



## PERSONNES HANDICAPÉES À DOMICILE : LA QUESTION DES BABY-BOOMERS...\*

Par le CREAI PACA et Corse

\* Ce cahier est la synthèse d'une étude réalisée à la demande de la DRASS par Sophie BOURGAREL, chargée d'études.

L'arrivée des baby-boomers à l'âge de la retraite concerne aussi les personnes handicapées. Cette étude s'est donnée pour objectif de les dénombrer et de les localiser au sein de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Reposant sur des statistiques établies à partir de la source CAF et plus particulièrement des bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé âgés de 40 à 59 ans et vivant à domicile, ce travail appréhende ce public selon son profil (degré d'incapacité, âge, situation familiale, etc.) et propose un diagnostic par territoire de santé de proximité.

En 2005, on comptait en région PACA environ 30 000 allocataires de l'AAH vivant à leur domicile et ayant entre 40 et 59 ans. Parmi eux, à peine moins de la moitié est âgée de 50 à 59 ans. Ces personnes auront besoin dans un avenir proche de services à domicile ou de places en établissement. Les territoires de santé de proximité (ARH) de Nice et de Toulon enregistrent les plus fortes proportions de ces adultes vieillissants.

Les allocataires ayant entre 40 et 59 ans sont souvent célibataires et sans enfant, ce qui accentue leur fragilité. A peine un quart de l'effectif total vit en couple. La majorité des allocataires (61,5 %) a une incapacité supérieure ou égale à 80 %.

La répartition des personnes les plus fragiles dans la région se fait selon une double polarisation : en proportion, le Var abrite beaucoup de personnes très fragilisées, ainsi que les Hautes-Alpes. Cependant, en termes d'équipements, si les Hautes-Alpes, comme les Alpes-de-Haute-Provence, sont plutôt bien dotées en places d'établissements médico-sociaux, ce n'est pas le cas des départements méditerranéens.

### 1 Le CREAI



Le CREAI Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse est une structure créée par circulaire ministérielle. L'une de ses missions est d'analyser l'ensemble

des besoins des personnes en difficulté ou en situation de handicap. Le CREAI joue un rôle d'interface entre les pouvoirs publics, le secteur associatif et les usagers.

Le CREAI a une mission de formation auprès des professionnels du secteur médico-social. Il aide à l'élaboration des projets d'établissements et à l'évaluation interne. Il accompagne aussi les équipes éducatives dans l'évolution des modalités d'intervention en regard des nouvelles réglementations, analyse les pratiques professionnelles et leur cohérence avec les objectifs et les politiques de prise en charge. Le CREAI a aussi une fonction d'observation. Il fournit aux professionnels des données relatives à la population handicapée, aux clientèles des établissements et services, aux moyens d'accueil et d'aide et aux modes de prise en charge. Il réalise des études sur les problématiques actuelles (vieillesse des personnes handicapées, accès aux sports, aux loisirs et à la culture, intégration professionnelle, scolaire et sociale...).

Il tient à jour une base de données où figurent, entre autres, les caractéristiques et les prestations des établissements et des services sociaux et médico-sociaux et des écoles de formation. Cette base a fait l'objet d'une publication en 2007 sous la forme d'un Répertoire interrégional. Il édite également un bulletin mensuel qui déroule l'actualité médico-sociale régionale, nationale, le point sur les évolutions législatives et réglementaires, les offres et demandes d'emploi de la région, la vie associative régionale, ainsi que des articles de fond. Cette publication est assortie d'un « Numéro Spécial » qui traite cette année des métiers du médico-social. Enfin, le CREAI anime un service d'offres/demandes d'emploi ainsi qu'un service de documentation technique et juridique.



## DES PROGRÈS IMPORTANTS DANS L'ESPÉRANCE DE VIE

Nos sociétés riches voient croître leur espérance de vie « en bonne santé ». Qu'en est-il chez les personnes atteintes d'un handicap ? L'étude bibliographique récente de B. AZEMA et N. MARTINEZ compile les savoirs sur ce thème. Pour les personnes déficientes intellectuelles, l'espérance de vie est proche de celle de la population générale si la déficience est légère ou moyenne, mais plus faible pour les déficiences dites sévères. Les porteurs de trisomie 21 sont moins avantagés que l'ensemble de ce groupe **1**.

Concernant les personnes souffrant de troubles moteurs, l'espérance de vie varie pour les infirmes moteurs cérébraux (IMC) selon leur degré d'autonomie. Une étude de 1998 (STRAUSS & SHAVELLE) montre qu'une femme IMC âgée de 15 ans décèdera 13 ans plus tôt que sa congénère sans handicap si elle a une bonne autonomie, mais environ 40 ans plus tôt si elle est très peu autonome.

Le suicide, les violences, les addictions, ainsi qu'une hygiène de vie défaillante, concourent à diminuer l'espérance de vie des personnes atteintes de troubles mentaux. La faible médicalisation des établissements médico-sociaux et une expérience insuffisante du handicap chez les médecins de ville (AULAGNIER M. et al., 2004) contribuent à une sous-évaluation

## 1 Les différentes espérances de vie en Australie en 2000

Secteurs d'activité	Espérance de vie de la population australienne en 2000	Age médian <sup>(1)</sup> au décès des déficients intellectuels autres que trisomiques	Age médian au décès des personnes trisomiques 21
Hommes	75,6 ans	68,1	61,1
Femmes	81,2 ans	74,3	57,8

Source : Glasson et alii, 2003

(1) Âge médian au décès : il s'agit dans un groupe donné de l'âge atteint par la moitié des personnes au moment de leur décès. La population d'étude est alors divisée en deux groupes : 50% qui présentent un âge au décès plus élevé, et l'autre moitié qui présente un âge au décès inférieur à l'âge médian.

des problèmes de santé en dehors de ceux découlant directement du handicap. Ainsi, le vieillissement majore les conséquences du handicap, en renforçant dépendance et incapacités.

## LES AIDANTS ET LES PERSONNES HANDICAPÉES : ISOLEMENT PARALLÈLE

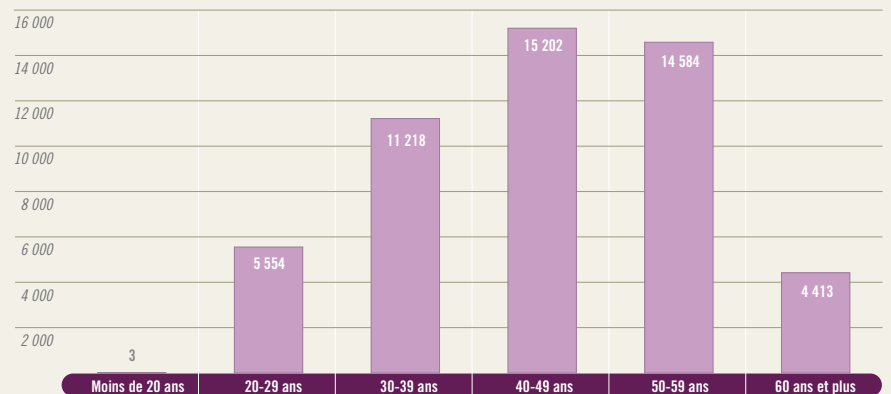
Le maintien d'une personne handicapée à domicile dépend bien souvent de l'aide qu'elle reçoit de sa famille ou d'autres proches. Une étude réalisée en 2004 par le CREAI sur notre région estimait à 10 000 le nombre d'aidants <sup>(2)</sup> non professionnels âgés de 60 ans ou plus. On calculait aussi que 26 % des personnes handicapées âgées de 60 ans et plus avaient un aidant lui aussi dans cette tranche d'âge. En 2004, on comptait 3 300 aidants de 75 ans et plus et on estimait qu'en 2009, ils seraient 4 600. D'autres travaux des CREAI montrent que la prise en charge familiale de l'enfant handicapé rétrécit bien souvent le cercle de relations de la famille, et fragilise les parents âgés vivant avec leur enfant handicapé.

Il apparaît aussi que ces familles vivant avec leur enfant handicapé à domicile sous-utilisent les services dont ils pourraient bénéficier. Certains ne

connaissent pas l'existence des services à domicile et l'étendue de leur palette d'interventions. D'autres, qui les ont utilisés un temps, les jugent inadéquats ou refusent leur présence dans l'espace intime du domicile familial. Ces parents qui ont pris en charge, depuis la naissance, leur enfant handicapé, imaginent difficilement leur vieillesse et l'incapacité qui en résulte à soutenir leur enfant, et tardent bien souvent à organiser leur relève. De plus, pour ces handicapés adultes n'ayant bien souvent vécu qu'au sein du domicile familial, l'adaptation à la vie en collectivité dans un établissement est laborieuse, voire pénible. Le sachant, les structures sont quelquefois réticentes à accueillir



## 2 Les allocataires de l'AAH vivant à domicile par tranche d'âge



Source : CAF PACA – FREM 01/2005

## 2 Méthodologie de l'étude

Pour localiser l'ensemble des allocataires AAH résidant à domicile, nous avons pu obtenir les données issues du fichier FREM (Fichier Réduit MEnsuel) des CAF de janvier 2005. Sa structure permet en effet de connaître les personnes hébergées en collectivité qui font l'objet d'une codification spécifique sur le plan de la gestion. Nous avons donc exclu ces personnes du fichier, ce qui nous a permis de garder les seuls allocataires vivant en logement non collectif, c'est-à-dire ceux disposant d'un logement individuel ou familial.

On doit aussi rappeler que les allocataires de l'AAH ne représentent pas l'ensemble des adultes handicapés, certains n'ayant pas droit à l'AAH ou n'en ayant pas fait la demande. Sont aussi incluses dans cette population des personnes temporairement invalides, suite à une maladie par exemple, qui vieilliront peut-être ensuite de la même façon que la population générale.

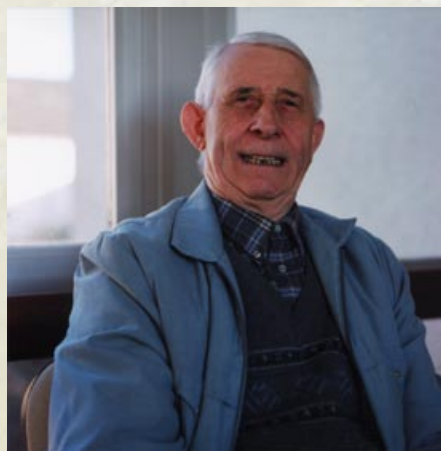
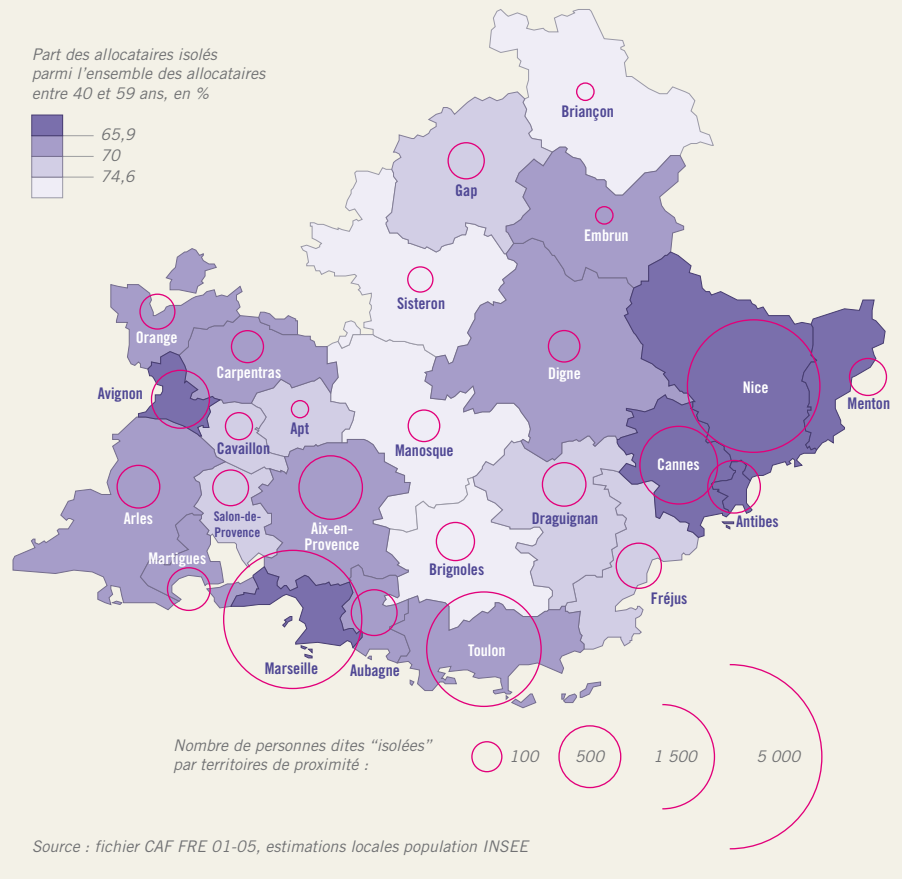
ces adultes, qui poseront plus de problèmes que ceux déjà familiarisés avec les collectivités.

(2) Il s'agit ici des aidants informels des personnes ayant déclaré lors de l'enquête HID avoir une reconnaissance de leur handicap par la COTOREP.

## LES ALLOCATAIRES VIEILLISSANT À DOMICILE : UN PAPY-BOOM À VENIR

Début 2005, parmi l'ensemble des bénéficiaires de l'AAH vivant à domicile **2** de la région, environ 60 %, soit environ 30 000 allocataires, étaient âgés de 40 à 59 ans. Les jeunes allocataires sont minoritaires : pour ceux ayant entre 20 et 24 ans, l'ouverture des droits à l'AAH signifie la fin de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (Aeeh) perçue par leurs parents. De façon générale, la population handicapée tend à augmenter avec l'âge. On y retrouve à la fois des personnes handicapées suite à un accident et des personnes dont le handicap léger leur avait permis auparavant une insertion dans le monde ordinaire. Au fil des années, les personnes ayant un taux d'incapacité inférieur à 80 % deviennent plus nombreuses, jusqu'à former presque 40 % de l'effectif chez les 40-59 ans. La faiblesse du nombre d'adultes âgés de 60 ans et plus s'explique par leur basculement vers les prestations de droit commun réservées aux personnes âgées.

## 3 Bénéficiaires de l'AAH dits « isolés » de 40 à 59 ans vivant à domicile en 2005



### DES ALLOCATAIRES RELATIVEMENT ISOLÉS

Les trois quarts des bénéficiaires de l'AAH entre 40 et 59 ans à domicile sont célibataires. Ces personnes relativement isolées (mais pouvant vivre avec leurs parents âgés, par exemple) pourront à terme avoir besoin d'une place en établissement, avec les effets de l'âge et du handicap conjugués. Comme on le soulignait ci-avant, le vieillissement de l'aidant peut rendre total l'isolement de la personne handicapée, par exemple à l'occasion de son hospitalisation.

Sur la carte **3**, on peut observer que les territoires de santé de proximité les plus urbanisés sont les plus fortement concernés par les allocataires seuls. Nice (4 490) et Marseille (5 063) rassemblent les effectifs les plus nombreux d'allocataires dits « isolés » et les taux d'« isolés » les plus élevés. Les territoires de Cannes, Menton et Avignon abritent également ce public en forte proportion.

### INCAPACITÉ SUPÉRIEURE OU ÉGALE À 80 % : L'EFFET VAR

En termes d'effectifs, les agglomérations urbaines du littoral rassemblent, de Martigues à Nice, presque 13 500 adultes âgés de 40 à 59 ans, lourdement handicapés et vivant cependant en domicile individuel ordinaire. En termes relatifs, la répartition des taux est très influencée par la forte fréquence d'AAH accordées avec un taux d'incapacité de 80 % et plus dans le Var (87 % des AAH versées par la CAF en janvier 2005) et dans les Hautes-Alpes (74 % des AAH versées par la CAF en janvier 2005) alors que la moyenne régionale s'élève à 61,5 %. Ainsi, il est

### 3 L'Allocation Adulte Handicapé

L'AAH est une allocation destinée à apporter une aide financière aux personnes handicapées aux revenus modestes. Elle est de deux types :

- L'AAH pour un taux d'incapacité permanente reconnu comme étant supérieur à 80 % par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui a remplacé la COTOREP et la CDES.

- L'AAH pour un taux compris entre 50 et 79 %, assorti de l'impossibilité d'occuper un emploi du fait du handicap. Le demandeur doit être âgé de moins de 60 ans et de plus de 20 ans, ou de plus de 16 ans s'il ne remplit plus les conditions pour ouvrir droit aux allocations familiales. Il doit également ne pas avoir travaillé depuis au moins un an.

Les ressources prises en compte pour le calcul du droit à l'AAH sont les revenus nets du demandeur. Elles ne doivent pas dépasser les plafonds annuels suivants :

- 7 455,24 € pour une personne seule, 14 910,48 € pour une personne vivant en couple.

Ce plafond est majoré de 3 727,62 € par enfant à charge. Cette allocation, versée par la CAF ou la MSA, atteint 621,27 € mensuels.

En principe, l'AAH n'est plus versée à partir de 60 ans, âge auquel les bénéficiaires basculent dans le régime de retraite pour inaptitude. Seuls ceux atteints d'une incapacité permanente d'au moins 80 % peuvent conserver une partie de l'AAH afin de maintenir un niveau de revenu équivalent à 621,27 €.

difficile de savoir si cette forte présence d'allocataires AAH avec un taux d'incapacité élevé livre une réelle indication de l'état de santé de ces personnes ou signale des interprétations différentes du guide-barème par les commissions d'évaluation.

### QUELLES SPÉCIFICITÉS POUR LES TERRITOIRES EN PACA ?

La typologie élaborée, ci-dessous, permet de souligner ce qui rapproche ou différencie le plus un territoire de santé de proximité d'un autre. Les variables utilisées pour construire cette typologie sont : le taux de femmes allocataires de l'AAH entre 40 et 59 ans, le taux de personnes isolées allocataires de l'AAH entre 40 et 59 ans, le taux d'allocataires de l'AAH entre 50 et 59 ans, le nombre moyen de personnes

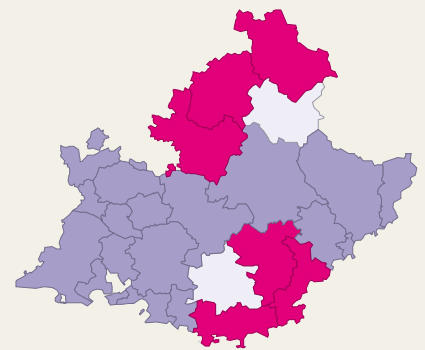
couvertes par un allocataire de l'AAH entre 40 et 59 ans – soit le nombre de personnes à charge d'un allocataire – et le taux de complément à l'AAH.

Il ressort, sur la carte 4, trois classes de territoires de santé de proximité :

- La classe « **plus isolés** » rassemble 17 territoires relativement homogènes, ayant un profil proche de la moyenne régionale. Ils possèdent néanmoins quelques spécificités en abritant un peu plus de personnes isolées que la moyenne et des taux de complément d'AAH inférieurs à la moyenne. Ces particularités sont cependant peu marquées, tout en restant statistiquement significatives.

- La classe « **plus vulnérables** » rassemble 6 territoires, qui abritent bien plus d'allocataires avec un complément d'AAH que la moyenne régionale. Alors que la moyenne des territoires est de 27 compléments pour 100 AAH, on enregistre, pour ces six territoires, une moyenne de 37 compléments. Cette classe est peut-être celle des allocataires les plus vulnérables, car locataires de leur logement, avec un taux d'incapacité élevé. Au vu de la répartition des territoires concernés, on constate que l'existence de cette classe pourrait être le résultat du biais que représente dans le Var et les Hautes-Alpes le taux excessivement important d'allocataires ayant une incapacité supérieure ou égale à 80 %. Ce dernier influe forcément sur la répartition des compléments d'AAH (ce complément ne peut être

### 4 Typologie des territoires selon les spécificités des allocataires de l'AAH



■ Plus isolés, moins de complément AAH  
■ Plus vulnérables ou "effet 80 %"  
□ Part des 50-59 élevée

Source : fichier CAF fichier mensuel 01/2005

attribué que si l'allocataire a un taux d'incapacité de 80 % et plus).

- La classe « **allocataires âgés** » ne regroupe que deux territoires dans lesquels les taux de personnes allocataires de 50 à 59 ans sont très élevés (10 points de plus que la moyenne), et le nombre de personnes couvertes par l'allocataire est légèrement supérieur à la moyenne (âges élevés). Ce dernier élément est concordant avec l'âge élevé des allocataires, qui ont pu fonder une famille avant d'être touchés par un handicap.





## QUELS ÉQUIPEMENTS POUR CES TERRITOIRES ?

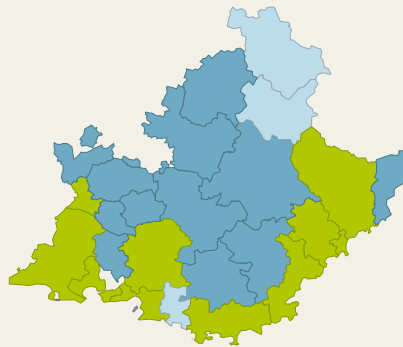
En miroir de cette carte, a été élaboré un autre document permettant de repérer les spécificités de chaque territoire en matière d'équipements médicaux et paramédicaux. Ont été comptabilisés pour élaborer cette typologie, sur chaque territoire : les taux de médecins généralistes et spécialistes (salariés et libéraux), les taux de kinésithérapeutes et d'infirmiers libéraux, les taux d'équipement en foyers de vie, foyers d'accueil médicalisé, maisons d'accueil spécialisé et foyers d'hébergement, le nombre de dispensaires et de centres de soins, les taux de services de soins infirmiers à domicile pour 1 000 personnes de 75 ans et plus, les taux d'établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et les taux de places médicalisées en EHPA.

On voit se dessiner trois grands types de territoires **5** :

**Le premier groupe**, le plus nombreux, rassemble 12 territoires. Il s'agit pour leur quasi-totalité de territoires à dominante rurale, où les taux d'équipement en matière d'hébergement médico-social – foyer d'hébergement (FH) et maison d'accueil spécialisé (MAS) – sont significativement plus élevés que la moyenne.

**Le second groupe** ne rassemble que 3 territoires : Briançon, Embrun et Aubagne. Ces trois territoires ont en commun un taux d'établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) significativement plus élevé que la moyenne, ainsi qu'un taux de places médicalisées en EHPA plus élevé, et un taux de kinésithérapeutes significativement plus élevé que dans les autres

## 5 Typologie des territoires selon l'équipement en personnel médical, paramédical et en établissements médico-sociaux et pour personnes âgées



- Plus d'établissements médico-sociaux adultes
- Plus d'EHPA
- Rareté des EHPA et établissements médico-sociaux et surreprésentation des spécialistes

Source : DRASS PACA, estimations locales population INSEE

territoires.

**Le troisième groupe** rassemble 10 territoires, essentiellement côtiers et à forte densité de population. Ces territoires affichent des taux très faibles en matière de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), d'EHPA, de MAS et de FH, significativement inférieurs à la moyenne des territoires. On y compte cependant un taux de médecins spécialistes significativement plus élevé que dans les autres territoires.



## QUELS LIEUX POUR VIEILLIR ?

L'inégalité territoriale de l'offre régionale ne doit pas nous empêcher d'imaginer l'étendue des possibles pour assurer aux personnes handicapées un vieillissement dans les conditions optimales. Deux grands types d'offres

se présentent : le soutien à domicile ou l'intégration dans un établissement.

Les services d'aide au maintien à domicile (service d'accompagnement médico-social aux adultes handicapés, service d'aide à la vie sociale, SSIAD, centre local d'information et de coordination gérontologique, suivi à domicile du secteur psychiatrique et autres services à domicile de droit commun) participent au maintien de la personne à domicile ou viennent en soutien de la prise en charge familiale, aussi longtemps que possible et souhaité. *L'accueil familial à titre onéreux*, dispositif relativement rare en PACA, paraît adapté dans nombre de cas, et en particulier en zone rurale. *L'accueil de jour* propose des activités adaptées pour des personnes adultes à domicile ou en structure collective d'hébergement, reçues de manière régulière ou temporaire. Ce type d'accueil, peu fréquent, serait aussi un moyen d'assurer la continuité de la prise en charge du domicile à l'institution, en préparant le changement.

Si l'on considère maintenant l'option d'une entrée dans un établissement, celui-ci peut être un établissement médico-social, au coût élevé pour la société, où la personne handicapée est appréhendée dans toute sa spécificité, ou une maison de retraite, où seul le vieillissement sera bien pris en compte, et dont le coût pour la collectivité est moindre.

L'entrée dans une *structure médico-sociale pour adultes*, en augmentant la présence de personnel soignant, permettrait aux personnes handicapées vieillissantes d'être intégrées dans un univers de pairs. La possibilité de vieillir dans un établissement médico-social pour adultes handicapés a été légalisée en 2002.

*Les maisons de retraite ou les logements-foyers* accueillent aussi ces personnes handicapées, en unité séparée ou au sein du groupe des personnes très âgées, avec les inconvénients de faire cohabiter des personnes d'âges très différents, et un faible savoir-faire autour du handicap. On observe çà et là quelques maisons de retraite ou foyers-logements accueillant les parents âgés avec leur enfant handicapé.

Cette diversité d'offres est cependant

toute théorique. N'oublions pas que les établissements médico-sociaux sont débordés par les demandes d'admission dans la totalité des départements de la région (comme dans bien d'autres régions françaises). Les listes d'attente sont longues. Reste donc à trouver le financement pour réaliser ces réponses, sans pénaliser financièrement ni surcharger les établissements pour adultes, qui sont autorisés depuis 2002 à accueillir les 60 ans et plus. On pourra alors respecter le choix de la personne handicapée.



## EN SAVOIR PLUS

1. AULAGNIER, M.; GOURHEUX, J. C.; PARAPONARIS, A.; GARNIER, J. P.; Villani, P.; Verger, P., 2004 La prise en charge des patients handicapés en médecine générale libérale: une enquête auprès d'un panel de médecins généralistes de Provence Alpes Côte d'Azur Annales de Readaptation et de Médecine Physique, 47, 98-104.
2. AZEMA B., MARTINEZ N., Les personnes handicapées vieillissantes, espérances de vie, projections démographiques et aspects qualitatifs, CREAI Languedoc-Roussillon, 2003, 317 p.
3. BARREYRE J.-Y., PEINTRE C., L'avenir impensable, CREAI Ile-de-France, 1997.
4. BLANC P., Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge, 2006, 99p.
5. BONTOUT, COLIN et KERJOSSE, 2002, Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040, études et résultats, DREES, 160, 1-10.
6. Bourgarel S., Profil des personnes handicapées vieillissantes vivant à domicile par territoires de santé en PACA, CREAI Provence - Alpes - Côte d'Azur & Corse, 2007, 47 p.
7. BREITENBACH N., Une saison de plus. Handicap mental et vieillissements, Desclée de Brouwer, Paris, 1999.
8. CREAI Bretagne, Ajouter de la vie à la vie. Etude sur l'avancée en âge des personnes handicapées mentales accueillies en établissement 1991/1997, 1998.
9. CREAI Centre, La perte des capacités liée à

## Glossaire

**Les déficiences intellectuelles** ou mentales se classent, selon G. Zribi, auteur du *Dictionnaire du Handicap* aux éditions ENSP, en trois groupes : le premier, les déficients profonds, dont on considère qu'ils ne dépassent pas l'âge mental de 7 ans. Le second, les déficients moyens dont le comportement correspondrait à un âge mental compris entre 7-8 ans et 10-11 ans. Le troisième, les déficients légers : ils ne dépasseraient pas, selon les approches traditionnelles, l'âge mental de 12-13 ans.

**L'enquête HID-domicile** (handicap incapacité dépendance) a été menée par l'INSEE auprès d'un large échantillon de personnes handicapées à domicile.

Les **établissements et services médico-sociaux** accueillent des enfants et des adultes handicapés ou en difficulté sociale, quel que soit leur degré de handicap, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques. Ces établissements apportent aux adultes une assistance, des prestations de soins et de rééducation, une aide à l'insertion ou un accompagnement. Les enfants bénéficient en sus d'une scolarisation adaptée.

Un **ESAT** (ex-CAT) propose des activités productives et un soutien à des personnes handicapées.

La **Commission des droits de l'autonomie des personnes handicapées** (CDAPH) est la nouvelle instance chargée des décisions d'attribution des prestations et d'orientation. Elle remplace la Commission départementale de l'éducation spéciale (CDES) et la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep). Au sein de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), la CDAPH prend toutes les décisions concernant les aides

et les prestations – après évaluation des besoins et élaboration du plan personnalisé de compensation par l'équipe d'évaluation. La CDAPH est responsable des décisions pour l'ensemble des aides proposées : prestation de compensation, AEEH (ex-AES), AAH, cartes d'invalidité ou de priorité, etc.).

Les **EHPA** sont des établissements d'hébergement pour personnes âgées, couramment appelés maisons de retraite.

Les **MAS** sont des maisons d'accueil spécialisé pour adultes handicapés. Elles reçoivent des personnes ne pouvant effectuer seules les actes essentiels de la vie, et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants mais non intensifs.

Les **FAM** sont des foyers d'accueil médicalisé pour personnes handicapées. Ils ont vocation à accueillir des personnes lourdement handicapées et polyhandicapées dont la dépendance totale ou partielle nécessite le recours à une tierce personne, une surveillance médicale et des soins constants.

Les **territoires de santé** sont les « *territoires pertinents pour l'organisation des soins, dont les frontières tiennent compte des réalités locales, indépendamment des limites administratives* » (circulaire ministérielle de mars 2004). Ces territoires ont été définis grâce à l'analyse des flux de patients vers l'offre de soins, de la superposition des zonages en place (en particulier les bassins de vie), et de courbes isochrones autour des plateaux techniques existants. Dans notre région, on compte 9 territoires de santé de niveau 1, et 25 **territoires de santé de proximité**, dits de niveau 2, que nous utilisons dans cet article.

l'avancement dans l'âge des adultes handicapés accueillis en établissement de la région Centre, 1990.

10. GABBAÏ Philippe, « L'accompagnement dans la vieillesse : l'exemple de la fondation John Bost », in Le vieillissement des personnes handicapées mentales, ENSP, 2003, p. 61-69.
11. GLASSON & al. 2003, Comparative survival advantage of males with Dawn syndrome, American Journal of Human Biology, 15(2), 192-195.
12. GUYOT P., 2003, Avancée en âge : de la construction d'une problématique à l'élaboration de réponses adaptées, in Le vieillissement des per-

sonnes handicapées mentales, ENSP, p.89-104.

13. MICHAUDON Hélène, 2002, Les personnes handicapées vieillissantes : une approche à partir de l'enquête HID, Etudes et résultats n°204, décembre 2002, 12 pages.
14. PITAUD et al, 2001. Handicapés vieillissants : de l'insertion professionnelle à la retraite. Rupture et crise identitaire. In M. Legrand (Ed), La retraite : une révolution silencieuse, Paris, Eres, p. 113-129.
15. STRAUSS & SHAVELLE 1998, Life expectancy of adults with cerebral palsy, Developmental medicine and child neurology, 40, p.369-375.

Dispositif Régional d'Observation Sociale - 15 rue Malaval - 13002 Marseille  
Tél : 04 91 05 53 61 - Fax : 04 91 05 53 53 - E-mail : dros.cafmarseille@caf.cnafmail.fr  
[www.dros-paca.org](http://www.dros-paca.org)

Directeur de publication : Jean-Pierre SOUREILLAT  
Rédacteur en chef : Xavier DURANG

ISSN : 1632-2762 - dépôt légal en cours

Remerciements : à la DRASS, à Jacqueline PILLON (CAF 13), Simone PAULET (CAF 13), Anne-Marie FABRE (CAF 13) et Françoise STIJEPOVIC pour ses photos.

Design graphique : 1 égal 2 - [www.1egal2.com](http://www.1egal2.com) - 04 91 29 90 55  
Photographies : Françoise STIJEPOVIC - 06 13 82 51 28