implique un renversement de posture : le résident n'est plus un objet de soins ou d'assistance, mais un acteur de son projet de vie, quels que soient ses limitations fonctionnelles ou son niveau de dépendance. L'Éducatrice spécialisée de DRAVEIL : *« Quand je suis arrivée, ils fonctionnaient comme un EHPAD, parce que c'est vite le glissement qu'on fait. Moi, j'ai redynamisé en remettant les résidents au cœur de*

¹⁷ HOSPIMEDIA, dossier « Les 20 ans de la Loi Handicap du 11 février 2005 » du 10 février 2025

¹⁸ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale parue au JORF n°1 du 3 Janvier 2002

leur quotidien », d'où la nécessité pour les EHPAD de se recentrer sur le projet éducatif. « J'ai dû recréer une trame de projet personnalisé éducatif, parce qu'on avait une trame EHPAD inadaptée. »

B) Les outils obligatoires au service des droits de la personne

La loi de 2002 introduit plusieurs outils qui structurent la relation entre l'usager, ses proches et l'établissement :

- Le livret d'accueil, qui présente les droits, les services et le fonctionnement de l'établissement,
- Le contrat de séjour (ou document individuel de prise en charge) qui formalise les engagements réciproques,
- Le règlement de fonctionnement, qui encadre la vie collective et garantit le respect des libertés individuelles,
- Le conseil de la vie sociale (CVS), espace de participation des usagers et de leurs représentants,
- Le projet personnalisé, véritable colonne vertébrale de l'accompagnement individualisé,
- La personne qualifiée,
- Et le projet d'établissement.

Ces outils ne sont pas de simples formalités : ils matérialisent une relation contractuelle et sont censés garantir la lisibilité, la transparence et la personnalisation de l'accompagnement. Pour les PHV, le projet personnalisé est un levier essentiel pour faire vivre leurs repères, leurs habitudes, leurs choix de vie, dans un environnement souvent standardisé. Dans les faits, de nombreux établissements peinent à sortir d'une logique bureaucratique. Certains projets personnalisés restent génériques, peu actualisés, voire purement formels. Pour les PHV, ce déficit de personnalisation peut renforcer le sentiment de dépossession et nuire à l'adaptation en établissement.

La loi 2002-2 offre un cadre solide, mais sa mise en œuvre dépend fortement de la volonté institutionnelle, de l'organisation interne et de la formation des professionnels. L'enjeu est de transformer ces outils en vecteurs d'expressions et de reconnaissances de la personne, en s'appuyant notamment sur des entretiens approfondis et l'implication réelle de l'ensemble des professionnels dans l'élaboration et le suivi du projet de vie. Ainsi, pour les PHV, le projet de vie personnalisé doit être pensé comme un outil vivant, évolutif, et partagé.

1.3.2 La Charte Romain JACOB (2014) et la réforme SERAFIN-PH

Au-delà du cadre juridique de la loi 2002-2, d'autres référentiels sont venus soutenir la réflexion autour de l'accompagnement des PHV, notamment dans le champ de l'égalité des droits et de l'adaptation de l'offre médico-sociale. La Charte nationale pour l'accueil et l'accompagnement des PHV (dite Charte Romain JACOB, 2014¹⁹) a marqué une étape fondatrice, tandis que la réforme SERAFIN-PH, toujours en cours de déploiement, vise à transformer les logiques de financement pour mieux répondre à la diversité des besoins.

A) *La Charte Raymond Jacob : un repère fondateur pour les professionnels*

Signée en 2014, la Charte Romain JACOB constitue l'un des premiers textes nationaux reconnaissant officiellement la spécificité des personnes handicapées avancées en âge. Ce document, élaboré avec des représentants du secteur médico-social, des associations et des institutions, a permis de nommer une réalité sociale ignorée, celle du vieillissement des personnes en situation de handicap, d'affirmer des principes directeurs, tels que le respect de la continuité de vie, le libre choix du lieu d'accueil, la prévention des ruptures de parcours et d'appeler à une transformation de l'offre, notamment à travers la diversification des modalités d'accueil et l'évolution des pratiques professionnelles.

La Charte énonce notamment que « *le vieillissement des personnes handicapées est un processus spécifique qui nécessite des réponses adaptées dans le respect des parcours de vie et des choix des personnes* ». Elle insiste également sur la co-responsabilité des acteurs du handicap et de la vieillesse, dans une logique de décroisement. Bien que non opposable juridiquement, la Charte a eu une influence majeure sur les projets d'établissements (notamment dans les EHPAD et les FAM), les programmes de formation des professionnels et les politiques territoriales, à travers des appels à projets ou des schémas régionaux prenant en compte cette population. Certains établissements s'en sont saisis pour créer des unités mixtes, des dispositifs passerelles ou des projets spécifiques à destination des PHV. Toutefois, son appropriation reste très inégale, et elle est encore insuffisamment connue des professionnels de terrain.

B) *SERAFIN-PH : vers une réforme de la tarification fondée sur les besoins*

La réforme des Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées (SERAFIN-PH) vise à revoir en profondeur les modalités de tarification des établissements et services médico-sociaux accompagnant les personnes en situation de handicap. L'objectif affiché est d'individualiser les réponses, en partant des besoins évalués de chaque personne, et

¹⁹ Charte Romain JACOB, *Pour améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap*, signée le 16 décembre 2014, Handidactique

non d'un forfait standardisé, de favoriser la fluidité des parcours et de mieux allouer les ressources, en fonction des prestations réellement délivrées et du niveau d'accompagnement requis. Pour les PHV, la réforme SERAFIN-PH pourrait constituer un levier majeur d'adaptation, à condition que les outils de cotation (notamment les référentiels d'évaluation des besoins) prennent en compte les effets cumulés du handicap et du vieillissement ainsi que les situations atypiques qui nécessitent des ajustements constants dans l'accompagnement.

Cependant, la mise en œuvre de la réforme est encore inachevée. De nombreux professionnels soulignent le manque de lisibilité du calendrier, l'insuffisance de formation, et les inquiétudes liées à l'équilibre budgétaire des structures, notamment les EHPAD qui n'ont pas historiquement intégré de missions spécifiques PHV dans leur financement. En effet, à ce jour, le périmètre d'application de SERAPHIN-PH reste principalement centré sur les ESMS PH, laissant les EHPAD accueillant les PHV dans une zone grise entraînant des freins en matière d'anticipation budgétaire et organisationnelle. De plus, la réforme impose des nouvelles modalités de recueil de données (évaluation des besoins selon une nomenclature fine), ce qui mobilisera du temps administratif et soignant, dans un contexte de tensions financières et de ressources humaines pour les EHPAD.

1.3.3 Évaluation HAS et recommandations nationales

L'adaptation de l'accompagnement des PHV en EHPAD ne saurait faire l'économie d'un cadre d'évaluation rigoureux. Plusieurs institutions nationales ont produit des référentiels, recommandations et guides pour accompagner les professionnels dans la prise en compte des besoins spécifiques des PHV. Parmi elles, la Haute Autorité de Santé (HAS), le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPPH) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) jouent un rôle central dans l'élaboration d'un socle de qualité et d'exigence partagée.

A) L'évaluation HAS : vers une démarche centrée sur l'expérience usager

Depuis 2023, l'évaluation des EHPAD s'inscrit dans un nouveau référentiel de la HAS²⁰. Ce référentiel est un outil national de référence validé par la Commission sociale et médico-sociale (CSMS) en 2022, obligatoire pour l'évaluation externe des ESSMS selon l'article L.312-8 du CASF. Il est centré sur l'expérience et la qualité de vie des personnes accompagnées et fondé sur 3 axes fondamentaux : la personne, les professionnels et la gouvernance de l'établissement. Ce cadre comporte 3 chapitres, 9 thématiques et 157 critères, dont plusieurs peuvent être mobilisés pour analyser la qualité de l'accueil des PHV.

²⁰ Haute Autorité de Santé (HAS). (mars 2022). *Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)*. CSMS, 8 mars 2022.

Parmi les points saillants :

- La prise en compte de la singularité des parcours et des besoins spécifiques dans le projet personnalisé,
- L'adaptation des modalités de communication, d'expression et de participation,
- L'implication des professionnels dans une dynamique éthique et réflexive,
- La qualité de l'environnement matériel et des interactions sociales proposées.

Même si la HAS ne cible pas encore explicitement les PHV comme une catégorie à part entière, plusieurs établissements évalués soulignent l'intérêt de documenter et valoriser les actions spécifiques mises en œuvre en leur faveur, notamment pour les résidents plus jeunes, ou en situation de handicap sensoriel, cognitif ou psychique.

B) *Le CNCPH : un plaidoyer pour une pleine citoyenneté des PHV*

Le Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH), instance de dialogue entre l'État, les associations et les experts, a publié en 2011 un rapport marquant : « *Vieillesse des personnes handicapées : une double peine ?* »²¹. Ce rapport met en lumière certains points, notamment l'invisibilisation des PHV dans les politiques publiques, le risque d'institutionnalisation non choisie faute d'alternative ou de reconnaissance des besoins spécifiques, le nécessaire décroisement entre secteur personnes âgées et secteur handicap et l'importance de repenser les réponses à l'échelle du territoire et du parcours de vie, dans une logique de droits. Le CNCPH appelle à faire du vieillissement des personnes handicapées un enjeu de justice sociale, et à inclure les PHV dans toutes les réflexions sur le vieillissement, la dépendance et la transformation de l'offre.

C) *La CNSA : acteur structurant et appui aux expérimentations*

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a joué un rôle moteur dans la reconnaissance des PHV à travers :

- Des appels à projets nationaux (notamment celui de 2019 sur les PHV en EHPAD),
- La production de guides (ex. : repérage des besoins, adaptation des réponses),
- Le financement d'expérimentations locales et de projets pilotes.

Elle propose des outils concrets, à destination des établissements et des gestionnaires, pour identifier les besoins spécifiques en matière d'accompagnement, d'accessibilité, de vie sociale, définir les moyens humains, matériels et organisationnels nécessaires et favoriser le partage d'expériences et l'essaimage des pratiques innovantes. La CNSA insiste sur l'importance de produire des données, d'évaluer les dispositifs mis en place, et

²¹ Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH). (11 avril 2011). *Rapport 2011 : Vieillesse des personnes handicapées — une double peine ?*

de s'appuyer sur les retours des professionnels, des usagers et de leurs proches pour améliorer l'accompagnement.

1.3.4 Témoignages de professionnels : écarts de pratiques et besoins de structuration

Si les textes juridiques et les référentiels offrent un cadre cohérent pour l'accompagnement des PHV, leur mise en œuvre au sein des EHPAD reste très hétérogène. Pour l'adjointe de direction de l'EHPAD de DOURDAN « *L'inclusion est complètement réussie. Les résidents PA et PHV prennent leurs petits-déjeuners ensemble, mais les activités restent distinctes.* » Les verbatims recueillis auprès de professionnels lors de cette étude mettent en évidence des écarts notables entre établissements, mais aussi entre intentions affichées et pratiques réelles. Ces écarts s'expliquent par la diversité des ressources, des formations, des cultures professionnelles et par l'absence fréquente de structuration spécifique autour des PHV.

A) Des repères professionnels encore flous

Plusieurs professionnels interrogés directeurs, soignants, psychologues et éducateurs spécialisés expriment leur désarroi face au manque de cadre clair lorsqu'ils accueillent des PHV dans leur établissement. Les termes « tâtonnement », « bricolage », ou encore « adaptation au cas par cas » reviennent régulièrement. Pour l'IDEC de MORANGIS : « *Il y a une prise de conscience progressive du vieillissement des PHV, mais on reste souvent dans une logique de foyer. Or on est dans un EHPAD, avec d'autres contraintes* ». Ce flou alimente une inégalité de traitement entre résidents, une variation de qualité d'un site à l'autre, et une difficulté à construire une offre lisible à l'échelle territoriale.

B) Une absence de formation initiale et continue sur les PHV

La majorité des professionnels déclarent ne pas avoir reçu de formations spécifiques au handicap, ou du moins pas orientée vers le vieillissement des personnes en situation de handicap. Ce manque de formation alimente des malentendus dans la communication (notamment avec des résidents porteurs de troubles cognitifs ou sensoriels précoces), des postures inadaptées, basées sur des représentations vieillissantes du handicap et une méconnaissance des ressources et partenariats possibles (équipes relais, dispositifs territoriaux, etc.).

C) Des tensions entre logique médico-sociale et fonctionnement EHPAD

Les professionnels interrogés pointent également les difficultés d'ajustement entre les spécificités des PHV et le fonctionnement souvent rigide des EHPAD à travers des horaires collectifs peu adaptés aux rythmes individuels, des activités non

différenciées, peu inclusives et un matériel ou environnement inadaptés aux handicaps moteurs ou sensoriels. Certains établissements ont tenté d'apporter des réponses : création d'espaces spécifiques, recrutement d'éducateurs spécialisés, organisation d'animations différenciées. D'autres, faute de moyens ou de soutien institutionnel, s'auto-limitent : refus d'admission, isolement des PHV, accompagnement minimal.

D) Un besoin fort de structuration, d'appui et de reconnaissance

L'analyse des témoignages révèle un besoin urgent d'appui structuré pour les équipes : outils, formations, référents handicap, partenariats. Il ne s'agit pas seulement d'ajouter des moyens, mais de créer une culture partagée de l'accompagnement des PHV, qui permette aux professionnels de se sentir légitimes, compétents et soutenus. Ces constats justifient pleinement le développement d'une politique volontariste, portée par les autorités de tutelle et les gestionnaires, pour reconnaître les PHV comme une population à part entière, et structurer leur accompagnement dans les EHPAD.

1.3.5 Éléments de posture éthique : liberté, consentement, singularité

Au-delà des cadres réglementaires et des référentiels, l'accueil des PHV en EHPAD interroge profondément les postures éthiques des professionnels et des institutions. La confrontation entre le fonctionnement standardisé des établissements et la singularité des parcours de vie impose de repenser les pratiques autour de trois notions fondamentales : la liberté, le consentement et la reconnaissance de la singularité.

A) La liberté : entre autonomie restreinte et pouvoir d'agir préservé

Pour de nombreuses PHV, l'entrée en EHPAD constitue une rupture importante dans l'autonomie de décision. L'environnement institutionnel peut accentuer la perte de contrôle sur le quotidien : horaires fixes, menus imposés, règles collectives, etc...Mais la liberté ne peut se réduire à une capacité physique ou cognitive. Elle doit être envisagée comme le maintien d'un pouvoir d'agir, adapté aux capacités de chacun. Cela implique de proposer des choix concrets (horaires de lever, participation aux activités, aménagements personnalisés...), de favoriser l'expression des préférences, même non verbale, par une posture d'écoute active, de limiter les contraintes arbitraires, en justifiant chaque restriction par une nécessité réelle (sécurité, santé, etc...).

B) Le consentement : une vigilance éthique constante

La question du consentement éclairé est particulièrement complexe chez les PHV, en raison de troubles cognitifs précoces, de difficultés de compréhension ou d'un historique de placement non choisi. Trop souvent, la parole de ces personnes est contournée au profit de décisions prises par les proches ou les institutions. Pour le PHV CN de l'UPHV de MORANGIS : « *Le mercredi, c'est dessin, mais j'aime pas ça. J'ai pas envie. Quand*

j'veux pas, je reste dans ma chambre. » et pour le PHV R de l'UPHV de MORANGIS : *« Il y a des activités, mais parfois on est désignés pour faire une tâche alors qu'on ne peut pas. », « Moi je veux bien faire la vaisselle une fois, pas tous les jours. »*. Ce qui appuie la nécessité d'adapter les tâches collectives aux capacités de chacun.

La posture éthique suppose d'accepter les hésitations, les refus, les contradictions, comme des expressions légitimes de l'identité de la personne, et non comme des obstacles à contourner. Le rapport du Comité Consultatif National d'Éthique de 2008 insiste sur l'importance du respect de la parole, même altérée des personnes vulnérables²² ; De plus, selon le Docteur Axel KAHN, *« Respecter le consentement, c'est reconnaître à l'autre la pleine légitimité de dire oui, mais aussi de dire non. C'est un acte éthique, pas une formalité »*²³.

C) *Vers une éthique de la relation*

L'éthique ne peut être uniquement une réflexion abstraite ou une clause de bonne conduite. Elle se joue dans le quotidien de la relation, dans les ajustements du regard professionnel, dans les détails apparemment anodins. Elle repose sur une humilité dans la posture professionnelle, qui accepte de ne pas savoir pour l'autre, une reconnaissance des micro-pouvoirs détenus par les usagers, même les plus fragiles et un travail collectif et interdisciplinaire, pour confronter les points de vue, questionner les routines et construire des réponses ajustées. L'accompagnement des PHV impose une éthique du sur-mesure, résolument tournée vers la dignité, la liberté et la reconnaissance de chacun comme sujet de droit ; comme le stipule Paul RICOEUR *« La visée éthique est celle d'une vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes »*²⁴.

Constater, comprendre, analyser : la première partie a révélé les réalités d'un vieillissement avec handicap et les limites du modèle actuel d'EHPAD. Il s'agit désormais d'agir. La seconde partie ouvre la voie à des transformations concrètes pour faire de l'EHPAD un lieu pleinement inclusif pour les personnes handicapées vieillissantes.

²² Avis n°102-CCNE-2008-*La personne de confiance, le consentement et les directives anticipées*

²³ Dr Axel KHAN, Médecin généticien, éthicien, ancien Président de la Ligue contre le cancer et membre du comité consultatif national d'éthique (CCNE), 2006, *Et l'Homme dans tout ça ?*, Stock

²⁴ Paul RICOEUR *Soi-même comme un autre* (1990)

2 PARTIE 2 – TRANSFORMER LES EHPAD POUR UN ACCOMPAGNEMENT INCLUSIF DES PHV

Face à des besoins croissants et des injonctions multiples, les EHPAD doivent se réinventer pour garantir une prise en charge réellement inclusive des PHV. Cette seconde partie propose une analyse des leviers de transformation, autour de trois axes : le cadre de vie, l'organisation du travail, et le pilotage stratégique à l'échelle du groupement.

2.1 – CADRE DE VIE ET PRATIQUES DU QUOTIDIEN

Le cadre de vie, matériel et relationnel, conditionne fortement la qualité de l'accompagnement ; de l'accessibilité aux rythmes de vie en passant par les interactions sociales, cette sous-partie interroge la capacité des établissements à offrir un environnement respectueux des spécificités des PHV.

2.1.1 Accessibilité des lieux, du matériel, limites des structures existantes

L'accessibilité constitue une condition indispensable pour garantir la participation, l'autonomie et le respect de la dignité des PHV en EHPAD. Pourtant, les infrastructures des établissements, souvent pensées à l'origine pour un public âgé et dépendant, peinent à répondre à leurs besoins variés. Les professionnels comme les usagers interrogés évoquent une accessibilité partielle, inadaptée ou source de renoncements, révélant les limites structurelles d'un modèle encore largement gériatrique. Pour l'IDEC de MORANGIS : « *Le manque de repères architecturaux est flagrant. Le bâtiment est trop grand, pas toujours adapté aux troubles cognitifs.* ». En effet, les normes ont été pensées pour la perte d'autonomie liée à l'âge et pour une meilleure orientation des PHV, il faut également mobiliser des pistes d'aménagements architectural. Les normes d'accessibilité issues de la réglementation française (loi du 11 février 2005²⁵, code de la construction²⁶) visent principalement à réduire les obstacles pour les personnes âgées dépendantes ou à mobilité réduite : plans inclinés, barres d'appui, largeurs de portes adaptées, ascenseurs. Si ces éléments sont essentiels, ils ne suffisent pas à couvrir les besoins spécifiques des PHV, dont les limitations peuvent être d'ordre sensoriel, cognitif, psychique, ou fluctuant dans le temps.

Ainsi, les résidents sourds ou malentendants sont confrontés à un environnement peu visuel et faiblement signalétique, tandis que ceux présentant un trouble du spectre

²⁵ Loi n°2005-102 du 11 février 2005, *Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*, JORF n°36 du 12 février 2005, texte n° 1

²⁶ Code de la construction et de l'habitation, articles L.111-7 à L.111-7-11, version consolidée. Décret n°2006-555 du 17 mai 2006, *relatif à l'accessibilité du cadre bâti*, JORF n°115 du 18 mai 2006.

autistique ou des troubles du comportement peuvent être désorientés par des espaces trop ouverts, bruyants, ou faiblement structurés. Pour le PHV X de DRAVEIL : *« Je suis un peu timide, solitaire. Je fume pour sortir respirer, sinon j'ai plus d'angoisse. »* Les UPHV doivent également être dotées d'espaces d'isolement et de liberté. Pour le PHV Y *« Il y a des gens qui fument à l'intérieur ou qui parlent aux oiseaux en criant des insultes. Moi je retourne dans ma chambre. »*. Les UPHV doivent également répondre aux règles de la cohabitation respectueuses.

A) Une diversité de handicaps peu prise en compte dans l'environnement

La majorité des EHPAD ne sont pas équipés pour répondre à la diversité des profils de handicap accueillis, en particulier chez les résidents plus jeunes. Il est à noter une absence de balises sonores, de repères contrastés ou tactiles pour les personnes malvoyantes, de mobiliers peu modulables pour des personnes en fauteuil actif ainsi que des équipements de sécurité standardisés, parfois inadaptés aux comportements atypiques (ex. : alarmes sonores anxiogènes, poignées de portes à levier non sécurisées, etc...). Selon la revue HOSPIMEDIA du 10 Février 2025 ²⁷ *« La loi de 2005²⁸ introduit une nouvelle définition du handicap (...). Elle met également en lumière l'importance de l'environnement puisque constitue désormais un handicap "toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement". »*. De plus, *« Dix ans plus tard, plus de la moitié des ERP restent inaccessibles²⁹ (...). Concernant les logements neufs, la loi Elan revoit à la baisse les règles d'accessibilité en habitat collectif³⁰. »*.

B) Un cadre bâti contraint, difficilement modifiable

Dans les établissements anciens ou construits sans anticipation de ces besoins, les marges de manœuvre sont réduites. Le coût des travaux, les normes incendie, ou les contraintes architecturales limitent les adaptations. Cela conduit certains gestionnaires à éviter l'admission de PHV avec besoins spécifiques, au risque de générer des discriminations indirectes. Des directeurs de site soulignent également le manque d'appui technique : diagnostics d'accessibilité partiels, absence de référentiels pour PHV, peu de financements fléchés pour les adaptations.

²⁷ Hospimedia (10 février 2025), *La loi du 11 février 2005 continue de donner le cap des politiques publiques du handicap*, Hospimedia, dossier "20 ans de la loi Handicap". Article publié le 10/02/2025

²⁸ Loi n°2005-102 du 11 février 2005, *Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*, Art. L.114 du code de l'action sociale et des familles

²⁹ Défenseur des droits (10 février 2025), *Accessibilité universelle après 20 ans de la loi du 11 février 2005 : un bilan mitigé des ERP et de l'habitat*

³⁰ Loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 « Évolution du logement, de l'aménagement et du numérique » (loi ELAN), art. 64

C) *Vers une accessibilité élargie et inclusive*

L'accueil des PHV en EHPAD impose de penser l'accessibilité au-delà des normes réglementaires : il s'agit d'une démarche globale, qui intègre la conception des lieux, l'ergonomie du matériel, la signalétique, les ambiances sensorielles, et les usages réels. Plusieurs pistes sont proposées par les professionnels interrogés à travers la réalisation d'un diagnostic fonctionnel participatif avec les usagers et les familles, la création de zones différenciées, avec ambiances calmes, semi-stimulantes ou dynamiques, la mutualisation de certains équipements entre structures (ex. : salle snoezelen, plateau technique) ainsi que l'intégration d'une logique « d'accessibilité universelle », qui bénéficie à tous les résidents, quelle que soit leur situation.

2.1.2 **Matériel et aides techniques : adapter à la diversité des PHV**

L'adaptation de l'environnement matériel est une condition incontournable pour assurer la sécurité, le confort et l'autonomie des PHV en EHPAD. Or, les équipements actuellement disponibles dans les établissements sont souvent conçus pour répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes, sans tenir compte de la diversité des situations de handicap, ni des usages spécifiques que requièrent certains profils. Les professionnels interrogés alertent sur un défaut d'équipement ou d'ajustement, qui fragilise l'accompagnement au quotidien. L'éducatrice spécialisée de DRAVEIL : « *Je me suis retrouvée à faire des transferts en Twingo avec un résident en fauteuil... autant vous dire que voilà* ».

A) *Une offre de matériel centrée sur la dépendance motrice*

De nombreux EHPAD disposent de matériel médicalisé standardisé : lits à hauteur variable, fauteuils roulants, lève-personnes, barres de maintien... Ces dispositifs sont essentiels pour les personnes âgées en perte d'autonomie, mais ils ne suffisent pas à répondre aux besoins particuliers des PHV, en particulier lorsqu'ils présentent des handicaps moteurs spécifiques, des troubles neuromoteurs, ou un maintien prolongé dans des positions atypiques.

Par exemple :

- Certains fauteuils roulants fournis sont trop larges ou trop rigides, inadaptés à des jeunes adultes ayant un tronc court ou un tonus asymétrique ;
- Les matelas anti-escarres standards ne permettent pas un positionnement actif ou semi-assis prolongé chez des personnes très dépendantes ;
- Les aides techniques au transfert ne prennent pas toujours en compte les besoins cognitifs associés (comportements d'opposition, compréhension limitée des consignes...).

B) *Une maintenance et une adaptation continue nécessaires*

L'efficacité des aides techniques repose également sur leur entretien, leur adaptation régulière, et leur appropriation par les professionnels. Certaines aides deviennent inadaptées si le handicap évolue ou si le résident vieillit. Des professionnels non formés peuvent renoncer à utiliser un outil complexe, ou l'utiliser de manière inappropriée, générant inconfort ou maltraitance involontaire. Les établissements qui réussissent à mieux accompagner les PHV sont souvent ceux qui évaluent systématiquement les besoins techniques à l'admission et dans le projet personnalisé, mobilisent des ergothérapeutes ou des référents techniques et ceux qui s'ouvrent à la mutualisation ou à la location ponctuelle pour éviter l'investissement à perte. Enfin, une politique d'équipement adaptée doit être intégrée dans le projet d'établissement et soutenue par le gestionnaire, notamment via des lignes budgétaires identifiées et un dialogue avec les autorités de tarification (ARS, département).

2.1.3 Cohabitation PHV / PA : effets sur la vie sociale, projet de vie individualisé

L'accueil des PHV dans des établissements initialement conçus pour des PA soulève une question centrale : celle de la cohabitation entre deux publics aux trajectoires, attentes et rythmes de vie différents. Loin d'être un simple enjeu logistique ou organisationnel, cette cohabitation interroge les fondements mêmes de l'accompagnement proposé en EHPAD.

A) *Deux publics aux cultures de vie différentes*

Les PHV accueillies en EHPAD ont souvent connu un parcours institutionnel long, débuté dans l'enfance ou l'adolescence, en établissements spécialisés (IME, FAM, MAS). Leur quotidien était rythmé par des repères socio-éducatifs, un accompagnement individualisé, des activités spécifiques, et une culture de la stimulation continue. À leur entrée en EHPAD, elles se retrouvent dans un environnement majoritairement gériatrique, avec des repères nouveaux, un rythme souvent plus lent, et des pratiques centrées sur le soin et la prévention de la perte d'autonomie. Les personnes âgées, quant à elles, sont souvent entrées tardivement en institution, avec une trajectoire centrée sur le vieillissement, la dépendance progressive et les enjeux de fin de vie. Cette différence de vécu crée parfois des incompréhensions, des tensions ou des formes d'évitement réciproques.

B) *Effets sur la dynamique sociale et les représentations*

La cohabitation PHV/PA peut générer une désaffiliation sociale des PHV, qui ne se reconnaissent pas dans les activités proposées ni dans les modes relationnels des PA, des représentations stigmatisantes des résidents âgés à l'égard des PHV, perçues comme « agitées », « inadaptées », voire « hors sujet » dans l'univers gériatrique et à

l'inverse, une atténuation des comportements inadaptés chez certaines PHV, qui trouvent une forme d'apaisement dans des environnements moins stimulants que les structures médico-sociales actives. Lorsque cette cohabitation est subie, sans accompagnement spécifique, elle peut générer des situations de mal-être, voire d'exclusion silencieuse. Pour la Cadre de santé de DRAVEIL : « *Il faut pouvoir proposer des choses aux PHV, sans qu'ils soient stigmatisés ou infantilisés.* ». Mais lorsqu'elle est préparée, pensée et médiée, elle devient une opportunité de mixité, d'apprentissage mutuel et de construction d'un vivre-ensemble.

C) *L'enjeu du projet de vie individualisé*

Dans ce contexte, la notion de projet de vie prend toute son importance. Le projet personnalisé, tel que défini par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002,³¹ doit permettre de reconnaître les aspirations spécifiques des PHV, notamment en matière d'autonomie, de lien social, d'activités signifiantes, d'identifier les écarts culturels et de rythme avec les autres résidents, d'organiser des réponses différenciées, en s'appuyant sur des professionnels relais (éducateurs, animateurs spécialisés...) et des espaces dédiés si nécessaire. Certains établissements expérimentent des formes de cohabitation modulée, avec des unités de vie mixtes mais encadrées, où les profils sont compatibles, avec des temps de regroupement par affinités, en fonction des capacités, des centres d'intérêt ou du niveau de participation souhaité et de la médiation active entre les publics, par le biais d'ateliers intergénérationnels, d'actions éducatives ou de co-construction de règles de vie.

La cohabitation entre PHV et PA n'est pas une évidence, mais elle peut devenir une richesse si elle est accompagnée. L'enjeu n'est pas d'homogénéiser les profils, mais de permettre à chacun de trouver sa place et de construire son projet de vie dans un cadre partagé. C'est à cette condition que l'EHPAD pourra devenir un lieu d'inclusion choisie, et non une solution par défaut.

2.1.4 Activités, animations, communication adaptée

L'un des leviers essentiels pour l'inclusion des PHV en EHPAD réside dans la qualité des activités proposées, l'adaptabilité des animations et les modalités de communication utilisées. Ces dimensions, souvent pensées pour un public âgé dépendant, nécessitent une profonde réinterrogation lorsqu'on accueille des résidents aux parcours, attentes et capacités hétérogènes. Adapter les projets d'animation et les pratiques de

³¹ - Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, articles L.311-3 et suivants du CASF.

- Recommandations de bonnes pratiques HAS, *Élaboration, mise en œuvre et évaluation du projet personnalisé*, 2009.

- CNSA (2024), dans son guide pour l'inclusion des personnes en situation de handicap en établissement, rappelle que le projet personnalisé est un levier de reconnaissance de l'autodétermination.

communication, c'est favoriser le lien social, l'estime de soi et l'expression des désirs, éléments fondamentaux d'un accompagnement respectueux et digne. Selon l'éducatrice spécialisée de DRAVEIL : « *On a des résidents qui sortent seuls à l'Intermarché, vont au restaurant, retirent leurs retraites... C'est un emploi du temps individuel dans le groupe.* », d'où la nécessité d'un cadre souple et sécurisant.

A) Des projets d'animation souvent peu adaptés aux PHV

Dans de nombreux EHPAD, les animations sont conçues en fonction des habitudes et représentations liées à la vieillesse : ateliers mémoire, musique des années 40-60, jeux de société traditionnels, séances de relaxation douce... Ces activités, si elles sont pertinentes pour une majorité de personnes âgées, ne répondent pas aux attentes de PHV plus jeunes, ou au profil plus actif. Selon l'Éducatrice spécialisée de DRAVEIL , l'approche éducative doit être centrée sur le sens et non l'occupation : « *Les activités ne doivent pas être occupationnelles, mais faire sens pour les résidents.* » Par conséquent, pour J.P. de l'UPHV de MORANGIS : « *On aime bien sortir, aller au marché, à Auchan... Des fois on y va, des fois non. On sait jamais trop à l'avance.* » et pour M. A. de l'UPHV de MORANGIS: « *Ce qui nous manque, c'est de pouvoir sortir plus souvent. On est bloqués parce qu'il manque du personnel.* ». La participation aux activités est fortement conditionnée par les modalités de communication utilisées. En effet, une signalétique complexe, un affichage surchargé, l'absence de supports visuels ou une communication exclusivement orale découragent les personnes ayant des troubles cognitifs, autistiques, une déficience intellectuelle ou souffrant de troubles du langage.

Par conséquent, les professionnels les plus expérimentés adaptent leur langage en utilisant le langage clair ou la reformulation et en recourant à des supports tactiles ou gestuels. Pour l'AMP de l'EAM Symphonie à Dourdan « *Ce qui est compliqué parfois, c'est la gestion du bruit, certains crient, d'autres ne supportent pas. Ça peut générer des conflits entre résidents.* » et pour la Cheffe de service de l'EAM Symphonie à Dourdan : « *Il faut veiller à la cohésion du groupe. Un prend trois beurrés, l'autre un seul : comment on explique ça ? Il y a des frustrations, des comparaisons.* ». Mais, cette adaptabilité reste trop souvent liée à des compétences individuelles et non à une culture institutionnelle.

B) Une animation inclusive à construire

Les établissements les plus avancés dans l'accueil des PHV développent des approches spécifiques de co-construction des activités avec les résidents, en développant des activités sensorielles, artistiques, sportives ou numériques, en lien avec des partenaires extérieurs (associations, ESAT, musées, médiathèques...). « *Je suis seule éducatrice pour tout le groupe, j'ai dû tout créer : lien avec les tuteurs, gestion*

des budgets, dossiers MDPH, tout » selon l'éducatrice spécialisée de Draveil, ce qui met en exergue la solitude professionnelle et la charge administrative de l'éducatrice spécialisée au sein de l'UPHV. Il ne s'agit pas d'opposer une animation pour les PA à une animation pour les PHV, mais de penser des modalités d'animation modulables, où chacun puisse participer selon ses capacités, ses envies, ses rythmes. Pour le PHV Y de DRAVEIL, Président du CVS « On a des réunions entre résidents, avant le CVS. L'animatrice et la psychologue notent tout, et on en parle avec la direction. » et également une augmentation de la quantité des repas « Moi j'aime pas la soupe l'été. Y'a des radis, toujours les mêmes choses. J'ai faim ».

L'animation ne peut être réduite à une fonction isolée. Elle suppose un travail en lien étroit avec les soignants, les psychologues, les éducateurs, une prise en compte dans le projet personnalisé et surtout une valorisation institutionnelle. Le défi est donc de reconnaître la place stratégique de l'animation dans le projet d'établissement, comme levier d'inclusion, de bien-être, et de développement du pouvoir d'agir.

2.1.5 - Articulation médico-sociale et sanitaire, rythmes et projets de vie

Accueillir des PHV en EHPAD ne relève pas uniquement de l'adaptation de l'environnement physique ou des activités proposées. Cela implique également une reconfiguration des articulations entre les champs médico-social et sanitaire, ainsi qu'une réflexion sur les rythmes de vie et les projets individualisés, dans une logique d'accompagnement global. Pour une responsable d'un EHPAD accueillant un foyer de vie « *Pour éviter les tensions, on a fini par proposer à l'un de manger seul dans une autre pièce. Il préfère finalement.* », en sus, « *On a essayé de les mettre dans les chambres les plus petites, parce qu'on pensait qu'ils étaient plus autonomes... sauf qu'en fauteuil, c'était ingérable* ».

A) Du projet de soins au projet de vie

La bascule d'un projet de soins vers un projet de vie constitue un changement de paradigme essentiel pour l'accueil des PHV. Ce dernier doit intégrer les préférences, les capacités, les habitudes de la personne en alliant une dimension éducative, relationnelle, sensorielle dans l'accompagnement dans une logique de continuité de parcours, avec les structures précédentes (FAM, MAS, domicile) et les partenaires extérieurs. Certains établissements expérimentent des outils innovants tels que le planning individualisé coconstruit avec le résident par un carnet de parcours partagé entre les professionnels et un journal de bord quotidien pour repérer les moments significatifs et ajuster l'accompagnement. Ainsi, l'EHPAD devient un lieu de vie à part entière, dans lequel les soins ne sont plus l'unique prisme, mais un élément parmi d'autres d'un accompagnement centré sur la personne. Pour la cadre de santé de

DRAVEIL : « *Notre accompagnement se fait au bénéfice de la PHV mais à travers l'aidant. On parle à deux niveaux.* », ce qui inclut un accompagnement tripartite : PHV, aidants et professionnels.

2.1.6 Focus : Amendement Creton, Inégalités territoriales, Saturation de l'offre

L'évolution des politiques publiques sur le handicap et le vieillissement a produit des effets contrastés, parfois contre-productifs, sur les parcours de vie des PHV. Trois facteurs structurels influencent aujourd'hui fortement les conditions d'entrée en EHPAD : l'amendement Creton, les inégalités territoriales d'offre spécialisée, et la saturation des établissements médico-sociaux. Ces éléments contribuent à façonner des parcours non choisis, précipités, et mal adaptés aux besoins des PHV.

A) *L'amendement Creton : une exception devenue une règle*

L'amendement Creton, introduit en 1989 ³², permet aux jeunes adultes en situation de handicap de rester temporairement en établissement pour enfants (IME) après l'âge de 20 ans, en l'attente d'une solution adaptée en structure pour adultes (FAM, MAS...). Ce dispositif, initialement transitoire, est devenu un palliatif chronique au manque de places. Aujourd'hui, cette situation a des effets en cascade, comme le retard d'entrée dans des établissements pour adultes, soit une perte de repères et rupture brutale au moment du changement de structure, souvent vécu comme une régression et les difficultés pour les familles ou aidants à anticiper l'orientation, par manque de solutions alternatives. Plusieurs acteurs dénoncent un usage détourné de l'amendement Creton comme variable d'ajustement, qui masque une réalité structurelle : l'absence d'un parcours lisible pour les PHV au niveau national.

B) *Inégalités territoriales : une réponse en « patchwork »*

La disponibilité des solutions d'accueil varie considérablement selon les territoires. Certains départements ont développé une offre médico-sociale dense et diversifiée, avec des services spécialisés pour les PHV, des plateformes de coordination, ou des unités dédiées en EHPAD. D'autres restent sous-dotés, obligeant les familles à accepter des orientations par défaut, parfois à distance du domicile, voire hors département. Ces écarts génèrent des pertes de lien familial accompagnés d'une désaffiliation territoriale, des effets de tension entre établissements, entre les orientations des FAM et les MAS saturés orientent vers les EHPAD.

³² Loi n°89-18 du 13 janvier 1989 relative à diverses dispositions d'ordre social, JORF n°11 du 14 janvier 1989.

- Code de l'action sociale et des familles, article L.241-6 (version consolidée).

C) Saturation de l'offre et rigidité des réponses

La montée en nombre des PHV, combinée à l'allongement de leur espérance de vie, crée une tension forte sur les structures existantes. Les listes d'attente en FAM et MAS s'allongent, les solutions à domicile sont peu développées, et les EHPAD doivent accueillir des personnes dont le profil ne correspond ni à leur modèle économique, ni à leur organisation. Le manque de dispositifs passerelles, de formations ciblées sur le polyhandicap ou les troubles du neurodéveloppement, et l'absence de référentiel national clair pour l'accueil des PHV en EHPAD, alimentent un sentiment de "bricolage institutionnel", partagé par de nombreux professionnels. Ce déficit de cadre aggrave les risques de maltraitance passive, d'usure professionnelle et d'atteinte aux droits fondamentaux. Par ailleurs, la quasi-absence d'unités dédiées aux PHV en EHPAD limite la possibilité de proposer un accompagnement ajusté, dans un cadre respectant à la fois les spécificités du handicap et les enjeux liés à l'avancée en âge.

Selon le rapport de la cour des comptes de 2023³³, plusieurs constats en découlent, des PHV jeunes (45-60 ans) admis en EHPAD sans projet individualisé, auprès d'équipes non formées, épuisées ou réticentes face à ces nouveaux profils dont les dispositifs de transition ou d'accompagnement à l'entrée, ont manqué, face la complexité des situations. Le manque d'unités spécifiques pour PHV en EHPAD, et l'absence de référentiel national clair, aggravent le sentiment de bricolage institutionnel.

D) Vers une reconnaissance structurelle du vieillissement en situation de handicap

Ce contexte appelle des transformations structurelles pour une évaluation territoriale des besoins, à l'échelle régionale, pour adapter les financements et les projets, à la création de parcours intégrés PHV, avec des passerelles formalisées entre établissements, des équipes mobiles et un accompagnement à la transition ainsi qu'une tarification spécifique PHV en EHPAD, comme amorcée dans certains départements pilotes, pour financer des moyens humains et matériels adaptés. Enfin, les professionnels appellent à une reconnaissance politique forte de la situation des PHV, hors du seul prisme du vieillissement ou du handicap, mais comme une catégorie à part entière nécessitant une approche transversale.

³³ Cour des comptes (13 septembre 2023), *L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes*, rapport public thématique

2.2 RESSOURCES HUMAINES ET ORGANISATION DU TRAVAIL

L'adaptation des EHPAD ne peut être laissée à l'initiative isolée de chaque établissement, elle appelle une stratégie de groupe, portée par le SEGAH, pour structurer une réponse collective, soutenir les équipes et modéliser des solutions transposables. Cette sous-partie présente les dynamiques de pilotage, les expérimentations tarifaires et le rôle clé du D3S dans cette transformation. *« Les ARS, qui nous pilotent, n'ont pas le temps de nous accompagner correctement. Actuellement, nos financements sont insuffisants. Il nous faut aussi plus de formations et de représentativités dans les lieux de prise de décisions. » Pierrick Le Loeuff, CNIGEM.*

2.2.1 Compétences, postures, formations : évolution des pratiques professionnelles

L'arrivée progressive de PHV en EHPAD engage une transformation profonde des pratiques professionnelles. L'accompagnement de ces publics, aux besoins souvent pluriels et fluctuants, mobilise des compétences qui débordent les référentiels gériatriques traditionnels ; Pour l'éducatrice spécialisée d'une plateforme PHV *« On ne peut pas faire du copier-coller entre EHPAD et foyer de vie. Il faut réinventer des temps, des accompagnements, des outils. »*. Cette évolution interroge les savoirs, les savoir-faire, et surtout les postures professionnelles, appelant à une montée en compétences continue, un décroisement des cultures professionnelles, et une reconnaissance accrue de la complexité des accompagnements. En effet pour Mme Q, responsable d'un EHPAD et d'un foyer de vie : *« Certains PHV ne s'intègrent pas bien dans le collectif. Elles ont besoin d'accompagnement individuel renforcé »*.

A) Des compétences spécifiques au handicap souvent absentes en EHPAD

Historiquement, les équipes d'EHPAD sont formées à la prise en charge des personnes âgées dépendantes, avec un fort ancrage dans la culture du soin. L'accompagnement des PHV requiert pourtant une connaissance des différents types de handicaps (sensoriels, moteurs, intellectuels, psychiques) et de leurs manifestations avec l'âge, de compétences en communication alternative, en gestion de comportements atypiques, une capacité à travailler dans une logique éducative, centrée sur le maintien des acquis et l'adaptation aux besoins individuels ; pour C.N. de l'UPHV de MORANGIS : *« Moi je me lave toute seule. Ce qui me gêne, c'est le pansement. Le reste, je fais. »*, ce qui illustre le besoin d'accompagnement pour un soin technique et une autonomie préservée sur d'autres AVQ. Comme pour R. de l'UPHV de MORANGIS : *« On a un budget pour la semaine. Si on ne peut pas aller au distributeur, on fait sans. »*. Il faut exploiter une logique d'accompagnement sur mesure mettant en exergue une coordination

éducative « *On ne fait pas de copier-coller : chaque dossier est instruit selon les besoins spécifiques. On passe beaucoup de temps à collecter les données pour bien évaluer* ».

B) Des postures professionnelles à faire évoluer

L'accompagnement des PHV demande des postures professionnelles fondées sur l'écoute active, la créativité et la souplesse, dans les réponses apportées et la reconnaissance de la singularité, au-delà des protocoles standardisés. éprouvant. Pour l'éducatrice spécialisée de DRAVEIL : « *Le poste d'éducateur spécialisé n'est pas assez publié ni reconnu. On peine à recruter* ». Cela implique une distanciation d'avec certaines routines professionnelles : en exemple, ne pas lire certains comportements comme des troubles mais comme des expressions. Cette évolution peut heurter les pratiques installées : elle suppose du temps, du soutien hiérarchique, et une reconnaissance du droit à expérimenter. « *Je suis président du CVS, je participe aux réunions, je suis très engagé, mais les gens savent pas ce que veut dire cécité.* » selon le PHV Z de DRAVEIL.

Les EHPAD engagés dans l'accueil des PHV initient une hybridation des cultures professionnelles, intégrant des pratiques issues du secteur médico-social. Cette acculturation repose souvent sur l'arrivée de professionnels issus du champ du handicap (éducateurs, AMP, AES), ou sur des formations croisées permettant aux équipes d'enrichir leurs pratiques. Mais elle se heurte parfois à des résistances, liées à la crainte de perdre des repères professionnels, de ne pas être légitimes, ou d'ajouter de la complexité.

C) Un besoin massif de formation continue et d'appui méthodologique

Les professionnels interrogés sont unanimes : il est indispensable de renforcer la formation continue, pour sécuriser les pratiques, donner du sens, et éviter les maltraitances involontaires. Plusieurs pistes sont proposées dont des modules spécifiques PHV intégrés dans les plans de formation (autisme, déficience intellectuelle, communication alternative...), des formations-action sur site, appuyées sur des situations réelles, et des espaces d'analyse des pratiques. En parallèle, les équipes expriment le besoin d'un appui technique régulier : référent handicap, outils de repérage, protocoles d'ajustement, fiches réflexes. Selon l'éducatrice spécialisée de DRAVEIL « *Il faut des formations spécifiques pour les soignants. Aujourd'hui, ils font comme ils peuvent, mais ce n'est pas adapté* ».

2.2.2 Verbatims des agents : résistances, transformations, leviers managériaux

L'introduction progressive des PHV dans les EHPAD produit des effets tangibles sur les dynamiques professionnelles. Les entretiens réalisés avec les agents révèlent à la fois

des résistances, des transformations profondes des pratiques, et l'identification de leviers managériaux structurants.

A) *Des résistances multiformes : entre inquiétude, sentiment d'impuissance et surcharge*

Plusieurs agents expriment une forme de déstabilisation face à ces nouveaux profils de résidents. Pourtant, les résistances ne sont pas toujours hostiles : elles traduisent le manque de préparation, de formation, et de soutien. Les professionnels redoutent aussi l'altération de la qualité de prise en charge des autres résidents, du fait de la mobilisation de temps, d'énergie et de ressources supplémentaires. Malgré ces freins, les pratiques évoluent au quotidien, souvent de manière empirique par la création spontanée de rituels de sécurisation pour les PHV anxieux et le développement de formes de communication non verbale, de médiation gestuelle, ou d'observations comportementales. Ces ajustements ne sont pas valorisés dans les grilles RH, ni outillés, mais ils constituent de véritables marqueurs d'un changement de culture professionnelle.

Les agents interrogés formulent plusieurs propositions réalistes pour accompagner ce virage inclusif, comme la création d'un référent handicap identifié et formé, des formations courtes et ciblées, sur site, à partir de cas concrets, des temps d'échange interprofessionnels réguliers (éducateurs, soignants, animateurs) et un accès à une cellule d'appui mobile ou un réseau d'expertise extérieur. Ces propositions ne réclament pas toujours des moyens supplémentaires, mais une organisation souple, une posture ouverte et un engagement de la gouvernance.

2.2.3 Référents handicap et appuis spécialisés (éducateurs, psychologues...)

L'accueil des PHV en EHPAD requiert des compétences spécifiques que les équipes en place ne possèdent pas toujours initialement, *« J'ai deux AMP qui s'arrachent pour comprendre les changements cognitifs liés à l'âge. Elles ont demandé des formations »*, selon la Directrice d'un EHPAD incluant un foyer de vie. Pour répondre à cette exigence croissante de technicité et de justesse dans l'accompagnement, plusieurs établissements ont fait le choix de s'appuyer sur des professionnels issus du secteur du handicap, ou de désigner des référents internes, créant ainsi des appuis spécialisés au sein ou autour de l'équipe pluridisciplinaire. *« Le handicap, ça fait peur. Même à certains soignants expérimentés. Il faut les soutenir »* de Mme Q. Directrice d'un EHPAD incluant un foyer de vie. Pour le PHV Y de DRAVEIL *« Ce qui manque, c'est une monitrice. L'éducatrice fait de l'administratif, elle peut pas tout faire seule. »*

A) *Le référent handicap : un pivot transversal*

La mise en place d'un référent handicap dans un EHPAD peut répondre à plusieurs besoins :

- Apporter une expertise quotidienne aux équipes, notamment pour ajuster les postures, comprendre les comportements ou proposer des outils adaptés ;
- Faciliter les liens avec les familles, les établissements médico-sociaux, ou les équipes spécialisées externes ;
- Participer à l'élaboration du projet personnalisé des PHV et au suivi de sa mise en œuvre.

Ce référent peut être un éducateur spécialisé, un AMP/AES expérimenté, un cadre socio-éducatif ou tout autre professionnel ayant une formation ou une expérience dans le domaine du handicap. L'enjeu est de lui dédier du temps de coordination et de lui reconnaître une légitimité institutionnelle, au sein de l'organigramme de l'EHPAD.

B) *Des appuis spécialisés essentiels mais rares*

En complément du référent interne, l'intervention de professionnels spécialisés issus du secteur médico-social ou du soin psychique constitue un levier majeur d'adaptation. En effet, les éducateurs spécialisés apportent une lecture fonctionnelle et relationnelle du comportement, construisent des outils concrets pour le quotidien (pictogrammes, routines, repères...), les psychologues formés au handicap permettent d'accompagner la communication non verbale, de soutenir les équipes, et d'interroger les effets institutionnels sur les PHV, les orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes souvent absents en EHPAD, mais très présents dans les FAM/MAS, peuvent contribuer à une meilleure compréhension des capacités et des besoins, en sus, il y a les intervenants extérieurs (Equipe mobile, SESSAD adultes, CRA, CMP) qui offrent des éclairages ponctuels ou participent à des temps de concertation. Ces professionnels permettent un changement de regard sur les PHV, en remettant en cause certaines interprétations erronées (agitation lue comme de l'opposition, retrait perçu comme un refus...). Néanmoins, plusieurs obstacles limitent l'intégration durable de ces profils dans les EHPAD, par des financements non fléchés pour ces fonctions, « *L'EHPAD a pu acheter des plantes pour le jardin. Mais pour les PHV, ma commande est toujours en attente, j'aimerais qu'on ait un budget commun PHV/PA. Ce serait plus logique pour mutualiser* » selon la monitrice éducatrice de l'UPHV de MORANGIS.

C) *Vers une fonction institutionnalisée au SEGAH ?*

Dans le contexte spécifique du SEGAH, certains établissements envisagent la création d'un poste mutualisé de cadre socio-éducatif transversal, qui interviendrait sur plusieurs sites. Cela permettrait un appui aux équipes pour les projets personnalisés des PHV,

une participation à la formation interne, et une construction d'outils partagés et d'une culture commune. Ce type de fonction permettrait de sécuriser les professionnels, de soutenir l'innovation et d'ancrer durablement une expertise handicap dans le fonctionnement des EHPAD.

2.2.4 Équipes mutualisées ou dédiées : avantages, limites, repères fixes

La diversification des profils de résidents, notamment avec l'arrivée de PHV, interroge directement l'organisation des ressources humaines en EHPAD. Face à cette complexification, deux options sont souvent envisagées : constituer des équipes dédiées aux PHV ou mutualiser les compétences au sein des équipes existantes. « *Les aides-soignantes viennent aux activités, elles participent, elles proposent aussi. C'est vraiment une bonne équipe.* » de la monitrice-éducatrice de l'UPHV de MORANGIS. Chacune de ces approches présente des avantages et des limites, mais toutes deux nécessitent des repères clairs pour éviter l'isolement, la dilution des responsabilités ou la surcharge ; « *Je suis seule monitrice éducatrice pour tout le groupe. C'est difficile de chercher des partenaires ou organiser des projets.* » selon, la monitrice-éducatrice de l'UPHV de MORANGIS ;

A) Les équipes dédiées : sécurisation et expertise ciblée

Certains établissements ont choisi de créer une équipe dédiée ou une unité spécifique pour les PHV. Ce modèle permet de concentrer les compétences et l'expertise sur un même secteur, d'instaurer des rituels de prise en charge spécifiques et d'assurer une meilleure cohérence dans l'accompagnement. Les professionnels impliqués témoignent d'un sentiment d'utilité accru, d'une plus grande cohésion d'équipe et d'une montée en compétences progressive. Cependant, ce modèle peut aussi présenter des risques par un effet de "ghettoïsation", les PHV sont séparées des autres résidents, au risque de renforcer leur isolement, un risque d'épuisement pour les agents concentrés sur un public plus exigeant sans relais possible ainsi que des difficultés à mobiliser des remplaçants formés sur des profils spécifiques.

B) La mutualisation des compétences : souplesse et transversalité

À l'inverse, certaines structures ont opté pour une intégration des PHV dans l'ensemble des unités, avec un travail de fond sur la montée en compétence généralisée des équipes. Cette approche suppose de mobiliser collectivement tous les professionnels par des repères communs et d'outils partagés (protocoles, formations, fiches réflexes) et un temps de coordination renforcé, pour assurer la continuité et la personnalisation des prises en charge. Cette organisation permet d'éviter les ruptures dans les accompagnements, de préserver la mixité des publics, et de ne pas isoler les agents face à la complexité.

C) *Le besoin de repères fixes et de reconnaissance*

Quelque soit le modèle choisi, les équipes soulignent l'importance de disposer de repères stables : fiches de poste, référentiels, rôles définis, d'avoir un professionnel identifié comme point d'appui (réfèrent PHV ou éducateur) et de pouvoir compter sur la gouvernance. En effet, la reconnaissance institutionnelle de ces organisations spécifiques est également centrale pour assumer un changement structurel dans les modalités d'accompagnement.

2.2.5 Proposition d'un cadre socio-éducatif transversal SEGAH

L'accueil des PHV dans les EHPAD du SEGAH a révélé un besoin croissant d'expertise éducative, de coordination interdisciplinaire et de soutien au changement de pratiques. Dans ce contexte, l'hypothèse de création d'un cadre socio-éducatif transversal constitue une proposition innovante et structurante, capable de répondre à la fois aux besoins des professionnels, des résidents et des établissements. Pour l'éducatrice spécialisée de DRAVEIL« *Il faudrait une cheffe de service éducatif pour les unités PHV du SEGAH. Quelqu'un qui décharge la cadre de santé de la partie éducative* ».

A) *Un rôle d'interface entre logique de soin et logique d'accompagnement*

La fonction de cadre socio-éducatif transversal aurait pour mission de :

- Renforcer l'expertise handicap au sein des établissements, en lien avec les équipes de terrain ;
- Coordonner les parcours personnalisés des PHV, en lien avec les familles, les professionnels et les partenaires ;
- Assurer une médiation interprofessionnelle, entre soignants, hôteliers, animateurs, éducateurs... ;
- Soutenir l'adaptation des projets d'établissement, notamment dans l'écriture des axes stratégiques liés à l'inclusion.

Par son positionnement transversal, ce cadre agirait comme un catalyseur de transformation, garantissant la cohérence des accompagnements et la diffusion des bonnes pratiques. La proposition vise à mutualiser cette fonction à l'échelle du groupement, ce fonctionnement permettrait de mutualiser les compétences rares, tout en favorisant la cohésion entre établissements et la montée en compétence collective.

B) *Une réponse aux enjeux du projet de territoire*

Enfin, cette fonction répond aux ambitions plus larges du SEGAH en matière de développement de l'inclusion dans les structures de droit commun, de renforcement de l'expertise inter-établissements et de positionnement du groupement comme acteur pilote de l'innovation territoriale en matière d'accompagnement des PHV. Cette fonction pourrait

à terme s'inscrire dans un projet inter-EHPAD structuré, soutenu par l'ARS ou les collectivités, et servir de socle à un référentiel d'intervention transposable dans d'autres territoires.

2.2.6 Qualité de vie au travail : charge mentale, prévention de l'usure

L'intégration des PHV en EHPAD ne transforme pas seulement les pratiques professionnelles : elle bouscule profondément les conditions de travail et les équilibres psychosociaux des équipes. La complexité des accompagnements, les remises en question identitaires, la peur de mal faire ou de ne pas être à la hauteur génèrent une charge mentale accrue. Dès lors, garantir une qualité de vie au travail (QVT) satisfaisante devient un levier central de réussite de cette transition inclusive.

Les agents expriment une fatigue spécifique liée à l'accompagnement des PHV, différente de celle engendrée par la dépendance liée à l'âge face à des incertitudes face aux comportements imprévisibles, parfois violents. Pour l'IDEC de Morangis : *« On sent bien que ce n'est pas la même fatigue...On est face à des résidents jeunes, qui peuvent être dans la colère, dans la frustration. Il faut désamorcer tout le temps. Ce n'est pas juste accompagner un grand âge fatigué, c'est beaucoup plus complexe »* et pour l'adjointe de direction de DOURDAN : *« Ceux ne sont pas des accompagnements classiques. Certains agents ne s'y retrouvent plus, ils n'ont pas été formés à ça. Ce public est usant car on n'a pas les réponses tout de suite, et les outils manquent »*. D'où un sentiment d'impuissance face à des situations mal connues et une pression morale, notamment la peur d'être maltraitant. Cette charge est souvent invisible car elle ne s'exprime pas en plaintes formelles, mais en retrait, en tension dans les équipes, ou en désengagement progressif.

Pour préserver l'engagement et le bien-être des équipes, plusieurs pistes émergent des retours de terrain pour des temps de concertation et de préparation en amont de l'accueil, des binômes ou référents stables pour éviter l'isolement et renforcer le soutien entre pairs et une reconnaissance des efforts. Plusieurs établissements du SEGAH ont également expérimenté des aménagements de poste temporaires, une modulation des tâches, ou des temps de décharge pour les agents les plus mobilisés dans les projets PHV.

2.3 PILOTAGE ET LEVIERS DE TRANSFORMATION A L'ECHELLE DU SEGHAH

La coordination entre les acteurs du médico-social, du sanitaire et des collectivités territoriales reste insuffisante, alors qu'elle est décisive pour garantir des parcours fluides et adaptés.

2.3.1 Gouvernance locale et coopérations : cartographie des acteurs

La transformation de l'accompagnement des PHV en EHPAD ne peut reposer uniquement sur l'adaptation des pratiques internes. Elle suppose un pilotage stratégique à l'échelle locale, en lien étroit avec les partenaires du territoire. Dans ce cadre, la gouvernance locale joue un rôle pivot pour articuler les ressources, partager les expertises et impulser une dynamique de coopération cohérente, pérenne et orientée vers l'inclusion. Selon la monographie territoriale Essonne de la Cour des comptes publiée en septembre 2023, le département concentre le plus grand nombre de places agréées PHV d'Ile-de-France, mais ce nombre reste nettement insuffisant par rapport aux besoins réels du territoire³⁴. De plus, l'ARS Ile de France a rédigé un cahier des charges relatif aux critères d'une unité PHV³⁵ ainsi qu'un appel à manifestations d'intérêt (AMI) de novembre 2019³⁶ sur les projets pour PHV.

A) *Le rôle structurant de la direction d'établissement*

A ce titre, le directeur d'EHPAD joue un rôle de régulateur d'écosystème. Il est en capacité d'impulser des coopérations fonctionnelles, par convention, de mobiliser les acteurs ressources en anticipation ou en gestion de crise et d'associer les partenaires à la réflexion stratégique, notamment dans les projets d'établissement ou les diagnostics partagés. Et pourtant, selon la cheffe de service de l'EMA Symphonie de DOURDAN « *On a verbalisé le besoin de se réunir entre éducateurs des sites PHV. Mais ça n'a pas abouti* » ; Cela suppose une posture d'ouverture et d'animation, mais aussi une capacité à traduire des enjeux institutionnels en problématiques opérationnelles partagées.

B) *Une gouvernance à faire vivre*

La coopération ne repose pas uniquement sur des conventions ou des intentions : elle exige du temps, de la reconnaissance mutuelle, et des espaces de travail partagés. Dans cette perspective, les EHPAD accueillant des PHV peuvent participer aux

³⁴ Cour des comptes (septembre 2023), *Monographie Essonne : personnes handicapées vieillissantes*, rapport public thématique

³⁵ ARS Ile-de-France (mars 2021), *Cahier des charges – Unités PHV en Île-de-France*

³⁶ ARS Ile-de-France (novembre 2019), *Appel à manifestation d'intérêt – Handicap (dont PHV)*
ARS Ile-de-France (février 2024), *Objectifs stratégiques PHV – santé-IDF*

conférences des financeurs, groupes de travail territoriaux ou instances ARS/CD, coanimer des projets inter-établissements et contribuer à la création de référentiels partagés de bonnes pratiques, à partir des expériences locales. Au SEGAH, plusieurs directions s'inscrivent déjà dans cette logique de gouvernance élargie, en lien avec les autres EHPAD du groupement, les partenaires médico-sociaux et les acteurs du handicap. Cette dynamique favorise la capitalisation d'expériences, la réduction des inégalités territoriales et la construction d'un socle commun de réponses adaptées.

2.3.2 Tarification spécifique PHV dans l'Essonne

L'un des principaux freins à l'adaptation de l'accompagnement des PHV en EHPAD est l'inadéquation des modèles tarifaires aux besoins spécifiques de ces résidents. Le financement des établissements reste largement construit autour de la dépendance liée à l'âge, selon les référentiels AGGIR et PATHOS, ignorant les besoins éducatifs, relationnels ou de coordination propres aux PHV. Dans ce contexte, l'Essonne se distingue par l'expérimentation d'une tarification médico-sociale différenciée (+40€/jour), destinée à soutenir l'accueil des PHV dans les EHPAD volontaires³⁷.

A) *Un modèle de financement traditionnellement inadapté*

Le droit commun repose sur une triple dotation :

- Hébergement : à la charge du résident ou de l'aide sociale départementale ;
- Dépendance : via la tarification GIR ;
- Soins : financés par l'ARS sur la base du GMP et du PMP issus de la coupe PATHOS.

Or, ces outils n'évaluent ni la dimension éducative, ni les troubles cognitifs ou psycho-comportementaux spécifiques aux PHV. Leurs besoins en présence humaine continue, en communication adaptée ou en interventions spécialisées ne trouvent pas de traduction budgétaire, créant un effet de ciseau entre les attentes des établissements et leurs marges de manœuvre financières.

B) *Une expérimentation départementale originale*

Face à ces constats, le Département de l'Essonne, en lien avec l'ARS Île-de-France, a lancé une expérimentation tarifaire spécifique PHV à partir de 2022, dont les principes sont les suivants :

- Identification de résidents PHV sur critères partagés (âge, parcours, diagnostic...),

³⁷ ARS Île-de-France & Conseil départemental de l'Essonne (juillet 2019). *Cahier des charges – Appel à projets création d'une plateforme pour personnes handicapées vieillissantes (PHV) dans le département de l'Essonne*. Projet incluant une tarification différenciée (+ 40 €/jour) pour les places dédiées aux PHV.

- Reconnaissance de surcoûts d'accompagnement liés à la présence de troubles du comportement, à la nécessité d'aides éducatives, ou à la coordination renforcée,
- Majoration ciblée de la dotation dépendance ou de crédits complémentaires à visée médico-sociale.

Cette démarche s'inscrit dans une volonté de soutenir financièrement les EHPAD pionniers dans cette évolution, en contrepartie d'un engagement formalisé dans un projet d'établissement orienté PHV. Les premiers retours montrent une meilleure capacité des établissements à recruter ou former du personnel adapté, une sécurisation des équipes, qui se sentent soutenues et reconnues dans leurs efforts et une mobilisation accrue des directions autour d'un projet d'inclusion structuré. Cependant, les effets restent encore circonscrits à un nombre réduit de structures, avec des modèles de calcul hétérogènes entre financeurs. Dans cette perspective, le SEGAFH pourrait jouer un rôle actif en capitalisant les données issues des EHPAD expérimentateurs, en proposant un référentiel d'évaluation de la charge spécifique liée aux PHV et en participant aux réflexions nationales sur la réforme de la tarification des EHPAD, en lien avec SERAFIN-PH et la future loi Grand Âge.

C) *Une expérimentation nationale de la fusion des forfaits « soins » et « dépendance »*

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024 et son prolongement en 2025 (article 79 LFSS 2024, modifié par l'article 82 LFSS 2025), une expérimentation nationale teste la fusion des forfaits « soins » et « dépendance » pour les EHPAD et USLD dans 23 départements volontaires, depuis le 1er juillet 2025³⁸. Cette réforme vise à instaurer un forfait global unique couvrant à la fois les soins et l'entretien de l'autonomie, ce qui permettra une meilleure lisibilité, une plus grande équité territoriale et une simplification des modalités de financement des établissements pour les établissements accueillant des PHV. Cette fusion est particulièrement significative : elle offre une plus grande souplesse dans l'allocation des ressources, en reconnaissant la complexité des besoins, et supprime la distinction artificielle entre dépendance liée au vieillissement et prise en charge sanitaire.

Le décret n° 2025-168 du 20 février 2025 et l'arrêté du 6 juin 2025 précisent les modalités de financement, notamment la mise en place d'une participation forfaitaire unique pour les résidents, remplaçant l'actuelle tarification selon le niveau GIR ou les ressources individuelles.

³⁸ Fédération Hospitalière de France (FHF). (23 juin 2025). *Expérimentation de la fusion des sections soins et dépendance en EHPAD et USLD*, accessible sur le site FHF

2.3.3 Un projet inter-EHPAD pour le SEGAH : structuration d'une expertise

Dans un contexte de transformation rapide des publics accueillis et face à l'arrivée croissante de PHV, le SEGAH a la possibilité de porter un projet inter-EHPAD structurant, à la fois levier de cohérence territoriale, vecteur de professionnalisation des équipes, et socle d'une expertise reconnue en matière d'inclusion.

A) *D'un projet d'établissement à un projet de groupement*

Chaque EHPAD du SEGAH développe ses propres stratégies d'accueil et d'adaptation face à la diversité des profils. Cependant, le cadre commun reste absent, selon l'adjointe de direction de DOURDAN : « *On appartient à un groupe, mais chaque établissement travaille isolément. On ne nous a jamais sollicités pour les ouvertures d'Angerville ou de Ballancourt.* ». Ce qui illustre le cloisonnement et l'absence de capitalisation des expériences. En effet, formaliser un projet inter-EHPAD spécifique à l'accompagnement des PHV permettrait d'harmoniser les orientations, tout en respectant les spécificités de chaque site.

Le projet inter-EHPAD pourrait reposer sur plusieurs piliers, un groupe de travail permanent PHV, associant directions, encadrants, professionnels de terrain et représentants des usagers, un diagnostic partagé des besoins et des pratiques et un plan de formation commun et des outils mutualisés. L'objectif est de constituer un noyau d'expertise locale.

Ce projet pourrait générer des retombées concrètes :

- Amélioration de la qualité d'accompagnement pour les résidents PHV,
- Renforcement de la cohésion inter-sites et de l'attractivité des établissements,
- Visibilité accrue du SEGAH auprès des partenaires institutionnels, avec possibilité de capter des financements ciblés (appels à projets PHV, actions ARS, CNSA, etc...).

2.3.4 Évaluation, capitalisation, essaimage

La transformation des EHPAD pour accueillir les PHV de manière inclusive ne peut se limiter à des actions ponctuelles ou intuitives. Elle suppose une démarche structurée d'évaluation et de capitalisation, afin de formaliser les acquis, de corriger les écarts et de favoriser l'essaimage des bonnes pratiques à l'échelle du SEGAH et au-delà. Ce volet est essentiel pour inscrire la dynamique dans la durée et la crédibiliser auprès des partenaires institutionnels.

A) *Construire une culture de l'évaluation adaptée aux enjeux PHV*

L'accueil des PHV bouleverse les grilles de lecture classiques : les outils habituels d'évaluation (GMP, PATHOS, indicateurs qualité) ne suffisent pas à appréhender

les effets de cette évolution. Il est donc nécessaire de développer des outils spécifiques ou complémentaires comme un suivi des projets de vie personnalisés adapté aux troubles cognitifs, sensoriels ou comportementaux, une évaluation des effets sur les pratiques professionnelles, et des indicateurs de satisfaction des familles et des résidents PHV. Plusieurs sites du SEGAH ont expérimenté des actions innovantes : admission progressive, adaptation du projet de vie, référents handicap, co-animation éducative... Pourtant, ces initiatives restent peu formalisées et diffusées, parfois oubliées faute de traçabilité.

Une démarche de capitalisation pourrait s'appuyer sur des fiches retour d'expériences, structurées et mutualisées, une banque de pratiques inspirantes, et des temps de partage inter-établissements, organisés sous forme de journées thématiques, de webinaires ou de visites croisées. Cela permettrait à chaque établissement d'enrichir ses pratiques à partir des réussites des autres, tout en consolidant une identité collective.

B) Favoriser l'essaimage au sein et au-delà du SEGAH

Une fois identifiés, les leviers efficaces doivent pouvoir être transposés dans d'autres établissements du groupement, ou faire l'objet de diffusion externe, auprès d'EHPAD publics, associatifs ou privés. En consolidant cette dynamique, le SEGAH peut ainsi devenir un territoire de référence pour l'inclusion des PHV en EHPAD, reconnu pour sa capacité à innover, à documenter et à transmettre.

2.3.5 Posture du D3S : régulation, pilotage, rôle du collectif

La transformation des EHPAD pour un accompagnement inclusif des PHV interroge directement la posture du directeur d'établissement. Plus que jamais, le D3S devient un régulateur d'équilibres complexes, un pilote de changement et un animateur du collectif professionnel. Loin d'un rôle purement gestionnaire, sa légitimité repose sur sa capacité à articuler vision stratégique, éthique de l'action publique et attention au terrain.

A) Un régulateur d'équilibres multiples

L'accueil des PHV en EHPAD génère des recherches d'équilibres nouveaux comme un équilibre entre publics (personnes âgées très dépendantes, PHV, familles aux attentes hétérogènes), un équilibre entre les ressources humaines disponibles et les besoins spécifiques et un équilibre budgétaire, en l'absence d'une tarification clairement définie pour les PHV. Le D3S doit donc faire preuve de souplesse et de lucidité pour arbitrer et embarquer les équipes tout en gardant le cap dans les zones d'incertitude. En définitive, l'accueil des PHV n'est pas une simple adaptation technique. C'est une question de projet, de vision, de valeurs. Le D3S, en assumant un rôle de chef d'orchestre sensible

aux rythmes et aux dissonances, incarne une gouvernance à la fois engagée, incarnée et évolutive.

Dans ce contexte, le SEGAH constitue un terreau favorable : l'existence d'un groupement public structuré, d'une direction générale accessible, de collectifs inter-établissements et d'une dynamique de coopération renforcent les marges de manœuvre du D3S pour piloter des projets ambitieux, concertés et solidaires.

B) La transformation managériale pour un accompagnement inclusif des PHV

L'accueil croissant des PHV en EHPAD interroge profondément les modes de management en place. Le management constitue dès lors un levier central pour impulser une dynamique d'adaptation, tout en garantissant le respect des droits fondamentaux, la qualité de vie au travail et la continuité des accompagnements.

Le management exercé par le D3S et ses encadrants s'articule autour de six dimensions complémentaires : stratégique, organisationnelle, ressources humaines, partenariale, financière et évaluative³⁹. Dans le cadre de l'adaptation des EHPAD aux PHV, ces six dimensions sont toutes sollicitées : il s'agit à la fois de définir une vision inclusive au niveau stratégique, d'adapter les organisations (rythmes, activités, projets), de soutenir les équipes, de créer de nouveaux partenariats avec le secteur du handicap, d'argumenter les besoins de financements spécifiques, et d'inscrire l'ensemble dans une dynamique qualité.

Le pilotage de cette transformation s'inscrit dans une logique de conduite du changement. À cet égard, les travaux sur la théorie du changement en trois temps : dégel, transition et regel de Kurt Lewin (1947)⁴⁰ restent éclairants : toute dynamique de changement suppose une phase de dégel, une phase de transition, puis une phase de regel. Or, dans les EHPAD, les freins au changement sont nombreux : habitudes professionnelles, culture gérontologique dominante, charges de travail, peur de mal faire. Le rôle du cadre est ici déterminant pour créer les conditions de l'évolution, en associant les professionnels, en sécurisant les expérimentations, et en donnant du sens. Les équipes les plus engagées dans cette transition soulignent le rôle déterminant des cadres de proximité et de la direction pour écouter les difficultés sans les minimiser et pour un soutien à l'expérimentation et l'autorisation à sortir du cadre. Le levier principal reste la reconnaissance. Cela peut passer par des temps de valorisation, des retours

³⁹ Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Le Seuil, relatif à une approche systémique et stratégique des organisations, utile pour comprendre les jeux de pouvoir et d'influence.

⁴⁰ Lewin, K. (1947). *Frontiers in group dynamics: Concept, method and reality in social science*. Human Relations, 1(1), 5–41.

d'observation bienveillants, ou l'inscription des nouveaux enjeux dans les outils institutionnels (projet d'établissement, fiches de poste...).

Il appartient au management de garantir la mise en œuvre de ces principes, y compris pour des PHV ayant des troubles cognitifs, sensoriels ou de communication. Le référentiel d'évaluation de la HAS (2022)⁴¹ renforce cette exigence : il fait de la bientraitance (critère 1.3) et de la participation de la personne (critère 1.2) des axes prioritaires de la qualité. La construction de projets personnalisés adaptés, la prévention de la maltraitance et la gestion des risques doivent s'inscrire dans une stratégie globale portée par l'équipe de direction.

Henri Mintzberg (2006)⁴² rappelle que le management ne peut se résumer à un pilotage par les chiffres : il suppose une intelligence des situations, une capacité d'arbitrage et une vision éthique de l'action. Face à la complexité des parcours de PHV, le cadre doit adopter une posture de leadership bienveillant, facilitateur de coopération, garant du sens. Edgar Morin (2004)⁴³ parle de « pensée complexe » : c'est-à-dire une aptitude à relier les dimensions humaines, organisationnelles, institutionnelles et politiques de l'action.

En définitive, le management d'un EHPAD accueillant des PHV ne peut s'improviser : il repose sur une démarche stratégique, des compétences relationnelles, une éthique de la responsabilité, et une capacité à inscrire l'établissement dans une logique inclusive. Loin d'un simple pilotage administratif, il s'agit d'un engagement profond au service des plus vulnérables.

⁴¹ HAS – Haute Autorité de Santé. (2022). *Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux*.

⁴² Mintzberg, H. (2006). *Le management : Voyage au centre des organisations*. Éditions d'Organisation.

⁴³ Morin, E. (2004). *La méthode 6. Éthique*. Le Seuil.

CONCLUSION GENERALE

Au terme de ce travail, il apparaît que l'accueil des personnes handicapées vieillissantes en EHPAD ne peut se penser comme un simple ajustement de l'existant. Il interroge en profondeur les missions, les pratiques, les postures professionnelles et le modèle institutionnel même de l'EHPAD. Les verbatims recueillis, qu'ils soient issus des PHV, de leurs proches ou des professionnels, témoignent tous d'un même constat : l'accompagnement des PHV relève d'une logique d'inclusion qu'il faut encore pleinement construire.

Alors que les politiques publiques réaffirment depuis vingt ans le droit à la participation et à la citoyenneté des personnes en situation de handicap, le virage inclusif voulu par la loi de 2005 reste en cours, notamment dans les établissements médico-sociaux pour personnes âgées. Les tensions entre référentiels (perte d'autonomie versus projet de vie), les rigidités de financement, le cloisonnement institutionnel entre handicap et vieillissement, ainsi que l'insuffisante préparation des professionnels, freinent la mise en œuvre d'un accompagnement réellement individualisé et adapté aux PHV.

Pourtant, des leviers existent. L'analyse du terrain montre que la dynamique inclusive peut s'initier localement, grâce à l'engagement des équipes, au soutien d'un pilotage stratégique, et à l'ancrage territorial. Des initiatives structurantes comme l'implication d'un cadre éducatif transversal, la formalisation de parcours d'admission progressive, ou la mise en place d'outils de repérage des besoins spécifiques, permettent d'ouvrir de nouvelles voies. Les expériences recueillies dans plusieurs sites du SEGHA – comme à Morangis, Draveil ou Dourdan – démontrent qu'un EHPAD peut devenir un lieu de vie à part entière pour des PHV, à condition de repenser l'accompagnement au-delà du soin.

Les perspectives nationales rejoignent cette exigence. Comme le souligne un représentant de l'ARS de la région PACA : « *L'ambition ne peut pas reposer sur un ou deux établissements pionniers. Il faut une politique volontariste et transversale.* » L'absence de stratégie PHV à l'échelle nationale alimente aujourd'hui des réponses inégales selon les territoires, parfois guidées par l'urgence ou la saturation, et non par le projet de vie de la personne. Les bilans des 20 ans de la loi de 2005, rappellent que l'égalité d'accès et la qualité de l'accompagnement restent des promesses fragiles, tant que les moyens structurels, humains et politiques ne sont pas consolidés.

Dans ce contexte, l'EHPAD peut devenir un acteur central de l'inclusion à condition d'être soutenu, accompagné, et intégré à une stratégie médico-sociale territoriale cohérente.

Cela suppose une clarification des missions, un renforcement des compétences et de la pluridisciplinarité, une reconnaissance des spécificités liées au handicap, et un engagement politique pour faire des PHV non plus des "cas complexes", mais des citoyens âgés à part entière.

Ce travail de mémoire a constitué une expérience profondément transformatrice dans mon parcours de formation en tant qu'élève directrice. En m'immergeant dans la réalité des EHPAD accueillant des personnes handicapées vieillissantes, j'ai été confrontée à des enjeux complexes mêlant accompagnement, management, politiques publiques et éthique du soin. La diversité des points de vue recueillis, des professionnels aux proches aidants, m'a permis d'interroger mes représentations initiales, de développer une écoute plus fine des besoins non exprimés, et de comprendre l'importance de co-construire des réponses à partir des usages du terrain. Cette posture d'ouverture, à la fois humble et engagée, sera déterminante dans ma future fonction de direction, où il s'agira d'articuler des décisions stratégiques à des pratiques respectueuses des singularités de chacun. Ce mémoire m'a également appris à naviguer entre cadre réglementaire et innovation pragmatique, à assumer des marges d'incertitude, et à affirmer une vision inclusive du grand âge et du handicap au sein de la gouvernance des établissements.

Ce mémoire ouvre ainsi la voie à une réflexion plus large sur la capacité de nos institutions à évoluer avec les parcours de vie des personnes qu'elles accueillent. Il invite à dépasser les frontières administratives et les logiques catégorielles, pour coconstruire des réponses souples, humaines et durables. Car derrière chaque personne handicapée vieillissante, il y a une histoire singulière, une volonté de continuer à exister pleinement, et une exigence de respect. Il appartient à nos politiques publiques, à nos institutions, et à chaque professionnel, de répondre à cette exigence avec lucidité, responsabilité et engagement.

Bibliographie

- Les personnes handicapées vieillissantes : une approche à partir de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID), Etudes et résultats n°204 paru le 01/12/2002 de la DRESS par Hélène MICHAUDON,
- Rapport social unique 2024 – SEGAH,
- Sénat – Commission des affaires sociales (2025), *Rapport d'information sur l'adaptation du modèle médico-social face au vieillissement démographique* (déposé le 5 février 2025),
- Réponse à l'appel à projets ARS-CD de 2019 relatif aux PHV,
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, *Journal officiel de la République française*, 12 février 2005
- Vidal (18 février 2025). *Personnes handicapées vieillissantes : Nouvelle population, nouveaux défis pour les soignants*,
- Les personnes handicapées vieillissantes : espérance de vie et de santé, qualité de vie – Une revue de la littérature RFAS n°2-2005,
- DRESS-ONDPS-Personnes âgées polypathologiques : quels enjeux de démographie médicale ? Décembre 2019,
- CNSA, Mieux connaître les personnes handicapées avançant en âge grâce aux données d'enquêtes, 28 Février 2019,
- CNSA / DREES – Rapport de branche Autonomie (Février 2025),
- Cour des comptes (13 septembre 2023), *L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes*, rapport public thématique,
- ARS Nouvelle-Aquitaine / CREAL (2022), *Tableau de bord ESMS 2022 : Part des personnes de 50 ans ou plus en EAM/FAM et MAS*, Rabat,
- Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (2022). *Les Communautés 360 : un dispositif d'appui à la coordination des parcours complexes – bilan et perspectives*.
- CNSA & IReSP (2020). *Programme « Handicap et perte d'autonomie » : bilan des appels à projets 2011–2019*, Rapport de l'Institut de recherche en santé publique (IReSP) et de la CNSA,
- Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Éditions du Seuil.
- HOSPIMEDIA, Dossier « Les 20 ans de la Loi Handicap du 11 février 2005 » du 10 février 2025
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale parue au JORF n°1 du 3 Janvier 2002
- Charte Romain JACOB, *Pour améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap*, signée le 16 décembre 2014, Handidactique
- Haute Autorité de Santé (HAS), Mars 2022, *Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)*. CSMS, 8 mars 2022.
- Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPPH), 11 avril 2011 *Rapport 2011 : Vieillesse des personnes handicapées — une double peine ?*
- Avis n°102-CCNE-2008-*La personne de confiance, le consentement et les directives anticipées*,
- Dr Axel KHAN, Médecin généticien, éthicien, ancien Président de la Ligue contre le cancer et membre du comité consultatif national d'éthique (CCNE), 2006, *Et l'Homme dans tout ça ?*, Stock,
- Paul RICOEUR *Soi-même comme un autre* (1990),

- Loi n°2005-102 du 11 février 2005, *Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*, JORF n°36 du 12 février 2005, texte n° 1,
- Code de la construction et de l'habitation, articles L.111-7 à L.111-7-11, version consolidée,
- Décret n°2006-555 du 17 mai 2006, *relatif à l'accessibilité du cadre bâti*, JORF n°115 du 18 mai 2006,
- Défenseur des droits (10 février 2025), *Accessibilité universelle après 20 ans de la loi du 11 février 2005 : un bilan mitigé des ERP et de l'habitat*
- Loi n°2018-1021 du 23 novembre 2018 « *Évolution du logement, de l'aménagement et du numérique* » (loi ELAN), art. 64
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, articles L.311-3 et suivants du CASF.
- Recommandations de bonnes pratiques HAS, *Élaboration, mise en œuvre et évaluation du projet personnalisé*, 2009.
- CNSA (2024), dans son guide pour l'inclusion des personnes en situation de handicap en établissement, rappelle que le projet personnalisé est un levier de reconnaissance de l'autodétermination.
- Loi n°89-18 du 13 janvier 1989 relative à diverses dispositions d'ordre social, JORF n°11 du 14 janvier 1989.
- Code de l'action sociale et des familles, article L.241-6 (version consolidée).
- Cour des comptes (13 septembre 2023), *L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes*, rapport public thématique
- Cour des comptes (septembre 2023), *Monographie Essonne : personnes handicapées vieillissantes*, rapport public thématique
- ARS Île-de-France (mars 2021), *Cahier des charges – Unités PHV en Île-de-France*
- ARS Île-de-France (novembre 2019), *Appel à manifestation d'intérêt – Handicap (dont PHV)*
- ARS Île-de-France (février 2024), *Objectifs stratégiques PHV – santé-IDF*
- ARS Île-de-France & Conseil départemental de l'Essonne (juillet 2019). *Cahier des charges – Appel à projets création d'une plateforme pour personnes handicapées vieillissantes (PHV) dans le département de l'Essonne*. Projet incluant une tarification différenciée (+ 40 €/jour) pour les places dédiées aux PHV.
- Fédération Hospitalière de France (FHF). (23 juin 2025). *Expérimentation de la fusion des sections soins et dépendance en EHPAD et USLD*, accessible sur le site FHF
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Le Seuil, relatif à une approche systémique et stratégique des organisations, utile pour comprendre les jeux de pouvoir et d'influence.
- Lewin, K. (1947). *Frontiers in group dynamics: Concept, method and reality in social science*. Human Relations, 1(1), 5–41.
- HAS – Haute Autorité de Santé. (2022). *Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux*.
- Mintzberg, H. (2006). *Le management : Voyage au centre des organisations*. Éditions d'Organisation.
- Morin, E. (2004). *La méthode 6. Éthique*. Le Seuil.

Liste des annexes

- ANNEXE 1 : Guide pratique à destination des directeurs d'EHPAD accueillant des personnes handicapées vieillissante,
- ANNEXE 2 : Liste des entretiens menés,
- ANNEXE 3 : AAP Plateforme PHV – Dossier Projet 2020,
- ANNEXE 4 : Arrêté CD 91 pour 2023,
- ANNEXE 5 : Arrêté CD 91 pour 2024,
- ANNEXE 6 : Plaquette Equipe mobile SEGAH,

GUIDE PRATIQUE A DESTINATION DES DIRECTEURS D'EHPAD ACCUEILLANT DES PERSONNES HANDICAPEES VIEILLISSANTES



Ressources juridiques et textes de référence :

Textes législatifs et réglementaires : Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, Décret n°2004-287 relatif au CVS, Code de l'action sociale et des familles (CASF) – Parties réglementaires relatives aux EHPAD, à la dépendance, et au handicap, Arrêté du 26 avril 1999 relatif à la mise en œuvre de l'amendement Creton.

Référentiels et recommandations : Charte des droits et libertés de la personne accueillie, Charte pour le respect des droits et de la dignité des personnes handicapées vieillissantes (Charte Romain Jacob, 2014), Recommandations de bonnes pratiques de la HAS : « Qualité de vie en EHPAD », « Projet personnalisé », « Autonomie et participation », Travaux de la CNSA sur l'évolution des besoins des PHV, Référentiels SERAFIN-PH et travaux préparatoires de la réforme.

Documents opérationnels utiles : Guide CNSA sur l'accueil des PHV en structures médico-sociales, Cahier des charges Appel à projets PHV (DGCS – 2019), Fiches outils ANAP et CNSA sur l'inclusion en EHPAD, Guides territoriaux des ARS sur les parcours complexes et les Communautés 360, Schémas départementaux ou régionaux en faveur des PHV.

Ce guide peut également servir de support à la sensibilisation des équipes

I. Grille d'évaluation des besoins matériels / humains

L'accueil des personnes handicapées vieillissantes (PHV) en EHPAD suppose un ajustement précis des ressources humaines et matérielles. La diversité des profils, la spécificité des besoins (mobilité, communication, soins et accompagnement socio-éducatif) et l'historique de vie des PHV nécessitent une évaluation fine, structurée et régulière.

Dans un contexte d'augmentation des situations de handicap au sein des établissements et d'évolution des attentes en matière d'accompagnement ; Cette grille a pour objectif d'aider les directeurs d'EHPAD à :

- Identifier les écarts entre les besoins réels et les moyens disponibles,
- Prioriser les actions correctives (achats, recrutements et aménagements),
- Argumenter les demandes auprès des autorités de tarification (ARS et CD),
- Alimenter le projet d'établissement et les évaluations HAS.

Grille d'évaluation des besoins – PHV en EHPAD

Domaine	Besoins spécifiques repérés	Matériel / Ressources requises	Moyens disponibles	Écarts identifiés	Degré d'urgence	Actions à engager
Mobilité	Fauteuil adapté, verticalisateur, transfert lit/fauteuil	Lève - personne, rail au plafond, fauteuil électrique	XX lève-personne non mobile	Pas de rail au plafond	⚠	Étude d'aménagement, devis
Hygiène et soins	Besoins renforcés d'aide à la toilette, soins cutanés	Douche à l'italienne, matelas anti-escarres	Sanitaires étroits, Matériels usés	Equipe(men)t (s) non adapté(s)	!!	Demande subventions, réaménagement
Communication	Trouble du langage, déficience visuelle/auditive	Pictogrammes tablette, boucle magnétique	Aucun outil spécifique	Manque total de support	!!!	Mobilisation des équipes, appels à projet
Vie sociale	Besoin de médiation, difficultés de socialisation	Intervenant socio-éducatif, planning individualisé	Animateur seul sur le site	Sous-effectif	!!	Appui éducateur spécialisé

Domaine	Besoins spécifiques repérés	Matériel / Ressources requises	Moyens disponibles	Écarts identifiés	Degré d'urgence	Actions à engager
Alimentation	Troubles de déglutition, autonomie limitée	Vaisselle ergonomique, aide humaine, textures modifiées	Présence AS à l'oral	Aide parfois insuffisante	⚠	Formation, demande matériel
Rythmes de vie	Besoin de temps, rituels, fatigue rapide	Aménagement planning soins/activités	Organisation standardisée	Inadaptée aux PHV	!!	Repenser le rythme, équipes référentes
Accompagnement psycho-social	Troubles comportement, anxiété, besoin de repères	Psychologue, éducateur,	Appui psychologue ponctuel	Pas de présence dédiée	!!!	Fiche de poste cadre transversal

II. Fiches outils : admission progressive, CVS adapté, fiche repérage des besoins PHV

Fiche outil – Admission progressive des PHV

Objectif : Permettre une entrée en douceur du résident PHV en EHPAD, en limitant les ruptures de parcours, en favorisant les repères, et en construisant un climat de confiance.

Étapes recommandées :

- Premier contact avec la famille ou le représentant légal,
- Visite de l'établissement avec l'équipe référente,
- Entretien d'accueil anticipé avec le futur résident,
- Journées ou demi-journées d'accueil temporaire (3 à 5 séances recommandées),
- Évaluation des besoins spécifiques pendant les temps de présence,
- Mobilisation de l'équipe pluridisciplinaire en amont de l'admission permanente,
- Réajustement des modalités si nécessaire.

Fiche outil – Adaptation du Conseil de la Vie Sociale (CVS) aux PHV

Objectif : Permettre une participation effective des PHV au CVS, en respectant leurs capacités de compréhension et d'expression.

« Nos résidents PHV aimeraient participer au CVS, mais ce n'est pas encore prévu. »

Pistes d'adaptation :

- Proposer un accompagnement spécifique à la préparation des séances,
- Utiliser des supports visuels ou simplifiés pour l'ordre du jour,
- Organiser des temps d'expression dédiés avec les animateurs, psychologues ou éducateurs,
- Faciliter la représentation des PHV via des membres désignés ou des relais professionnels,
- Intégrer un temps de débriefing individuel ou collectif après chaque CVS.

Fiche outil – Repérage des besoins spécifiques des PHV

Objectif : Identifier les besoins spécifiques du résident PHV dès son admission et dans les premiers mois de son accompagnement, afin d'ajuster le projet personnalisé et les moyens mobilisés.

« Sur les fugues, les refus de tâches, les besoins spécifiques en lien avec le vieillissement »

Grands axes à explorer :

- Capacités sensorielles : vision, audition, communication,
- Capacités motrices : autonomie, gestes du quotidien, appareillages,
- Repères spatio-temporels et besoins de structuration,
- Relations sociales et préférences d'interactions,
- Histoire de vie et ancien parcours (FAM, MAS, domicile),
- Capacités de consentement, attentes, et expressions du choix.

III. Proposition de fiche de mission pour cadre socio-éducatif transversal

« Une seule éducatrice, pas de relais. Ce serait mieux d'avoir deux postes. »

Intitulé du poste : **Cadre socio-éducatif transversal – EHPAD accueillant des PHV**

Positionnement hiérarchique : Sous l'autorité du directeur d'établissement, en lien fonctionnel avec les psychologues, infirmiers coordinateurs, animateurs et référents handicap.

Finalité du poste : Contribuer à l'inclusion des personnes handicapées vieillissantes au sein de l'EHPAD, en apportant une expertise socio-éducative transversale, en soutenant les équipes, et en participant à l'adaptation des projets d'accompagnement.

Missions principales :

- Évaluer les besoins éducatifs, sociaux et relationnels des résidents PHV,
- Participer à l'élaboration et au suivi des projets personnalisés,
- Proposer et animer des actions collectives ou individuelles visant à préserver l'autonomie et le lien social,
- Être personne ressource pour les professionnels, en matière d'adaptation des pratiques,
- Co-animer des formations internes ou des groupes d'analyse de pratiques,
- Contribuer à la coordination avec les partenaires du handicap (établissements, associations, équipes mobiles, etc.).

Compétences attendues :

- Connaissance des publics en situation de handicap et du vieillissement,
- Aptitude à la médiation et à l'animation d'équipes,
- Capacité à rédiger des dossiers de demandes aux financeurs,
- Capacité d'adaptation aux différents contextes des EHPAD.

Conditions d'exercice :

- Poste mobile sur plusieurs sites (*Ex* : EHPAD d'un groupement).
- Permis B obligatoire.
- Travail en équipe pluridisciplinaire et participation à des réunions territoriales. (*Ex* : Plannings, Formations et partenaires à mobiliser)

PLANNING ANNUEL INDICATIF :

- Janvier : Diagnostic des besoins PHV avec l'équipe pluridisciplinaire (réajustement du projet d'établissement),
- Février : Mise à jour de la grille d'évaluation des besoins matériels/humains,
- Mars : Formation à la communication adaptée (Makaton, pictogrammes),
- Avril : Rencontre interétablissements avec les FAM, MAS, SAVS du territoire,
- Mai : Séquence de co-développement professionnel autour de situations complexes,
- Juin : Réunion CVS avec bilan spécifique PHV,
- Septembre : Formation sur le vieillissement des personnes en situation de handicap,
- Octobre : Simulation d'un parcours d'admission progressive,
- Novembre : Évaluation de la satisfaction des PHV et de leurs proches,
- Décembre : Bilan annuel et identification des besoins pour l'année suivante,

FORMATIONS A RECOMMANDER :

- Vieillesse et handicap – CNSA, ARS, ANFH,
- Postures professionnelles en situation de handicap,
- Communication adaptée – Makaton, outils visuels, langage simplifié,
- Prévention de l'usure professionnelle et gestion de l'agressivité,
- Projet personnalisé et coordination pluridisciplinaire.

PARTENAIRES RESSOURCES A MOBILISER :

- FAM, MAS, SAVS, SAMSAH du territoire,
- Equipes mobiles départementales handicap,
- Réseaux de soins palliatifs, de répit et d'aides aux aidants,
- Associations représentatives (APF France handicap, UNAPEI, etc...),
- ARS / Conseil Départemental (Référénts PHV),
- Dispositif Communautés 360,
- Centres ressources en déficiences sensorielles, autisme ou polyhandicap,
- MDPH, équipes mobiles, GEM, plateformes PHV, ARS, Conseils départementaux.

ANNEXE 2

LISTE DES ENTRETIENS MENES

Organisme Etablissement	Lieu	Fonction	Type d'entretiens
SEGAH	EHPAD de DRAVEIL.	Educatrice spécialisée	Entretien téléphonique
	EHPAD de DRAVEIL.	PHV Z	Entretien individuel
	EHPAD de DRAVEIL.	PHV Y	Entretien individuel
	EHPAD de DRAVEIL.	PHV X	Entretien individuel
	EHPAD de DRAVEIL.	Cadre de santé	Entretien individuel
	EHPAD de DOURDAN « ADAGIO »	EQUIPE + 4 PHV	Entretien collectif
	EHPAD de DOURDAN « SYMPHONIE »	2 AMP	Entretien collectif
	EHPAD de DOURDAN « SYMPHONIE »	Auxiliaire de vie	Entretien individuel
	EHPAD de DOURDAN « SYMPHONIE »	Responsable de l'unité	Entretien individuel
	EHPAD de DOURDAN « SYMPHONIE »	Adjointe de direction	Entretien individuel
	EHPAD de MORANGIS	2 PHV	Entretien collectif
	EHPAD de MORANGIS	2 PHV	Entretien collectif
	EHPAD de MORANGIS	Etudiante Educateur spécialisé	Entretien individuel
	EHPAD de MORANGIS	Moniteur éducateur	Entretien individuel
	EHPAD de MORANGIS	IDEC	Entretien individuel
	Equipe mobile	Responsable d'unité	Entretien en visioconférence
	Equipe mobile	2 coordonnateurs de parcours	Entretien collectif
FAMILLE – AIDANT	Equipe mobile	Aidant mère + Coordonnateur de parcours	Entretien collectif
ARS PACA	ARS PACA	Directeur de l'offre médico-sociale	Entretien en visioconférence
Plateforme ANCRAGE		Educatrice spécialisée	Entretien téléphonique
Foyer de vie		Directrice	Entretien téléphonique
RENNES	EHPAD+FOYER DE VIE	Directrice (D3S)	Entretien en visioconférence

ANNEXE 3



**Création d'une plateforme pour Personnes Handicapées
Vieillissantes (PHV) avec 36 places d'établissement d'accueil
médicalisé et 48 places d'établissement d'accueil non
médicalisé dans le département de l'Essonne**

DOSSIER PROJET



Cette réponse a appel à projet est l'alliance de deux opérateurs essonniers, l'un spécialisé dans l'accompagnement des personnes âgées dépendantes, le SEGA, le second dans l'accompagnement des personnes handicapées adultes, l'EPNAK.

C'est donc tout naturellement que le SEGA et l'EPNAK ont décidé de **mettre en commun leur savoir-faire, leur expertise et leurs réseaux partenariaux** pour offrir aux personnes handicapées vieillissantes - à partir de 40 ans et sans limite d'âge - un lieu de vie, un accompagnement social, éducatif et citoyen ainsi qu'une prise en charge médicale et paramédicale au plus près des besoins exprimés et évalués.

En qualité d'opérateurs publics, l'EPNAK et le SEGA s'engagent dès à présent à accueillir au sein de la plateforme tous les essonniers qui ont dû, faute de solutions, se retourner vers des établissements belges et qui aujourd'hui ou demain souhaiteraient revenir en Essonne.

L'ambition de ce projet est d'offrir **une palette de prestations** permettant, si nécessaire, une liaison douce d'un lieu de vie non médicalisé à un lieu de vie médicalisé.

Implanté dans le centre-ville de Cerny, la plateforme offrira un **cadre de vie privilégié et sécurisant** tout en offrant un libre accès aux différents commerces de la ville.

C'est ainsi que des adultes avec troubles psychiques et des besoins en accompagnement différents partageront un même plateau technique et humain offrant des lieux de vie distincts et autonomes.

Livré en 29 mois, la plateforme offrira une architecture permettant également la mutualisation de services tels que l'accueil, les bureaux administratifs, le pôle soins santé bien être, ... Ce sont ces zones d'activités qui permettront la liaison d'un lieu de vie à un autre et la coopération naturelle des équipes. La proximité avec l'EHPAD de Cerny permettra la mutualisation de la blanchisserie, de la restauration ainsi que celle de professionnels médicaux et paramédicaux et de ce fait une optimisation budgétaire.

Grâce à ses différentes coopérations tant humaines que logistiques, sans coûts supplémentaires, le SEGA propose de créer une **équipe mobile d'appui et de soutien aux aidants et aux établissements médico-sociaux de l'Essonne** afin d'améliorer l'accompagnement des PHV et de leur environnement familial.

SOMMAIRE

1. Quand deux opérateurs médico-sociaux, SEGA et EPNAK, mettent leurs savoir-faire au service de la personne handicapée vieillissante	5
1.1. Une plateforme PHV portée par le Service Essonnien du Grand Age (SEGA) ...	5
1.2. ... en partenariat avec l'Établissement Public National Antoine Koenigswarter (EPNAK).....	6
1.3. Focus sur l'UPHV du SEGA et l'Hantr'Act de l'EPNAK.....	7
1.4. Des acteurs aux valeurs communes déjà engagés dans l'accompagnement PHV troubles psychiques.....	8
1.5. Une gouvernance et une gestion de la plateforme par le SEGA ...	8
Retour d'expérience : Accompagnement de deux PHV à l'EHPAD Louise Michel du SEGA	11
2. Le contexte de création d'une plateforme PHV Troubles Psychiques	11
2.1. Personnes handicapées vieillissantes : quelle définition ?.....	11
2.2. Vieillesse des personnes handicapées sur le département : état des lieux et perspectives	11
2.3. Troubles psychiques : de quoi parle-t-on ?.....	12
3. Repérage du vieillissement des personnes handicapées psychiques	14
3.1. Repérage des signes et des effets du vieillissement	14
3.2. Les conséquences du vieillissement sur la nature des besoins	15
4. Une plateforme de services adaptée dans un cadre de vie privilégié.....	20
4.1. Une implantation dans la commune de Cerny.....	20
4.2. Une architecture adaptée aux besoins et au terrain.....	21
4.3. Un dispositif d'habitat évolutif, adapté et facilitant le parcours de vie	24
5. Une plateforme ouverte sur son environnement	25
6. Une offre de service en réponse aux besoins	28
6.1. Le public accompagné par la plateforme PHV	28
6.2. Des activités adaptées en réponse aux besoins socio-éducatifs	28
6.3. Un accompagnement à la santé	31
6.4. L'importance d'accompagner et faciliter les transitions pour le bien-être des personnes	37
7. La place de l'entourage au sein de la plateforme	39
7.1. Les prérequis d'une relation partenariale équilibrée.....	39
7.2. Le respect de l'intimité et de l'autonomie des personnes accueillies	40
7.3. Les modalités de participation à la vie institutionnelle	40
8. L'accompagnement médico-social à l'œuvre.....	42
8.1. Le projet d'accompagnement personnalisé	42
8.2. Le référent de parcours	43
8.3. Les modalités d'admission, de gestion des refus d'admission, liste d'attente	43
8.4. Les dispositions relatives à la qualité et aux droits des usagers.....	44
9. Les moyens humains et matériels de la plateforme	48
9.1. L'équipe de la plateforme	48
9.2. Le plan de formation, la supervision des équipes et l'analyse de la pratique	50
9.3. Le plan de recrutement	51
10. Le cadrage financier du projet	53

UNE PROPOSITION DE SERVICE COMPLEMENTAIRE

Une équipe mobile d'appui pour les aidants familiaux et professionnels des établissements et services médico-sociaux (PA-PH) de l'Essonne 56

Liste des annexes

La présentation des partenaires de la plateforme :

1. Plaquette SEGA
2. Plaquette de présentation de l'EPNAK
3. Convention de coopération SEGA / EPNAK

Les lettres de soutien et partenariats :

4. La Fondation Franco-Britannique de Sillery
5. Le Centre Hospitalier Privé Gériatrique les Magnolias
6. L'IADES Plateforme PHV 2019 + lettre AMI PHV 2018 (6b)
7. Centre Hospitalier Sud Essonne
8. EHPAD Degommier de Cerny
9. Convention de partenariat Papillons blancs de l'Essonne
10. ESAT Paul Besson, lettre de soutien pour AMI PHV SEGA 2018
11. AAPISE, lettre de soutien pour AMI PHV SEGA 2018
12. ILVM, lettre de soutien pour AMI PHV SEGA 2018
- 12b. EPS Barthélémy Durand, lettre de soutien

Les fiches activités :

13. Calendrier vie sociale 2020 EHPAD Louise Michel SEGA
14. Faire les courses ensemble
15. Accompagnement à la gestion budgétaire
16. Bien vivre ensemble
17. Jardins partagés
18. Médiathèque
19. Percussions brésiliennes
20. Photolangage
21. Prendre soin de sa santé

Données architecturales :

22. Axentia, lettre d'intention d'acquisition terrain de Cerny
23. Bail de location + Tableau de simulation du loyer (23b)
24. Délibération CA EHPAD Degommier pour la cession du terrain de Cerny
25. Tableau + données des surfaces du bâtiment (25b)
26. Références « Vous êtes ici Architectes »
27. Références « IDéel »

Documents de fonctionnement du SEGA :

28. Démarche qualité du SEGA – note et procédures
29. Contrat de séjour EHPAD SEGA
30. Règlement de fonctionnement EHPAD SEGA
31. Livret d'accueil EHPAD SEGA
32. Projet d'établissement EHPAD SEGA

Autres annexes :

33. Flyer Numéro Unique Essonne – Espace Singulier

Documents budgétaires

34. Tableaux EPRD et annexes financière (34b) et effectif (34c)



ANNEXE 4



Direction de l'autonomie

Service des établissements sociaux et médico-sociaux

ARRETE N° 2023-ARR-DA-0255 DU 3 MARS 2023

FIXANT LES TARIFS JOURNALIERS AFFERENTS A L'HEBERGEMENT ET A LA DEPENDANCE ET LE
FORFAIT GLOBAL DÉPENDANCE A COMPTER DU 1ER MARS 2023
DE L'EHPAD GENEVIEVE LAROQUE 174 VOIE DU CHEMINET
91420 MORANGIS N° FINESS 91 001 9462

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

VU le code général des collectivités territoriales,

VU le code de la santé publique,

VU le code de l'action sociale et des familles dans ses parties législative et réglementaire,

VU l'ordonnance 2005-1477 du 1^{er} décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux,

VU la loi 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions,

VU la loi 82-623 du 22 juillet 1982 modifiant et complétant la loi 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions et précisant les nouvelles conditions d'exercice du contrôle administratif sur les actes des autorités communales, départementales et régionales,

VU la loi 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat,

VU la loi 83-1186 du 29 décembre 1983 portant modification des dispositions relatives aux relations financières et aux transferts de compétences entre l'Etat et les collectivités locales,

VU la loi 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'action sociale et de santé,

VU la loi 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie,

VU la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale,

VU la loi 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République,

VU la loi 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement,

VU le décret 83-1067 du 8 décembre 1983 relatif au transfert des compétences en matière d'action sociale et de santé,

N°50951/KM

VU le décret 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L313-12 du code de l'action sociale et des familles,

VU le décret 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles,

VU le règlement départemental d'aide sociale,

VU la délibération du Conseil départemental SP-2023-3-011/1 du 12 décembre 2022 fixant un objectif annuel d'évolution des dépenses pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux dans le cadre de la procédure de tarification 2023,

VU l'arrêté du Président du Conseil départemental 2023-ARR-DA-0063 du 16 janvier 2023 portant fixation du point GIR départemental 2023 et taux de revalorisation des produits de la tarification reconductibles servant de référence pour le calcul du forfait global dépendance,

VU le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2019-2023 du SEGA,

VU la décision d'autorisation budgétaire en date du 2 mars 2023,

CONSIDERANT l'arrêté conjoint en cours de signature portant autorisation de création d'une unité de 13 places et d'une unité de 12 places dédiées à l'accueil et à l'hébergement des Personnes Handicapées Vieillissantes au sein des capacités existantes des EHPAD « Geneviève Laroque » à Morangis et « Jean Sarran » à Dourdan gérés par le Service public Essonnien du Grand Age (SEGA),

SUR la proposition du Directeur général des services départementaux,

ARRETE

ARTICLE 1 : pour l'exercice budgétaire 2023, les dépenses et les recettes prévisionnelles de l'EHPAD Geneviève Laroque 174 voie du Cheminet 91420 MORANGIS sont autorisées comme suit, hors résultat :

	Hébergement	Part des prestations afférentes à la dépendance
Dépenses	2 657 967,66 €	567 869,09 €
Recettes	298 587,66 €	

ARTICLE 2 : les tarifs précisés aux articles 3 et 4 sont calculés sans intégration de résultat.

ARTICLE 3 : pour l'exercice 2023, les tarifs journaliers afférents à l'hébergement de l'EHPAD Geneviève Laroque 174 voie du Cheminet 91420 MORANGIS sont fixés ainsi qu'il suit à compter du 1^{er} mars 2023 :

Tarif hébergement pour les résidents de plus de 60 ans : 70,00 €

Tarif hébergement pour les résidents de moins de 60 ans : 70,00 € + 18,18 € = 88,18 €

Tarif hébergement pour personnes handicapées vieillissantes de plus de 60 ans 110,00 €

Tarif hébergement pour personnes handicapées vieillissantes de moins de 60 ans : 128,18 €

En cas d'hospitalisation au-delà de 72 heures, le forfait journalier sera déduit de ce montant.

En cas d'absence au-delà de 72 heures, le forfait tel que fixé par le règlement départemental d'aide sociale sera déduit de ce montant.

ARTICLE 4 : pour l'exercice 2023, les tarifs journaliers afférents à la dépendance de l'EHPAD Genève Laroque 174 voie du Cheminet 91420 MORANGIS pour les résidents non essonniens et les non-bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie sont fixés ainsi qu'il suit à compter du 1er mars 2023 :

GIR 1-2:	20,95 €
GIR 3-4:	13,30 €
GIR 5-6:	5,61 €

Tarifs pour personnes handicapées vieillissantes (PHV)

GIR 1-2 :	110,00 € + 20,95 € = 130,95 €
GIR 3-4 :	110,00 € + 13,30 € = 123,30 €
GIR 5-6 :	110,00 € + 5,61 € = 115,61 €

Pour l'ensemble des résidents, sauf en cas d'absence, et ce, dès le 1^{er} jour, les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie restent redevables envers l'établissement de la participation forfaitaire correspondant au tarif du GIR 5-6.

ARTICLE 5 : pour l'exercice 2023, les tarifs journaliers afférents à l'accueil temporaire de l'EHPAD Geneviève Laroque 174 voie du Cheminet 91420 MORANGIS sont fixés ainsi qu'il suit à compter du 1er mars 2023 :

GIR 1-2 :	70,68 € + 20,95 € =	91,63 €
GIR 3-4 :	70,68 € + 13,30 € =	83,98 €
GIR 5-6 :	70,68 € + 5,61 € =	76,29 €

ARTICLE 6 : les tarifs appliqués à l'article 4 serviront de base de calcul de la participation des résidents selon leurs ressources.

ARTICLE 7 : une modulation du forfait sera opérée sur l'exercice 2024, en fonction du taux d'occupation et de la participation réelle des essonniens bénéficiaires de l'APA établissement, présents au cours de l'année 2022.

ARTICLE 8 : le forfait mensuel à la charge du Département de l'Essonne est de 16 408,94 € à compter du 1^{er} mars 2023.

ARTICLE 9 : le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale est compétent pour statuer sur les recours contre les arrêtés fixant les prix de journée des établissements publics ou privés. Tout recours contentieux contre le présent arrêté doit être adressé à son greffe, Conseil d'Etat, bureau de la rue de Richelieu, Palais Royal, 75001 PARIS.

ARTICLE 10 : tout recours doit être formé dans le délai franc d'un mois, à compter de la publication de la décision attaquée ou, à l'égard des personnes et organismes auxquels elle est notifiée, à compter de sa notification.

ARTICLE 11 : le Directeur général des services départementaux, le Payeur départemental, la Directrice générale adjointe Solidarités, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Bulletin officiel du Département de l'Essonne.

Pour le Président du Conseil départemental
et par délégation,
La Directrice de l'Autonomie

Sonia Pires

DIRECTION DE L'AUTONOMIE (DA)
DA/SCE ETB SOC ET MEDICO SOC

ARRETE N° 2024-ARR-194 DU 1er MARS 2024

FIXANT LES TARIFS JOURNALIERS AFFÉRENTS À L'HÉBERGEMENT À COMPTER DU 1ER MARS
2024
DE L'EHPAD GENEVIEVE LAROQUE
174 VOIE DU CHEMINET
91420 MORANGIS
N° FINESS 91 001 9462

LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL

VU le code général des collectivités territoriales,

VU le code de la santé publique,

VU le code de l'action sociale et des familles dans ses parties législative et réglementaire,

VU l'ordonnance 2005-1477 du 1^{er} décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux,

VU la loi 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions,

VU la loi 82-623 du 22 juillet 1982 modifiant et complétant la loi 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions et précisant les nouvelles conditions d'exercice du contrôle administratif sur les actes des autorités communales, départementales et régionales,

VU la loi 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat,

VU la loi 83-1186 du 29 décembre 1983 portant modification des dispositions relatives aux relations financières et aux transferts de compétences entre l'Etat et les collectivités locales,

VU la loi 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'action sociale et de santé,

VU la loi 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie,

VU la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale,

VU la loi 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République,

VU la loi 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement,

VU le décret 83-1067 du 8 décembre 1983 relatif au transfert des compétences en matière d'action sociale et de santé,

VU le décret 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L313-12 du code de l'action sociale et des familles,

VU le décret 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles,

VU le règlement départemental d'aide sociale,

VU la délibération du Conseil départemental SP-2023-3-015/1 du 20 novembre 2023 fixant un objectif annuel d'évolution des dépenses pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux dans le cadre de la procédure de tarification 2024,

VU le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2019-2023 du SEGA,

VU la décision d'autorisation budgétaire en date du 27 février 2024,

SUR la proposition du Directeur général des services départementaux,

ARRETE

ARTICLE 1 : pour l'exercice budgétaire 2024, les dépenses et les recettes prévisionnelles de l'EHPAD Geneviève Laroque 174 voie du Cheminet 91420 Morangis sont autorisées comme suit, hors résultat :

	Hébergement
Dépenses	2 828 022,66 €
Recettes	298 587,66 €

ARTICLE 2 : les tarifs précisés l'article 3 sont calculés sans intégration de résultat.

ARTICLE 3 : pour l'exercice 2024, les tarifs journaliers afférents à l'hébergement de l'EHPAD Geneviève Laroque 174 voie du Cheminet 91420 Morangis sont fixés ainsi qu'il suit à compter du 1^{er} mars 2024 :

Tarif hébergement pour les résidents de plus de 60 ans :75,98 € ·

Tarif hébergement pour personnes handicapées vieillissantes de plus de 60 ans 115,98 € ·

ARTICLE 4 : le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale est compétent pour statuer sur les recours contre les arrêtés fixant les prix de journée des établissements publics ou privés. Tout recours contentieux contre le présent arrêté doit être adressé à son greffe, Conseil d'Etat, bureau de la rue de Richelieu, Palais Royal, 75001 PARIS.

ARTICLE 5 : tout recours doit être formé dans le délai franc d'un mois, à compter de la publication de la décision attaquée ou, à l'égard des personnes et organismes auxquels elle est notifiée, à compter de sa notification.

ARTICLE 6 : le Directeur général des services départementaux et la Directrice générale adjointe des solidarités sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente délibération qui sera publiée sur le site internet du Département de l'Essonne.

Acte rendu exécutoire compte tenu de :
La publication le 01/03/24
La transmission au représentant de l'Etat
le 01/03/2024

A/R Préfecture
N° : 91-229102280-20240101-43522-AR-1-1
Du : 01/03/2024

Pour le Président et par délégation,
Le chef de service des établissements sociaux et
médico-sociaux

SIGNÉ

Céline Ait Sab

ANNEXE 6

Pour qui ?

Les **aidants familiaux**

Les **professionnels** des ESMS

accompagnant une PHV

de minimum 45 ans

reconnue par la MDPH

avec **domicile de secours Essonnien**

L'équipe se déplace

au rythme des **besoins**

à votre **domicile**

en **ESMS**

en **lieu neutre**

gratuitement



Quelles missions ?

Évaluer les besoins de la PHV,
du professionnel, de l'aidant

Orienter vers les services
compétents

Rechercher des solutions
adaptées

Soutenir et **conseiller** les aidants
dans les démarches sociales,
administratives, médicales...

Accompagner l'aidant en
préservant le lien familial.

Informer des services et offres
du territoire

NB : L'équipe mobile n'accompagne pas directement
la personne en situation de handicap



Équipe mobile d'appui PHV 91 SEGAH - EPN AK

aux **aidants familiaux**

et **professionnels**

des Établissements et Services
Médico-Sociaux (ESMS)

accompagnant une

Personne Handicapée Vieillissante

(PHV) souffrant de

troubles psychiques ou mentaux

reconnus par la

Maison Départementale des
Personnes Handicapées (MDPH)



ANTENNE NORD VILLEBON-SUR-YVETTE



Coordinatrices du Nord

Mme CHABRIER
06.40.87.52.21

Mme GUÉRIN
06.75.01.10.73

ANTENNE SUD ETRECHY

Coordinatrices du Sud

Mme ROLLAND
06.40.87.52.25

Mme RONCO
07.88.40.65.99

<NOM>	<Prénom>	<Date du jury>
MASTER 2 Parcours AMOS Promotion 2025		
Transformer l'EHPAD pour accueillir autrement : vers un accompagnement adapté des personnes handicapées vieillissantes		
ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SANTE PUBLIQUE (EHESP)		
Résumé : Ce mémoire analyse les enjeux spécifiques liés au vieillissement des personnes en situation de handicap et les conditions d'un accompagnement adapté en EHPAD. La première partie met en évidence l'usure précoce, les ruptures de parcours et le manque d'anticipation institutionnelle, qui rendent souvent l'entrée en établissement difficile et génératrice de nouvelles vulnérabilités. Elle souligne également les limites des dispositifs actuels et l'inadéquation des outils d'évaluation classiques. La seconde partie propose des leviers pour transformer les EHPAD : adaptation du cadre de vie, formation des professionnels, création de référents handicap, dispositifs d'admission progressive et gouvernance plus inclusive. À travers l'exemple du SEGAH, le travail montre qu'un accompagnement réellement inclusif nécessite une approche interdisciplinaire, une culture de la transition et une éthique de la singularité. Il insiste enfin sur la nécessité de structurer une véritable stratégie territoriale pour l'accueil des personnes handicapées vieillissantes, fondée sur la co-construction, la capitalisation d'expériences et le pilotage collectif.		
Mots clés : Vieillessement précoce – Inclusion - Transition de parcours – EHPAD - Personnes handicapées vieillissantes (PHV) - Transformation organisationnelle		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		