

Cour des comptes



Chambres régionales  
& territoriales des comptes

ENTITÉS ET POLITIQUES PUBLIQUES

L'ACCOMPAGNEMENT  
DES PERSONNES  
EN SITUATION  
DE HANDICAP  
VIEILLISSANTES

Cahier territorial de l'Essonne

Rapport public thématique

Septembre 2023



# Sommaire

<b>Procédures et méthodes</b> .....	<b>5</b>
<b>Synthèse</b> .....	<b>9</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>13</b>
<b>Chapitre I Les chiffres clés du handicap en Essonne</b> .....	<b>17</b>
I - Une population de personnes handicapées en forte augmentation, majoritairement à domicile .....	17
A - Une population vieillissante dans les établissements médico-sociaux pour personnes en situation de handicap.....	19
B - Des personnes handicapées et des personnes handicapées vieillissantes très majoritairement à domicile .....	20
II - Une offre qui ne parvient pas à répondre aux besoins .....	20
A - Une offre qui prend mieux en compte la déficience psychique que le niveau national .....	20
B - Un département sous doté en ESMS mais non prioritaire dans les financements de l'ARS .....	22
C - Une offre très tendue .....	25
D - Une offre plus dynamique sur la période récente .....	27
<b>Chapitre II La gouvernance</b> .....	<b>29</b>
I - Une gouvernance territoriale partagée qui complexifie le pilotage .....	29
II - Une nécessaire articulation de l'ARS et du département .....	32
III - Une stratégie qui doit s'appuyer sur un meilleur partage de données .....	33
A - Une inscription effective du vieillissement des personnes en situation de handicap au sein des plans régionaux et départementaux .....	33
B - Des données de pilotage très incomplètes et insuffisamment partagées .....	39
<b>Chapitre III Le parcours résidentiel des personnes en situation de handicap vieillissantes</b> .....	<b>41</b>
I - Un accompagnement à domicile encore sous-calibré.....	41
A - Le non accompagnement : une perte de chance dans le processus de vieillissement .....	42
B - L'accompagnement par des professionnels, condition du maintien à domicile .....	47
II - Le passage à la retraite des travailleurs d'Esat, un changement de vie le plus souvent sans accompagnement .....	53

III - Le parcours en établissement pour adultes handicapés .....	55
A - Adaptation et difficultés rencontrées par les établissements pour personnes en situation de handicap.....	55
B - Le développement d'une offre spécifique aux personnes en situation de handicap vieillissantes .....	58
IV - Un accueil en Ehpad essentiellement diffus .....	59
A - Une difficulté d'accès à l'aide sociale à l'hébergement pour certaines personnes.....	59
B - Des Ehpad en difficulté dans l'accueil des personnes en situation de handicap vieillissantes .....	60
C - Le modèle insatisfaisant de financement des unités PHV en Ehpad.....	64
D - Le développement de solutions mixtes, solution pertinente d'accueil des PSHV .....	68
V - Les nombreuses personnes en situation de handicap vieillissantes accueillies en Belgique, reflet des lacunes du territoire de l'Essonne .....	68
A - Plus de 200 personnes en situation de handicap vieillissantes accueillies en Wallonie issues majoritairement du secteur psychiatrique .....	69
B - Une offre belge qui s'adapte aux carences de l'offre du département de l'Essonne .....	73
C - Un mode de fonctionnement des établissements belges qui s'adapterait aux besoins des personnes en situation de handicap vieillissantes.....	76
<b>Chapitre IV L'accès aux soins des personnes en situation de handicap vieillissantes.....</b>	<b>77</b>
I - Une difficulté d'accès aux soins majorée pour les personnes en situation de handicap vieillissantes .....	77
A - Moins de médecins généralistes et des professionnels plus âgés .....	78
B - Une difficulté d'accès aux soins mesurée par l'enquête nationale Handifaction.....	79
II - Les nombreuses initiatives de l'ARS sont encore insuffisamment accessibles aux populations essonniennes.....	79
A - Les actions de l'ARS pour permettre un accès aux soins de premiers recours.....	80
B - Des initiatives encore peu accessibles aux PSHV du territoire essonnien.....	81
<b>Liste des abréviations .....</b>	<b>83</b>

## Procédures et méthodes

En application de l'article L. 143-6 du code des juridictions financières, la Cour des comptes publie chaque année un rapport public annuel et des rapports publics thématiques.

Ces travaux et leurs suites sont réalisés par l'une des six chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'**indépendance institutionnelle** des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

Sauf pour les rapports réalisés à la demande du Parlement ou du Gouvernement, la publication d'un rapport est nécessairement précédée par la communication du projet de texte, que la Cour se propose de publier, aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses sont présentées en annexe du texte de la Cour.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

\*

\*\*

L'enquête a été pilotée par la formation inter-juridictions (FIJ) « Établissements et services médico-sociaux ». Elle a associé la Cour des comptes et sept chambres régionales et territoriales des comptes : Martinique, Auvergne-Rhône-Alpes, Grand Est, Hauts-de-France, Nouvelle Aquitaine, Île-de-France et Pays-de-la-Loire. Des monographies territoriales sur l'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes dans les départements de la Dordogne, l'Essonne, du Maine-et-Loire, la Marne, la Martinique, la Meuse, le Nord et la Savoie ont été établies.

Les juridictions financières ont analysé les données des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) issues du système d'information commun (SI-MDPH) et de *ViaTrajectoire*, qui lui ont été communiquées par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ainsi que celles émanant des tableaux de bord des ESMS (Tdb-ESMS), transmises par l'Agence technique de l'information médicale (ATIH). Les données d'enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), notamment ES-Handicap 2018 et EHPA 2019, ont été exploitées. L'enquête a également bénéficié des travaux de repérage et d'identification des situations de handicap dans le système national des données de santé (SNDS) mené par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes). Le traitement des bases de données a été mené par Robin Kreling, du Département analyses et sciences des données (DASD) de la Cour et par Hugo Peltier, stagiaire polytechnicien. Mmes Danican et Folscheid, stagiaires de l'Institut d'études politiques de Paris, ont également apporté leur concours à l'enquête.

Un comité d'experts, composé de chercheurs et de professionnels du handicap<sup>1</sup>, a été constitué afin de suivre le déroulement de l'enquête et examiner les projets de recommandations qui figurent dans le rapport.

---

<sup>1</sup> Les membres du comité d'experts étaient : Christophe Capuano (professeur en histoire contemporaine, Université Grenoble Alpes) ; Bérengère Davin (économiste, Observatoire régional de la santé PACA) ; Patrick Debieuvre (directeur général de l'ADAPEI Var Méditerranée), Pr Patrick Dehail (professeur de médecine physique et de réadaptation, Université de Bordeaux) ; Muriel Delporte (sociologue, CREAI Hauts-de-France) ; Maude Espagnacq (démographe, chargée de recherche à l'IRDES) ; Flora Flamarion (directrice des actions pour l'autonomie, conseil départemental de la Gironde) ; Michel Laforcade (ancien directeur général de l'ARS de Nouvelle-Aquitaine) ; Grégory Lemaire (directeur de la MDPH de Haute-Savoie).

Une consultation publique a été lancée entre les mois de juin et d'août 2022, à destination des personnes en situation de handicap afin de mesurer la diversité des parcours résidentiels. Cette consultation, administrée sous Sphinx, a été relayée auprès des associations représentant les personnes en situation de handicap par le conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH). Les réponses de 1 705 personnes, concernées personnellement par le handicap, aidantes ou professionnels du secteur, ont pu être exploitées. Les principaux constats figurent dans le rapport.

\*\*

Le projet de rapport a été délibéré le 5 mai 2023 par la formation interjuridictions « Établissements de services médico-sociaux », présidée par Mme Hamayon, conseillère maître, et composée de Mme Mondoloni, MM. Colcombet, Hervio, conseillers maîtres, de Mme Collinet, M. Renou, présidents de section de chambre régionale des comptes, Mme Gérard, première conseillère de chambre régionale des comptes, ainsi que, en tant que rapporteur général, M. Machard, conseiller maître ; en tant que rapporteurs, Mmes Accary-Bézar, Arend, Bertrand, Colombin, Coulon-N'Guyen, Jagot, Sarano, et M. Cotton, premiers conseillers de chambre régionale des comptes, M. Blesbois, conseiller référendaire en service extraordinaire, Mme Apparitio, vérificatrice ; en tant que contre-rapporteur, M. Burckel, conseiller maître.

Le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, M. Rolland, rapporteur général du comité, Mme Podeur, M. Charpy, Mmes Camby et Démier, M. Bertucci, Mme Hamayon et M. Meddah, présidents et présidentes de chambre de la Cour, MM. Michaut, Lejeune et Advielle, Mmes Gervais et Renet, présidents et présidentes de chambre régionale des comptes, ainsi que M. Gautier, Procureur général, a été consulté sur le projet de communication le 9 mai 2023. Le Premier président en a approuvé la publication le 12 septembre 2023.

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes : [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

Ils sont diffusés par La Documentation Française.



## Synthèse

À l’instar de la population générale, l’espérance de vie des personnes porteuses de handicap a fortement augmenté au cours des dernières décennies. En l’absence de politique nationale dédiée aux personnes en situation de handicap vieillissantes (PSHV)<sup>2</sup>, les politiques locales et les prises en charge et accompagnements par les établissements et services médico-sociaux (ESMS) ont dû s’adapter. Cette monographie, consacrée au département de l’Essonne, vise à comprendre comment les dispositifs ont évolué sur ce territoire et si cela a permis d’apporter des réponses pertinentes et suffisantes.

### **Une offre qui ne parvient pas à répondre aux besoins**

Le nombre de personnes ayant des droits ouverts à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) a fortement progressé entre<sup>3</sup> 2011 et 2021, passant de 32 533 à 63 656. Cette évolution est encore plus marquée chez les plus de 45 ans (+ 129 %) qui représentent près de 48 000 personnes. Cela s’explique à la fois par l’augmentation du nombre d’entrants (reconnaissance du handicap psychique, hausse de la prévalence de certains handicaps, progrès du dépistage et meilleur accès aux droits) et par un allongement de la durée de vie dû à l’amélioration globale de la prise en charge médicale.

L’offre en établissements et services médico-sociaux (ESMS) est insuffisante. Des besoins non satisfaits sont recensés dans toutes les catégories d’ESMS. Grâce à l’action conjointe de l’agence régionale de santé (ARS) et du conseil départemental, l’offre continue de se développer pour combler ces lacunes. En particulier, des projets spécifiques aux personnes en situation de handicap vieillissantes sont en cours de déploiement.

---

<sup>2</sup> La personne en situation de handicap vieillissante est définie comme une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap avant de connaître les effets du vieillissement. La doctrine s’accorde à considérer que l’âge de 45 ans correspond assez souvent à l’apparition des premières difficultés liées à l’âge, aussi c’est cette barrière d’âge qui a été retenue dans le cadre de cette enquête.

<sup>3</sup> Ces décomptes peuvent intégrer un nombre indéterminé de décès non signalés à la MDPH.

### **Une gouvernance partagée qui complexifie le pilotage**

La gouvernance locale des politiques du handicap est partagée entre l'ARS et le conseil départemental ce qui complexifie le pilotage et la lisibilité des dispositifs et nécessite une bonne articulation entre deux acteurs qui n'ont pas les mêmes contraintes juridico-financières. Les documents stratégiques et programmatiques de l'ARS et du conseil départemental ont clairement identifié le besoin d'adaptation de la prise en charge des personnes en situation de handicap vieillissantes mais le rythme d'évolution et de transformation de l'offre envisagé n'est pas systématiquement le même.

Par ailleurs, la gouvernance se heurte à des problèmes de disponibilité et de fiabilité des données. Les listes d'attente en établissements et services médico-sociaux, par type de structure et par âge, sont très récentes et encore imparfaites et les données par type de handicap ne sont pas accessibles. Le déploiement et l'amélioration de l'utilisation de *ViaTrajectoire*, outil partagé de suivi des orientations en ESMS, ainsi que l'harmonisation des systèmes d'information des MDPH, devraient permettre, à l'avenir, une meilleure connaissance des données populationnelles et des besoins des personnes en situation de handicap.

### **Le manque de fluidité des parcours résidentiels des PHV**

La situation résidentielle et les modalités d'accompagnement et de prise en charge des personnes en situation de handicap peuvent revêtir des formes variées, à domicile comme en établissement. Avec l'avancée en âge, elles peuvent devenir inadaptées et nécessiter des réorientations.

Pour les personnes vivant à domicile, le manque de places dans les services médico-sociaux, mis en évidence grâce à l'étude de dossiers de personnes disposant d'une orientation mais sans accompagnement effectif, pénalise les possibilités de s'y maintenir. En revanche, lorsqu'un accompagnement par un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou un service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (Samsah) est effectif, les conditions pour bien vieillir à domicile et préparer la transition en établissement si besoin sont réunies.

La situation des travailleurs en établissement ou service d'aide par le travail (Esat) est particulièrement préoccupante tant au moment de leur cessation d'activité qu'au fur et à mesure de leur avancée en âge. Leur maintien en Esat à temps partiel, voire même sans plus aucune activité professionnelle, nécessite un accompagnement sur les temps non travaillés. Pour ceux logés en foyers d'hébergement (FH), réservés aux travailleurs en emploi, la recherche d'un autre mode de prise en charge se heurte au manque de places en établissements et à la difficulté d'accès aux dispositifs de droit commun.

Les parcours en établissements présentent quant à eux des risques de rupture pour les PSHV qui y sont accueillies, en raison des spécificités liées à leur prise en charge et, si une réorientation est nécessaire, de l'insuffisance de places en établissements médicalisés et de solutions d'aval adaptées et diversifiées.

Alors qu'un nombre important de personnes en situation de handicap sont accueillies en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), cette solution ne peut être réservée qu'à des profils adaptés. De nombreux freins, notamment financiers, viennent en limiter l'accès et obérer la qualité de l'accompagnement.

Plus de 300 personnes adultes en situation de handicap vieillissantes sont accueillies dans un établissement belge. L'étude de leur parcours révèle les difficultés particulières du département de l'Essonne, avec en particulier une offre insuffisante à destination des personnes présentant des troubles psychiques ou des troubles du comportement.

### **Un accès au soin à améliorer**

La qualité du vieillissement est aussi dépendante de la capacité de la personne en situation de handicap à accéder à un suivi médical adapté. De ce point de vue, les difficultés des personnes en situation de handicap ne sont pas différentes de celles de la population générale (départ à la retraite des professionnels, praticiens refusant les nouveaux patients, délais de prise de rendez-vous, accessibilité financière à des professionnels ne pratiquant pas de dépassement d'honoraires par exemples) toutefois, s'y ajoutent des problématiques propres qui tiennent aux spécificités de prise en charge, pour lesquelles les professionnels ne sont nécessairement formés, équipés ou disponibles. Pour remédier à ces inégalités d'accès l'ARS d'Île-de-France déploie dans la région les consultations spécialisées du dispositif « Handiconsult » ou « Handigynéco ». Le département de l'Essonne paraît néanmoins plutôt en retrait et encore mal outillé pour répondre aux besoins de sa population en situation de handicap, vieillissante ou non.

L'amélioration de l'accompagnement et de la prise en charge des PSHV doit passer par un meilleur dimensionnement de l'offre mais également par une adaptation et une diversification de celle-ci.



## Introduction

Comme pour la population générale, l'espérance de vie des personnes porteuses de handicap a fortement augmenté au cours des dernières décennies. Si le constat a émergé dans la doctrine dès les années 80, il n'existe toutefois aucune politique nationale en faveur des personnes handicapées vieillissantes.

En revanche, pour les pilotes institutionnels locaux, comme pour les organismes gestionnaires d'établissements et services médicaux-sociaux (ESMS<sup>4</sup>), l'adaptation des politiques publiques d'accompagnement et de prise en charge de ces publics constitue désormais un enjeu majeur. Elle conditionne, en outre, la continuité du parcours des jeunes en situation de handicap en attente de places dans les établissements pour adultes, qui vivent à domicile ou sont maintenus dans des établissements pour enfants au titre de l'amendement Creton<sup>5</sup>.

Selon l'association nationale des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (Ancreai), cette adaptation se heurte toutefois à deux freins majeurs<sup>6</sup>, la difficulté à disposer de données quantitatives et qualitatives fiables sur la population concernée et l'insuffisante connaissance de ses besoins particuliers qui reste encore trop peu documentée.

Cette question s'inscrit par ailleurs dans un contexte de fortes tensions sur l'offre et de profondes mutations du secteur. Les personnes en situation de handicap (et/ou leurs familles) revendiquent une meilleure prise en compte de leur capacité à décider de leur projet de vie, ainsi que davantage d'inclusion, d'individualisation et de souplesse dans les prises en charge et les accompagnements. Les professionnels aspirent quant à eux à une plus grande reconnaissance et un renforcement de leurs qualifications s'avère nécessaire, alors même que tous les métiers sanitaires et médico-sociaux sont

---

<sup>4</sup> Un glossaire figure en annexe 1.

<sup>5</sup> L'article 22 de la loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 comprend un alinéa issu d'un amendement dit « Creton ». Ce dispositif permet de maintenir, à titre dérogatoire et faute de place en structure adulte, des jeunes au-delà de la limite d'âge de 20 ans dans les établissements en principe réservés aux enfants et adolescents.

<sup>6</sup> Cf. Ancreai, *Étude sur l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes*, février 2022.

en très forte tension. Afin de répondre à ces attentes, plusieurs réformes contribuent à transformer à la fois les modèles d'accompagnement, de gouvernance et de financement des politiques du handicap<sup>7</sup>, et l'évolution de l'offre s'inscrit dans une dynamique plus inclusive.

La personne handicapée vieillissante<sup>8</sup> est définie comme une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap avant de connaître les effets du vieillissement. Les réponses à un questionnaire adressé aux établissements et services en situation de handicap du département de l'Essonne indique une apparition précoce des effets du vieillissement en fonction des pathologies : dès 40 ans pour les personnes atteintes de maladies génétiques rares, entre 40 et 45 ans pour les personnes souffrant de déficiences intellectuelles, et plutôt 50-55 ans pour celles affectées par un handicap moteur. Mais l'âge n'est pas toujours un critère fiable. Le processus de vieillissement - physique et cognitif - est fortement influencé par la qualité du parcours de soin et d'accompagnement de la personne.

Par convention statistique, afin de prendre en compte la diversité des situations, La Cour des comptes a été décidé de retenir la barrière d'âge de 45 ans pour ses analyses bien que certaines puissent toutefois porter sur une barrière d'âge plus élevée.

L'objectif de cette enquête nationale est de s'assurer, grâce à un diagnostic des solutions mises en œuvre sur un territoire, que les dispositifs ont su s'adapter aux besoins liés à l'avancée en âge des personnes porteuses de handicap.

Cette monographie consacrée au département de l'Essonne s'appuie sur les échanges avec l'agence régionale de santé d'Île-de-France (ARS), les services du conseil départemental et de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de l'Essonne, ainsi qu'un panel d'établissements et l'ensemble des services médico-sociaux (SAVS et Samsah) du département.

Elle s'attache à présenter, les chiffres clé du handicap sur le territoire essonnien (I) la gouvernance de la politique au bénéfice des personnes handicapées vieillissantes (II), les parcours résidentiels (III) et l'accès aux soins (IV). Le volet national de l'enquête abordera, en complément, des questions transversales de portée nationale.

---

<sup>7</sup> Loi de financement de la sécurité sociale 2022 instaurant un tarif minimum applicable aux services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad), création d'une cinquième branche de la sécurité sociale, projet Serafin-PH de réforme de la tarification des ESMS pour PSH.

<sup>8</sup> Dans le système législatif français, seuls les handicaps reconnus avant l'âge de 60 ans permettent de bénéficier des dispositifs d'aide et d'accompagnement du secteur handicap. Ceux déclarés postérieurement ou liés à l'avancée en âge relèvent des dispositifs du secteur personnes âgées.

### Le département de l'Essonne

Situé en grande couronne de l'Île-de-France, le département de l'Essonne comprend 1 301 000 habitants en 2019. Il se caractérise par une forte croissance démographique, avec un gain de près de 100 000 habitants depuis 2008. Sa population croît deux fois plus vite que la population française, avec respectivement 0,62 % de variation annuelle entre 2013 et 2019, contre 0,32 pour le niveau national. Selon l'Insee, cette évolution devrait se poursuivre et serait même la plus importante d'Île-de-France. En 2050, il devrait compter entre 1 550 000 habitants et 1 670 000 habitants selon les projections.



Le département est également jeune avec seulement 20 % de personnes de plus de 60 ans contre 26 % pour la population française. Selon l'Insee<sup>9</sup>, l'Essonne serait le département le moins exposé au vieillissement d'Île-de-France, même si le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans devrait doubler d'ici 2050 pour atteindre 10 % de la population.

Le département se caractérise par sa grande diversité. Le nord est urbain, avec des communes très aisées (autour du plateau de Saclay), mais aussi des communes pauvres (Évry-Courcouronnes, Corbeil-Essonnes), voire très pauvres (Grigny). Le sud est rural et s'articule autour d'une sous-préfecture de taille modeste (Étampes). Pris dans son ensemble, le département est typique d'un profil péri-urbain avec une sous-représentation marquée des plus pauvres et des plus aisés<sup>10</sup>.

L'analyse des modalités d'accompagnement des personnes en situation de handicap doit prendre en compte la diversité de ces configurations.

<sup>9</sup> Insee Flash Île-de-France, n°23, *la population de l'Essonne à horizon 2050*.

<sup>10</sup> *Gentrification et paupérisation au cœur de l'Île-de-France, évolution 2001-2015*, Institut d'aménagement et d'urbanisme, mai 2019.



# **Chapitre I**

## **Les chiffres clés du handicap**

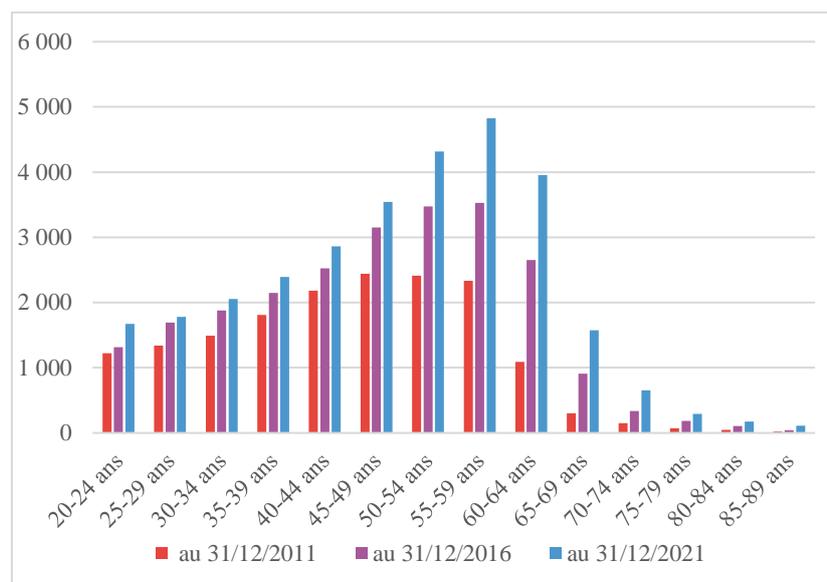
### **en Essonne**

#### **I - Une population de personnes handicapées en forte augmentation, majoritairement à domicile**

Le nombre de personnes ayant un droit ouvert à la MDPH a très fortement augmenté entre 2011 et 2021, passant de 32 533 en 2011 à 63 656 en 2021. Ce sont les classes d'âge les plus élevées qui ont le plus progressé. Ainsi, le nombre de personnes de plus de 45 ans avec un droit ouvert a plus que doublé, passant de 21 224 en 2011 à 48 567 en 2021.

Ce phénomène se confirme, même si l'on exclut de l'analyse les droits relatifs aux handicaps les plus légers : la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et les cartes mobilités inclusion. Les droits étudiés sont donc les droits à la prestation complémentaire du handicap (PCH), à l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et les orientations en établissement et services médico-sociaux. Il y avait ainsi 16 915 personnes dans cette situation en 2011 contre 30 200 en 2021, soit 80 % d'augmentation. La part des populations de plus de 45 ans a connu une croissance encore plus forte : + 119 %.

**Tableau n° 1 : évolution du nombre de personnes ayant un droit ouvert à la MDPH hors RQTH et CMI**



Source : Cour des comptes (données conseil départemental)

Plus spécifiquement, le nombre de bénéficiaires de l'AAH atteint 15 900, soit + 53 % entre 2010 et 2021. Cette croissance est beaucoup plus élevée pour les bénéficiaires âgés de plus de 50 ans (+ 105 %) et pour ceux qui ont un taux d'incapacité compris entre 50 % et 80 % (+ 113 %). Des facteurs réglementaires ont de forts impacts, en particulier le décalage de l'âge légal de départ à la retraite.

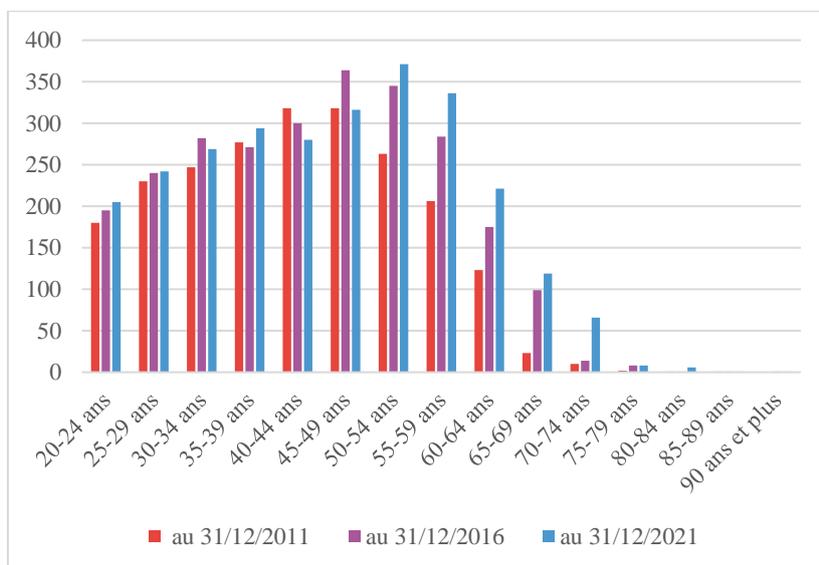
Le nombre de bénéficiaires de la PCH a suivi la même tendance, passant de 3 500 en 2011 à 6 001 en 2021, soit + 71 %. Les classes d'âge qui ont le plus augmenté sont celles supérieures à 60 ans, qui ont toutes plus que doublé. Il y a en particulier près de 300 bénéficiaires de la PCH de plus de 70 ans.

Les causes de ces évolutions sont multifactorielles et s'expliquent à la fois par l'augmentation du nombre d'entrants (reconnaissance du handicap psychique, hausse de la prévalence de certains handicaps notamment l'augmentation des troubles psychiques et cognitifs chez les adultes, diminution des décès des suites de traumatismes et d'accidents vasculaires cérébraux (AVC), amélioration du dépistage et meilleur accès aux droits) et par un allongement de la durée de vie dû à l'amélioration globale de la prise en charge médicale.

## A - Une population vieillissante dans les établissements médico-sociaux pour personnes en situation de handicap

La part des plus de 45 ans augmente également de façon très importante dans les établissements pour personnes en situation de handicap. La croissance de cette tranche d'âge est de plus de 50 %, soit un rythme deux fois plus rapide que l'ensemble des personnes accueillies (+24 %).

**Tableau n° 2 : évolution du nombre de personnes vivant en internat pour adultes handicapés entre 2011 et 2021**



Source : Cour des comptes (données conseil départemental)

Cela peut s'expliquer d'une part par le vieillissement des personnes déjà accueillies en institution, et d'autre part par la création de structures spécifiquement dédiées à l'accueil des personnes en situation de handicap vieillissantes.

Selon une étude du centre régional d'études, d'actions et d'informations (CREAI) Ile-de-France réalisée à partir des données de l'enquête de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) de 2014 sur les établissements et services, les personnes en situation de handicap de plus de 50 ans ont des profils très similaires aux autres publics accueillis en établissements : les déficiences

intellectuelles et les troubles du psychisme sont présents chez les trois quarts d'entre elles. Les personnes atteintes de déficiences intellectuelles sont particulièrement présentes en foyer d'hébergement (FH) et foyer de vie (FV) (65 % et 68 % contre respectivement 20 % et 25 % pour les troubles du psychisme). La représentation est plus équilibrée en foyer d'accueil médicalisé (Fam) et en maison d'accueil spécialisée (Mas) (31 % et 25 % pour les personnes avec des troubles du psychisme, 25 % et 26 % pour les déficiences intellectuelles), pour les Fam (31 % et 41 %). Elles sont entrées en établissement majoritairement avant l'âge de 50 ans.

Le nombre de places agréées pour les PSHV est très inférieur au nombre de PSHV réellement accueillies dans ces établissements. À cet égard, le département de l'Essonne est celui qui dispose du plus grand nombre de places agréées PSHV d'Ile-de-France.

## **B - Des personnes handicapées et des personnes handicapées vieillissantes très majoritairement à domicile**

Plus de neuf personnes sur dix disposant d'un droit ouvert à la MDPH vivent à domicile. Cette part a tendance à augmenter : elle passe de 93 % en 2011 à 96 % en 2021<sup>11</sup>. Elle s'explique à la fois par l'augmentation du nombre de personnes en situation de handicap, par le virage domiciliaire et par un manque de places en ESMS, sans qu'il soit possible de chiffrer la part de chacun de ces facteurs. Moins de 4 % des personnes en situation de handicap sont donc accueillies en établissements.

## **II - Une offre qui ne parvient pas à répondre aux besoins**

### **A - Une offre qui prend mieux en compte la déficience psychique que le niveau national**

Malgré un remplissage non exhaustif du tableau de bord des ESMS (TdB-ESMS) (70 % seulement), les données disponibles permettent d'étudier le profil des personnes accompagnées.

---

<sup>11</sup> Si l'on retient une assiette plus étroite du droit, on obtient un résultat plus restreint 87 % en 2011 et 93 % en 2021.

La déficience principale la plus renseignée est la déficience intellectuelle (41 %), suivie de la déficience psychique (35 %). Par rapport à l'échelon national, la déficience psychique est plus représentée (+11 points) de même que l'offre en direction des personnes ayant des troubles envahissant du développement (+1 point). En revanche, le nombre de personnes cérébrolésées accueillies est moins important qu'au niveau national (3 % contre 5 % au niveau national).

Selon le type de structure, la prévalence des différents types de handicap est très variable (cf. graphique ci-après).

Pour les établissements d'accueil médicalisés (EAM), les handicaps les plus représentés sont les troubles envahissants du développement (TED)<sup>12</sup> et les troubles psychiques, ce qui n'est pas le cas au niveau national, où la déficience intellectuelle est majoritaire. 13 % des résidents en Mas de l'Essonne présentent une déficience intellectuelle comme déficience principale contre 33 % au niveau national. En revanche, les personnes avec un TED (29 % contre 20 %), une déficience psychique (16 % contre 12 %) et une lésion cérébrale (17,5 % contre 14 %) sont plus représentées dans les Mas de l'Essonne qu'au niveau national.

Dans les établissements d'accueil non médicalisés (EANM), les personnes avec une déficience intellectuelle sont majoritaires (48 % pour les foyers de vie et 56 % pour les foyers d'hébergement), même si ces taux sont de 10 points inférieurs au niveau national. Les personnes avec un trouble psychique sont en revanche plus accueillies en Essonne (respectivement 34 % en foyer de vie et 28 % en foyer d'hébergement) qu'au niveau national (20 % et 19 % respectivement).

La tendance observée est similaire pour les Esat : 50 % des résidents essonniers ont une déficience intellectuelle contre 62 % au niveau national, 33 % une déficience psychique contre 23,6 % au niveau national.

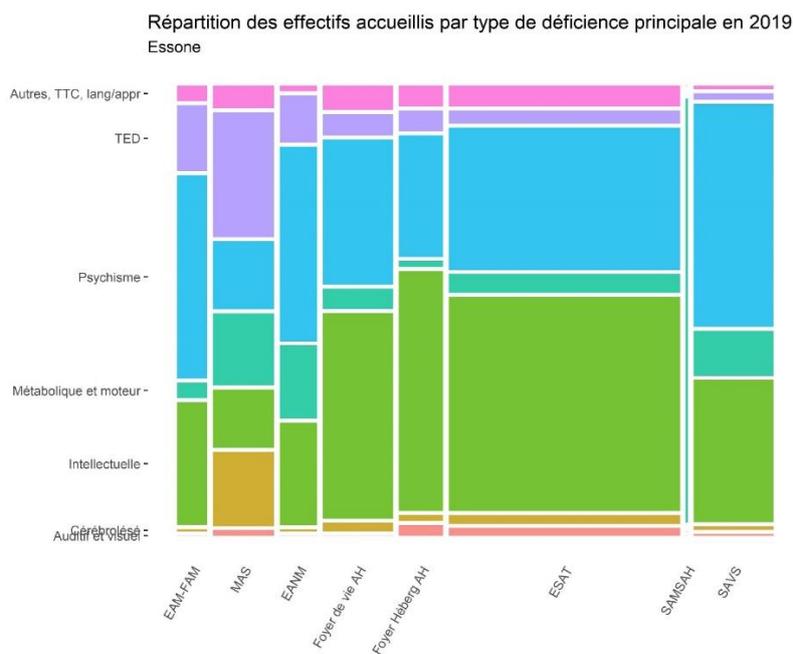
Les SAVS de l'Essonne accompagnent majoritairement des personnes avec un handicap psychique (52 %), ce qui n'est pas le cas au niveau national où la déficience intellectuelle est prépondérante.

Le seul Samsah de l'Essonne jusqu'en 2022 disposait de très peu de places et était uniquement tourné vers les déficiences motrices et métaboliques. Un autre service orienté sur le handicap psychique a ouvert en fin d'année 2022. Le développement d'autres services est programmé (cf. *infra*).

---

<sup>12</sup> Les pathologies et troubles associés aux TED sont : les troubles du sommeil, les troubles psychiatriques (principalement anxiété, dépression et déficit de l'attention – hyperactivité) et le retard mental.

### Graphique n° 1 : répartition des personnes accueillies en ESMS par type de déficience



Source : Cour des comptes d'après données SI-MDPH

## B - Un département sous doté en ESMS mais non prioritaire dans les financements de l'ARS

En matière d'offre en ESMS pour personnes en situation de handicap, l'Essonne présente un sous équipement par rapport au niveau national mais est en position favorable par rapport à la situation régionale.

**Tableau n° 3 : taux d'équipement au 31 décembre 2020  
par catégorie d'établissements  
(places pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans)**

Places d'accueil spécialisé		Places d'accueil médicalisé		Places en foyers de vie		Places en Esat	
DPT	Tx Eq						
Paris	0,47	Essonne	0,42	Val-de-Marne	0,57	Paris	2,25
Hauts-de-Seine	0,55	Hauts-de-Seine	0,56	Seine-Saint-Denis	0,65	Seine-Saint-Denis	2,36
Seine-Saint-Denis	0,60	Val-de-Marne	0,67	Yvelines	1,08	Hauts-de-Seine	2,38
Val-d'Oise	0,67	Seine-Saint-Denis	0,80	Hauts-de-Seine	1,44	Essonne	2,49
Yvelines	0,77	Paris	0,84	Seine-et-Marne	1,63	Seine-et-Marne	2,59
Seine-et-Marne	0,84	Val-d'Oise	1,00	Paris	1,74	Val-d'Oise	2,71
Val-de-Marne	0,89	Seine-et-Marne	1,26	Essonne	1,90	Yvelines	2,81
Essonne	1,05	Yvelines	1,42	Val-d'Oise	2,59	Val-de-Marne	2,90
<b>France entière</b>	<b>1,03</b>	<b>France entière</b>	<b>0,96</b>	<b>France entière</b>	<b>2,09</b>	<b>France entière</b>	<b>3,57</b>
<b>France métropolitaine Hors IDF</b>	<b>1,12</b>	<b>France métropolitaine Hors IDF</b>	<b>0,99</b>	<b>France métropolitaine Hors IDF</b>	<b>2,31</b>	<b>France métropolitaine Hors IDF</b>	<b>3,90</b>
Région IDF	0,70	Région IDF	0,86	Région IDF	1,43	Région IDF	2,53

Source : ARS Île-de-France (données Drees, Finess, Insee)

Cette situation est en réalité contrastée selon le type d'ESMS.

S'agissant des établissements d'accueil médicalisé, l'Essonne présente, par rapport au niveau régional, le meilleur taux d'équipement en Mas (+ 0,35 point) mais également le moins favorable pour les foyers d'accueil médicalisé (-0,44 point). Si l'on prend en compte l'ensemble des établissements accueils médicalisés, l'Essonne est dans une situation médiane par rapport à l'Île-de-France, avec un taux d'équipement de 1,47 contre une moyenne régionale de 1,56.

Pour les établissements non médicalisés, l'Essonne est l'un des départements les mieux dotés (avec le Val-d'Oise), avec un taux d'équipement de 1,90, mais reste en deçà de la moyenne nationale.

Le taux d'équipement en Esat est dans la moyenne de l'Île-de-France (2,49, contre 2,53), mais très inférieur à la moyenne nationale (- 1,09 point).

En matière de services médico-sociaux, l'Essonne est à la fois en dessous de la moyenne régionale, et très en dessous de la moyenne française. L'offre est en particulier défavorable pour les Samsah, avec jusqu'en fin d'année 2022, 15 places ouvertes seulement, dédiées au seul handicap moteur.

En résumé, en matière de taux d'équipement, le département de l'Essonne présente une situation légèrement plus favorable que la moyenne régionale mais très inférieure à la moyenne française.

À l'aune des indicateurs de l'ARS, il figure en dernière position des priorités de financement pour les adultes de la région. Pour parvenir à ce résultat, l'ARS se fonde sur un indice de dotation pondéré calculé sur la population adulte<sup>13</sup>, intégrant les prévisions d'évolution de la population entre 2016 et 2026.

**Tableau n° 4 : indices départementaux de dotation pondérés sur la population adulte**

	IDPPv1 Adulte
92	0,74
93	0,84
75	0,85
95	1,01
94	1,05
77	1,10
78	1,22
91	1,39

Source : ARS d'Île-de-France

Cet indicateur comporte plusieurs limites, défavorables à l'Essonne. L'indice n'a pas été mis à jour. La photographie de la population à un moment donné (en l'occurrence 2016) ne prend donc pas en compte la forte croissance démographique du département, quand d'autres, comme Paris, perdent des habitants. Il ignore également les flux infrarégionaux qui génèrent des mouvements importants de population entre départements. Ensuite, l'indicateur est construit selon le montant financier engagé par l'ARS et non sur le nombre de solutions financées par département. Or l'Essonne a un taux d'équipement correct en Maison d'accueil spécialisée. Ces structures, entièrement financées par l'assurance maladie, sont les plus onéreuses du point de vue de l'ARS, quand les autres font appel à du cofinancement. Le montant financier consacré à l'Essonne est en effet plus élevé mais pas le nombre de solutions.

<sup>13</sup> Poids des allocataires de l'AAH à un taux de plus de 80 %, bénéficiaire de la PCH/ACTP, des personnes dont le statut socio professionnel est inactif-ouvrier-employé non qualifié, des titulaires d'une rente AT-MP.

Cette position de l'ARS est un problème pour une bonne prise en compte de la question du vieillissement des personnes en situation de handicap. En effet, l'augmentation du nombre des plus de 50 ans contribue à accroître les besoins d'une offre médicalisée.

La faible implication de l'ARS dans les projets de médicalisation de foyers (conversion de places de foyer de vie en foyer d'accueil médicalisé par exemple) retarde le redéploiement de l'offre. Contrairement aux préconisations du rapport Gohet<sup>14</sup>, les personnes concernées peuvent être contraintes de quitter une structure devenue inadaptée pour intégrer une structure dédiée au grand âge.

## C - Une offre très tendue

### 1 - Des indices d'une très forte tension sur l'offre

Plusieurs méthodes permettent d'approcher la tension sur l'offre dans le département de l'Essonne.

La première consiste à comparer le nombre de personnes orientées avec l'offre effectivement disponible sur le territoire. 9 081 personnes disposent d'une orientation en ESMS de la MDPH. Si on compare ce chiffre avec le total de l'offre (4 535 places), le ratio est de 0,5. Cela signifie que 50 % seulement des personnes ayant une décision d'orientation en cours ont vu leur demande aboutir. Le ratio est en réalité inférieur car certaines personnes combinent plusieurs accompagnements médico-sociaux : un accueil à l'Esat et un accompagnement par un SAVS par exemple.

Les ratios par type d'ESMS sont présentés dans le tableau ci-après.

**Tableau n° 5 : tensions sur l'offre par type d'ESMS en 2022**

Type d'accompagnement / offre disponible ; personnes orientées	Nombre de personnes orientées	Offre sur le département	Ratio offre / personnes orientées
Fam/Mas	2 553	1 071	0,42
Foyer de vie / d'hébergement	3 545	1 536	0,43
SAVS/Samsah	3 997	654	0,16
Esat	3 316	1 704	0,51

Source : MDPH, CD, ARS, calculs Cour des comptes

<sup>14</sup> L'avancée en âge des personnes handicapées - Contribution à la réflexion, octobre 2013, Igas RM2013-163P.

D'autres indicateurs permettent de mesurer cette tension :

- 988 personnes orientées par la MDPH de l'Essonne sont accueillies dans un autre département<sup>15</sup> ;
- 450 personnes sont hébergées en Belgique ;
- 182 jeunes adultes sont accueillis en établissements pour enfants en aménagement Creton<sup>16</sup>.

## **2 - Une carence de l'offre qui concerne principalement des personnes âgées de plus de 45 ans et souffrant d'un handicap psychique**

Malgré un accueil en ESMS plus important des personnes avec un handicap psychique en Essonne qu'au niveau national, les besoins non couverts concernent principalement cette population.

Jusqu'en 2020, la direction de l'autonomie disposait d'un système d'alerte et de suivi des demandes d'entrée en foyer de vie et en foyer d'accueil médicalisé non satisfaites. Selon cet outil, une majorité des 333 personnes signalées avait plus de 45 ans (171 personnes) et les troubles psychiques concernaient plus de la moitié des cas (175 personnes), suivis des déficiences intellectuelles (86 personnes), des personnes avec un trouble du spectre de l'autisme (39 personnes) et des personnes polyhandicapées (22 personnes).

Ce suivi a été recentré sur les situations faisant l'objet d'un groupe opérationnel de synthèse (GOS) dans le cadre de la réponse accompagnée pour tous (RAPT)<sup>17</sup>. Il n'a donc pas pu être actualisé.

---

<sup>15</sup> L'aide sociale à l'hébergement de ces personnes est payée par le conseil départemental.

<sup>16</sup> L'aménagement « Creton » permet depuis 1989 le maintien dans un établissement pour enfants handicapés de jeunes adultes ayant atteint l'âge limite pour lequel leur établissement est autorisé, en attente d'une place en structure pour adultes.

<sup>17</sup> « La réponse accompagnée pour tous », est une démarche destinée à mettre en œuvre des solutions d'accompagnement pour les enfants ou les adultes en situation de handicap, afin d'éviter toute rupture dans leur parcours. Elle s'appuie sur le rapport « Zéro sans solution ». L'objectif est de proposer une réponse individualisée à chaque personne dont la situation le nécessite. Cette réponse doit lui permettre de s'inscrire dans un parcours conforme à son projet de vie (source : ARS d'Île-de-France).

## D - Une offre plus dynamique sur la période récente

En Essonne, l'offre dédiée aux personnes en situation de handicap est dynamique, avec une croissance de près de 10 % entre 2017 et 2022.

**Tableau n° 6 : évolution de l'offre à destination des personnes en situation de handicap 2017-2022**

	Places 1 <sup>er</sup> décembre 2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total 2017-2022	Total au 31/12/22	Évolution 2017-2022
Fam	324		40	30	40	49	20	179	503	55 %
Mas	679	3		1		12		16	695	2 %
FH/FV	949	2	27	12	72	15	9	137	1 086	14 %
AJ	326	1		4	8	27		40	366	12 %
SAVS	487		5	38		23	30	96	593	22 %
Samsah	15					42	38	80	95	533 %
SSIAD PH	102						6	6	108	6 %
TOTAL	2 882	6	72	85	120	168	103	554	3 446	

Source : ARS Île-de-France et conseil départemental

L'essentiel de la dynamique d'augmentation de l'offre vise à créer une offre plus inclusive. Ainsi, près de 150 places en SAVS et Samsah ont été créées, et plus de 30 places en accueil de jour. L'offre en Samsah devrait tripler entre 2021 et 2023.

### Les Samsah, une offre très insuffisante en passe d'être enrichie

Jusqu'en 2022, l'offre de Samsah se limitait au service géré par l'APF à Évry, destiné aux personnes en situation de handicap moteur, pour une capacité de 15 places.

En novembre 2022, l'EPNAK<sup>18</sup> a ouvert à Étampes un Samsah destiné aux personnes souffrant de troubles psychiques, d'une capacité de 22 places.

Un autre service de 18 places, géré par l'Adapei 91, ouvrira en mai 2023 à Massy, au profit des personnes porteuses de troubles psychiques.

<sup>18</sup> Établissement public national Antoine Kœnigswarter.

Au cours du second semestre 2023, l'Association « Les tout-petits » ouvrira un Samsah d'une capacité de 15 places, sur la commune des Molières, à destination des adultes en situation de polyhandicap avec troubles associés.

Ces trois projets s'inscrivent dans les financements fléchés pour la prévention des départs en Belgique.

Enfin, le groupe SOS Solidarité a été retenu pour la création d'une plateforme pour personnes en situation de handicap psychique, composée d'un établissement d'accueil médicalisé (EAM) de 40 places et d'un Samsah de 42 places<sup>19</sup>.

Une augmentation de l'offre d'hébergement à temps plein est également à noter, avec 98 places en établissement d'accueil médicalisée (Fam et Mas) et 40 places en foyer d'hébergement et foyer de vie.

Ce développement s'inscrit dans le contexte de deux appels à projet. Le premier, lancé en 2018 vise à développer l'offre en Ile-de-France et le second, datant de 2021 consiste à prévenir les départs en Belgique.

L'offre dédiée aux personnes handicapées vieillissantes contribue pleinement à cette dynamique (cf *infra*).

Par ailleurs, le département s'est engagé dans le développement de l'habitat inclusif. Une programmation 2022-2023 prévoit le déploiement de 17 projets touchant 136 personnes dont 117 en situation de handicap.

Une difficulté particulière concerne les places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) destinées aux personnes en situation de handicap dont le taux d'occupation est seulement de 50 %. L'explication est avant tout financière : les SSIAD pour personnes handicapées sont tarifés à un niveau inférieur aux SSIAD pour personnes âgées. L'accompagnement des PSHV nécessitant des compétences particulières, les services font le choix de privilégier les personnes âgées, dont la prise en charge est mieux tarifée et ne demande pas d'expertise supplémentaire.

Néanmoins, malgré ces créations, les taux d'équipement de l'Essonne restent très inférieurs à la moyenne nationale, et la tension sur l'offre demeure préoccupante.

---

<sup>19</sup> En janvier 2021, le projet a reçu des financements à hauteur de 1 872 000 € au titre de l'investissement et de 1 287 240 € par l'ARS dont 500 000 € pour le Samsah.

## **Chapitre II**

### **La gouvernance**

Les ARS et les départements co-pilotent les politiques locales de l'autonomie (secteurs handicap et personnes âgées), et les maisons départementales des personnes handicapées sont en charge de l'information et de l'ouverture des droits individuels.

#### **I - Une gouvernance territoriale partagée qui complexifie le pilotage**

Au niveau territorial, le pilotage des politiques du handicap relève de deux acteurs institutionnels, les ARS et les conseils départementaux. Les ARS<sup>20</sup> sont chargées du pilotage régional du système de santé et de la régulation de l'offre de santé pour les secteurs ambulatoire (médecine de ville), médico-social (aide et accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées) et hospitalier. Leur stratégie quinquennale est arrêtée dans des projets régionaux de santé (articles L. 1434-1 à L. 1434-13 du Code de la santé publique), qui doivent être cohérents avec la stratégie nationale de santé et respecter les lois de financement de la sécurité sociale. Les ARS sont par ailleurs en charge de délivrer les autorisations, tarifier et contrôler les ESMS de leur compétence exclusive ou de compétence partagée avec les départements.

---

<sup>20</sup> Créées par la loi du 21 juillet 2009, dite Hôpital, patients, santé et territoire (HPST), ce sont des établissements publics autonomes, placés sous la tutelle du ministère des solidarités et de la santé.

Les conseils départementaux (CD) sont les chefs de file de l'action sociale dans le département<sup>21</sup>. À ce titre, conformément à l'article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles (CASF), ils fixent, dans un schéma pluriannuel adopté par leur assemblée délibérante, les axes stratégiques des politiques sociales, notamment au bénéfice des personnes en situation de handicap et des personnes âgées. Ils sont également en charge de délivrer les autorisations, tarifier et contrôler les ESMS de leur compétence exclusive ou de compétence partagée avec l'ARS. Ils assurent le paiement de certaines prestations individuelles au bénéfice des personnes en situation de handicap (PCH) et allocation compensatrice de tierce personne (ACTP). Enfin ils ont une mission générale d'accueil et d'accompagnement social de proximité.

**Tableau n° 7 : répartition des compétences ARS / CD pour le pilotage des ESMS pour adultes**

Type d'ESMS	Description	Compétence pour délivrer les autorisations et financement <sup>22</sup>
Mas maison d'accueil spécialisée	Accueillent des adultes lourdement handicapés dont l'état nécessite le recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante, une surveillance médicale et des soins constants.	Compétence exclusive ARS Financement Assurance maladie.
Fam foyer d'accueil médicalisé	Accueillent des adultes qui ont besoin d'un suivi médical régulier, d'un accompagnement quotidien pour effectuer les actes essentiels de la vie courante, et d'une aide éducative pour favoriser le maintien ou l'acquisition d'une plus grande autonomie.	Compétence partagée ARS / CD. Financement Assurance maladie et départements.
FV ou FO foyer de vie - foyer occupationnel	Accueillent des personnes qui ne sont pas en mesure de travailler en milieu ordinaire ou adapté, mais disposant d'une certaine autonomie physique ou intellectuelle. Accueil à la journée ou à temps complet.	Compétence exclusive CD qui en assure le financement. Des frais de participation peuvent être demandés (repas, hébergement...), le plus souvent déduits de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH).
FH foyer d'hébergement	Assurent l'hébergement des travailleurs handicapés exerçant une activité pendant la journée en milieu protégé ou ordinaire.	Compétence exclusive CD

<sup>21</sup> Loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales et loi du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République (loi NOTRe).

<sup>22</sup> L'ARS est compétente pour la partie soins dans les établissements médicalisés.

Type d'ESMS	Description	Compétence pour délivrer les autorisations et financement <sup>22</sup>
Esat établissement et service d'aide par le travail	Structures de travail adapté dans lesquelles des personnes en situation de handicap exercent une activité professionnelle dans des conditions de travail aménagées et bénéficient d'un soutien social et éducatif.	Compétence exclusive ARS Financement : dotation globale annuelle versée par l'ARS, production des travailleurs, subvention de l'État (complément de rémunération aux travailleurs).
SAVS service d'accompagnement à la vie sociale	Ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes en situation de handicap par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services de droit commun. La personne accompagnée vit dans un logement autonome ou en famille.	Compétence exclusive CD Financement : tarif journalier fixé par le CD
Samsah service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés		Compétence partagée ARS / CD. Financement : tarif journalier fixé par le département ; forfait soin annuel global fixé par l'ARS
Ssiad service de soins infirmiers à domicile	Permettent aux personnes âgées malades ou dépendantes de recevoir chez elles des soins infirmiers et d'hygiène : actes infirmiers, surveillance médicale, soins d'assistance pour la toilette et l'hygiène, voire coordination de l'intervention d'autres professionnels de santé.	Compétence exclusive ARS. Soins pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie.
Saad service d'aide et d'accompagnement à domicile	Organismes privés ou publics autorisés par le département qui interviennent en qualité de prestataires, pour des actions liées aux actes essentiels de la vie, au soutien à domicile, à la préservation ou la restauration de l'autonomie et au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.	Compétence exclusive CD. Financement sur la base d'un tarif horaire.
SPASAD service polyvalent d'aide et de soins à domicile	Nouvelle forme d'organisation depuis 2005 : apportent à la fois un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et des soins. Regroupent des services assurant les missions d'un SSIAD et d'un SAAD, favorisant ainsi la coordination des interventions autour de la personne et des différents acteurs du secteur.	Compétence partagée ARS / CD

Type d'ESMS	Description	Compétence pour délivrer les autorisations et financement <sup>22</sup>
SAD service autonomie à domicile	Conformément à l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 codifié à l'article L. 313-1-3 du CASF et applicable au plus tard le 30 juin 2023, les prestations d'aide, d'accompagnement et de soins à domicile seront dispensées par des services dénommés services autonomie à domicile (SAD). Un décret devra définir le cahier des charges applicable.	En fonction des missions, compétence ARS et/ou CD.
Ehpad établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	Structures médicalisées qui accueillent des personnes âgées dépendantes. Il faut avoir au moins 60 ans et avoir besoin de soins et d'aide quotidiens pour effectuer les actes de la vie courante.	Compétence partagée ARS / CD. Tarification tripartite : hébergement (résident) dépendance (CD) et soins (assurance maladie). prise en charge possible du tarif hébergement grâce à l'aide sociale départementale.

Source : CRC Auvergne-Rhône-Alpes

## II - Une nécessaire articulation de l'ARS et du département

L'un des enjeux de la gouvernance locale est la bonne coordination de l'ARS et du département, tant en termes de vision de la politique du handicap, de stratégie d'évolution de l'offre que de pilotage des ESMS de compétence partagée.

En Essonne, les calendriers des documents stratégiques et programmatiques sont convergents en théorie. Le programme régional de santé Ile-de-France et le schéma départemental de l'autonomie couvraient une période identique, 2018-2022. Mais, alors que le conseil départemental a adopté, en fin d'année 2022, son nouveau schéma départemental 2023-2027, le prochain PRS 2023-2028 ne devrait être publié qu'en fin d'année.

Si les visions, ambitions et objectifs qu'ils portent ne sont pas divergents, leurs contraintes ne sont toutefois pas les mêmes. En effet, au moment de l'adoption du programme régional de santé (PRS), l'ARS ne connaît pas les moyens qui lui seront affectés annuellement au titre des mesures nouvelles, puisqu'ils dépendent des lois de financement de la sécurité sociale. Elle peut seulement définir ses priorités d'affectation des moyens à venir sans pouvoir les chiffrer.

La collectivité départementale dispose, de son côté, d'une plus grande autonomie financière et peut, dès l'adoption de son schéma, avoir arbitré les évolutions de son offre pour toute la période, et décidé d'y affecter annuellement les crédits correspondants. Elle peut en outre s'engager dans des démarches volontaristes alors que l'ARS doit principalement décliner les politiques nationales.

Le rythme d'évolution et de transformation de l'offre des deux pilotes institutionnels n'est donc pas nécessairement le même.

### **III - Une stratégie qui doit s'appuyer sur un meilleur partage de données**

#### **A - Une inscription effective du vieillissement des personnes en situation de handicap au sein des plans régionaux et départementaux**

##### **1 - L'ARS d'Île-de-France dispose d'une analyse récente mais approfondie de la thématique**

###### *a) Les projets régionaux de santé (PRS)*

La thématique du vieillissement des personnes en situation de handicap a pris une place grandissante au sein des projets régionaux de santé.

Elle est identifiée dans le PRS 2013-2017 (PRS 1) comme un enjeu clé pour la mutation du système de santé. Le schéma régional de l'offre médico-sociale (SROMS), pour la même période, pose deux principes :

- d'une part l'adaptation de l'offre d'accompagnement, et notamment le développement des établissements médico-sociaux ou unités dédiées aux personnes handicapées vieillissantes ;
- d'autre part la recherche de modalités innovantes d'accompagnement axées sur l'évaluation des besoins en soins et le parcours de soins des personnes handicapées vieillissantes, afin d'éviter les ruptures se traduisant notamment par des hospitalisations itératives.

En 2017, un diagnostic des profils des personnes en situation de handicap vieillissantes accueillies dans les structures médico-sociales franciliennes a été réalisé par le CEDIAS-CREHAI, missionné par l'ARS d'Île-de-France. À la suite de ce diagnostic, qui a mis notamment en évidence la progression du vieillissement de cette population et son poids graduel dans le ratio total des personnes handicapées accueillies par les ESMS, cette thématique a pris une place nouvelle dans la stratégie de l'ARS. Elle se trouve au cœur du PRS 2 (2018-2022).

Plusieurs enjeux sont traités dans le schéma régional de santé, en particulier ceux du logement et de l'accès aux soins. Pour remédier aux difficultés d'accès aux logements, il prévoit le développement de l'offre d'habitat inclusif et l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques au sein de l'habitat social. Les problématiques d'accès au soin, liées en particulier au manque de ressources médicales en ville et au vieillissement des personnes accueillies en établissement sont identifiées. La réduction des inégalités territoriales constitue en outre l'un des objectifs du schéma régional de santé.

Les maladies neurologiques et neurodégénératives ainsi que la santé mentale sont repérées comme des « *priorités thématiques de santé* ». Le schéma régional de santé propose, pour chaque thématique, des axes d'intervention qui s'intègrent au cadre de la réponse accompagnée pour tous (RAPT).

Pour remédier aux difficultés d'accès des personnes atteintes de lésions neurologiques aux praticiens libéraux (neurologues, gériatres, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes), le schéma vise :

- la fluidification des parcours des patients ;
- la facilitation de l'accès aux experts franciliens du champ neurologique et de la rééducation ;
- le développement de solutions d'hébergement et d'accueil temporaire à destination de personnes cérébrolésées ;
- le soutien à la qualité de vie des personnes atteintes d'un handicap neurologique ;
- le soutien au travail et à la qualité de vie des aidants.

S'agissant de la santé mentale, le schéma fait le constat d'un déficit d'offre de Samsah en Essonne et propose un cadre d'actions prioritaires repris et décliné par le plan territorial de santé mentale (PTSM). Pour mieux répondre aux besoins des personnes en situation de handicap psychique, l'ARS prévoit :

- le renforcement de l'inclusion dans la cité ;
- le recentrage du domicile dans la conception des parcours ;
- la prise en compte prioritaire du critère de continuité des parcours au sein des structures d'accueil et d'accompagnement ;
- l'action pour des pratiques orientées vers le rétablissement.

Le projet territorial de santé mentale de l'Essonne (PTSM) pour la période 2019-2024 précise et détaille les objectifs prioritaires tracés dans le volet « santé mentale ».

#### *b) Le projet territorial de santé mentale de l'Essonne (PTSM)*

Sous la double égide de l'ARS et du conseil territorial de santé, le PTSM 2019-2024 de l'Essonne détaille de nombreuses propositions à destination des personnes souffrant de troubles psychiques.

Il prévoit d'abord la sensibilisation à la santé mentale de l'ensemble des acteurs essonniens du parcours de vie et de soins de la personne en situation de handicap vieillissante. Cet objectif implique notamment l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de formation partagé entre les acteurs, et un travail porté sur le maintien et l'actualisation des compétences acquises. L'ARS ambitionne ainsi de décroiser les interventions des acteurs accompagnant les PSHV et de favoriser les convergences. L'objectif de formation des professionnels porte également sur le repérage précoce et le dépistage des troubles psychiques.

L'organisation de la prévention et de la prise en charge des situations de crise constitue un autre point clé du projet. Au vu des difficultés d'intervention des acteurs, à domicile et en structure médico-sociale, lors de situations d'urgence, il prévoit notamment le déploiement d'une équipe mobile de crise au sein des établissements dépourvus de compétences spécialisées et l'intervention d'infirmières de pratique avancée (IPA) issues des centres médico-psychologiques (CMP) au sein des établissements médico-sociaux.

Il prévoit également de nombreuses mesures en faveur de l'amélioration de la communication et la coordination des différents acteurs du parcours des personnes souffrant de troubles psychiques. Il constate en effet une « *insuffisance de coordination institutionnelle et autour du patient* », une « *communication non structurée* » ainsi qu'un « *cloisonnement et une connaissance des différents acteurs à améliorer* ». Il entend améliorer la lisibilité de l'offre à travers le déploiement de divers outils tel qu'un répertoire numérique départemental recensant la totalité de l'offre départementale en santé mentale. Il prévoit par ailleurs des mesures en faveur de la coordination institutionnelle départementale et une meilleure articulation des parcours avec la médecine de ville.

La prévention des ruptures de parcours des personnes en situation de handicap vieillissantes et des prises en charge inadéquates constitue l'un des points d'attention importants. Est relevée en effet « *l'insuffisance dans la prise en charge des publics spécifiques aux âges charnières* ». Les solutions passent notamment par le développement de structures d'accompagnement adaptées aux personnes âgées de plus de 45 ans, le soutien aux établissements médico-sociaux dans la prise en charge des troubles psychiques et par le développement des compétences des personnels.

Enfin, le PTSM aborde l'insuffisance des ressources visant à favoriser le rétablissement des personnes souffrant de troubles psychiques. Pour pallier ce problème, il prévoit notamment le développement de solutions de prise en charge médicale de type Samsah. Il entend favoriser l'inclusion en milieu ordinaire à travers l'action des SAVS ou des groupes d'entraide mutuelle (Gem). Le déploiement des habitats inclusifs et accompagnés et le soutien aux aidants figurent également parmi les axes d'action.

### *c) La mise à disposition d'un guide thématique PHV*

Depuis 2019, l'ARS d'Île-de-France met à disposition des acteurs concernés par le vieillissement des personnes en situation de handicap (« *gestionnaires, établissements médico-sociaux et services et autorités de tutelles* ») un guide thématique. Le document est composé d'un ensemble de fiches techniques récapitulant les forces et faiblesses des différents types d'offres d'accueil et d'accompagnement proposés sur le territoire francilien. Il présente également les éventuels freins et leviers à intégrer dans une réflexion d'accueil. En somme, le guide thématique de l'ARS « *constitue un support d'aide à la réflexion pour les acteurs afin d'organiser sur leur territoire la prise en charge des PHV* ». Issu de travaux menés conjointement avec les instances départementales et les acteurs concernés, il s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité et de la continuité de l'accompagnement médico-social des PSHV. Il conclut notamment au nombre restreint de modes d'accueil cumulables au sein d'une même structure pour la prise en charge d'une personne en situation de handicap vieillissante.

Ce document, qui avait « *vocation à être diffusé largement auprès des acteurs concernés* », est resté à l'état d'outil de travail non finalisé et n'a jamais été mis en ligne ou communiqué.

*d) Les appels à manifestation d'intérêt (AMI) et appels à projet (AAP)*

Au cours des dernières années, la stratégie de l'ARS en faveur des personnes en situation de handicap vieillissantes a reposé sur un appel à manifestation d'intérêt (AMI) publié en juillet 2018. Il visait à sélectionner des « *projets d'extension pour la mise en œuvre accélérée de solutions nouvelles* » à destination des personnes en situation de handicap. Sur le territoire de l'Essonne, 50 « solutions » nouvelles ont été proposées à l'ARS. Quatre Ehpad ont vu leur dossier retenu, non sous la forme d'une création de places comme les gestionnaires l'envisageaient, mais *via* une transformation et requalification de places au profit des PSHV (cf. *infra* le détail des projets retenus).

L'ARS a également publié en septembre 2019 un appel à projet spécifique au département de l'Essonne qui avait pour objet la création d'une plateforme pour personnes en situation de handicap vieillissantes composée d'un EAM (36 places) et d'un EANM (48 places). Le service essonnien du grand âge (Sega) et l'EPNAK ont été sélectionnés pour une mise en œuvre conjointe (cf. *infra*).

## **2 - Une prise en compte du vieillissement par le département plus ancienne mais discontinuée**

Depuis le début des années 2000, les schémas départementaux de l'autonomie présentent une stratégie spécifique en faveur des personnes en situation de handicap vieillissantes. Seul le schéma départemental 2018-2022 n'abordait pas cette question.

La problématique du vieillissement constituait l'une des quatre orientations du schéma départemental en faveur des personnes handicapées pour la période 2000-2005. L'assemblée départementale avait décidé, en juin 2000, le lancement d'appels à projets pour la création d'une structure d'hébergement à destination des personnes en situation de handicap vieillissantes. Ils ont permis l'ouverture, en 2008, de deux structures accueillant des travailleurs vieillissants issus des Esat ou du milieu protégé : un foyer de vie et d'hébergement à Évry et un foyer de vie et d'accueil médicalisé à Bourray-sur-Juine.

Les schémas départementaux suivants, pour les périodes 2007-2011 et 2013-2017 abordaient également la thématique du vieillissement.

Le premier entendait « anticiper les conséquences du vieillissement des personnes handicapées » et prévoyait :

- la création de places d'accueil spécifiques ;
- l'expérimentation du double accueil des adultes en situation de handicap vieillissants et de leurs parents vieillissants en Ehpad ;
- l'expérimentation d'un accueil à mi-temps en Esat pour les travailleurs vieillissants travaillant à temps partiel ;
- l'adaptation des structures d'accueil existantes au vieillissement (locaux, unités de vie spécifiques).

Le second visait quant à lui :

- le maintien à domicile des personnes en situation de handicap vieillissantes ;
- l'organisation de la réponse à l'urgence et aux situations complexes ;
- le développement des activités de loisirs pour les travailleurs handicapés vieillissants (Gem, service passerelle, etc.) ;
- l'amélioration de l'offre d'accueil et d'hébergement à destination des PSHV travers :
  - la création de places spécifiques en foyers d'accueil médicalisé ;
  - le développement de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire pour l'octroi d'un répit aux parents vieillissants ;
  - le développement d'unités PHV au sein des Ehpad publics ;
  - le développement de l'hébergement des PSHV en familles d'accueil ;
  - la création de Samsah adossés à des établissements médico-sociaux.

En somme, ces schémas départementaux esquissaient une large palette de solutions dans le secteur du handicap comme des personnes âgées, sans oublier l'offre à destination des personnes vivant à domicile.

Enfin, le nouveau schéma départemental de l'autonomie 2023-2027 accorde de nouveau une place centrale aux personnes en situation de handicap vieillissantes. Il entend :

- poursuivre la dynamique de prévention précoce de la perte d'autonomie auprès des personnes en situation de handicap au sein des établissements médico-sociaux ;
- lutter contre l'isolement et favoriser l'accès des PSHV aux ressources de droit commun ;
- renforcer l'accompagnement et le soutien des aidants ;
- favoriser le maintien à domicile des PSHV ;
- renforcer l'attractivité des métiers du champ de l'autonomie.

- ajuster l'offre médico-sociale aux besoins du département et améliorer sa visibilité ;
- développer une offre intermédiaire (habitat inclusif, accueil familial, résidences autonomie) ;
- poursuivre un travail de prévention des risques de rupture de parcours auprès des PSHV ;
- renforcer la communication entre les acteurs et dispositifs médico-sociaux ;
- développer la pair-aidance<sup>23</sup> entre personnes en situation de handicap et entre aidants.

## B - Des données de pilotage très incomplètes et insuffisamment partagées

Les caractéristiques de la population en situation de handicap du département de l'Essonne ne sont pas encore connues même si la MDPH utilise le SI-MDPH et alimente *ViaTrajectoire*. Bien que codées par les agents de la MDPH, le requêtage des déficiences n'est pas encore disponible dans le système d'information. Cette évolution, qui devrait être déployée prochainement, permettra de mieux cerner les besoins et les carences de l'offre.

De leur côté, les établissements et services médico-sociaux de l'Essonne remplissent peu les différents outils de pilotages nationaux. Ainsi, seuls 70 % des ESMS remplissent le tableau de bord des ESMS, soit un taux inférieur de plus de sept points au niveau national.

**Tableau n° 8 : taux de remplissage du tableau de bord des ESMS en 2019 (%)**

Type d'établissement	EAM	EANM	Esat	Fam	Foyer de vie	Foyer Hébergement	Mas	Samsah	SAVS.	Global
Essonne	100	60	87	46	65	75	69	100	79	70
France entière	84	75	78	86	73	73	82	84	75	78

Source : tableau de bord des ESMS (2019)

<sup>23</sup> La *pair-aidance* peut être traduite simplement par : l'aide mutuelle que s'apportent des personnes concernées par une problématique commune

L'utilisation du tableau de bord par certains établissements est particulièrement faible, inférieur au niveau national de 40 points pour les foyers d'accueil médicalisé et de 15 points pour les établissements d'accueil non médicalisé (EANM) et les Mas. Aucune particularité locale ne justifie une telle sous-utilisation des outils de remplissage.

La situation est la même pour l'utilisation de *ViaTrajectoire* bien plus faible dans l'Essonne qu'au niveau national. Ainsi, en 2022, seuls 2 775 séjours sont saisis dans *ViaTrajectoire* sur une offre de près de 5 000 places, soit un taux de saisie inférieur à 60 %. Après un lancement en 2018 et un accompagnement renforcé en 2019, la crise sanitaire n'a pas permis de poursuivre cette dynamique qui devrait cependant reprendre en 2023.

Cette situation nuit à la capacité des acteurs à définir des réponses adaptées aux besoins. En effet, pour mesurer l'adéquation entre l'offre et de la demande, l'outil *ViaTrajectoire* constitue une source d'informations précieuse. Sa sous-utilisation contribue à l'asymétrie d'information entre l'autorité d'orientation (la MDPH) et le gestionnaire de l'établissement ou du service qui est le seul à disposer d'une vision précise de sa capacité d'accueil.

Outre le manque de disponibilité, l'instruction a fait apparaître un manque d'échanges entre les acteurs sur les différentes données. Ainsi le département n'a en sa possession aucun élément relatif aux maisons d'accueils spécialisées. De même, l'ARS n'intègre pas dans ces outils de suivi l'offre des places financées par le département.

Une revue annuelle commune des principaux indicateurs de gestion, d'offre et demande est pourtant indispensable. Ces échanges pourraient aboutir à un document commun de diagnostic territorial partagé et auraient vocation à alimenter une réunion copilotée par l'ARS et la direction de l'autonomie, à destination des gestionnaires d'ESMS. Cela aurait de plus pour effet de donner de la lisibilité sur l'utilité des différents indicateurs pour les ESMS et constituerait une incitation à une meilleure restitution de ces outils.

# Chapitre III

## Le parcours résidentiel des personnes en situation de handicap vieillissantes

Le parcours des personnes en situation de handicap vieillissantes du département de l'Essonne est complexe en raison du sous accompagnement de l'offre de soutien à domicile, de l'insuffisance de l'offre dédiée aux personnes en situation de handicap et des difficultés d'adaptation des Ehpad à ce type de profil.

### I - Un accompagnement à domicile encore sous-calibré

Les PSHV vivent très majoritairement à domicile (cf *supra*). Parmi elles, un nombre important ne sont pas accompagnées. Pour le vérifier, la comparaison entre le nombre de bénéficiaires de l'AAH de plus de 50 ans (7 000) et le nombre de personnes de plus de 50 ans bénéficiant de la PCH (2 590) ou le nombre de places en service médico-social (590) donne un ordre de grandeur *a minima*.

En raison de ce faible accompagnement, les problématiques touchant ces personnes vivant à domicile restent mal connues. Pour tenter d'en appréhender l'ampleur, l'ensemble des services médico-sociaux pour adultes ont été rencontrés, et les dossiers des personnes de plus de 45 ans ayant un droit ouvert à la PCH examinés. D'une part, l'importance des listes d'attente et le faible turn-over dans certaines structures induisent une perte de chance pour les adultes non accompagnés. D'autre part, l'intervention de ces services à domicile pour accompagner le vieillissement et organiser les transitions vers des établissements lorsque cela est nécessaire, constitue une réelle plus-value.

## **A - Le non accompagnement : une perte de chance dans le processus de vieillissement**

L'étude de listes d'attentes des SAVS de l'Essonne, ainsi que de l'évolution sur cinq ans (2016-2021) de 75 dossiers de personnes de plus de 45 ans bénéficiant de la PCH et d'une orientation vers un établissement ou service médico-social, permet d'approcher les différentes problématiques auxquelles elles sont confrontées.

### **1 - Les difficultés d'accès aux droits**

La première difficulté concerne l'accès aux droits. Certains dossiers montrent une rupture de droits en raison d'une non réponse aux courriers de l'administration, alors même que la cause de cette non réponse y figure de façon explicite ;

- Une patiente déficiente motrice, âgée de 70 ans, a perdu le bénéfice de ses droits suite au décès de son père, qui l'aidait dans ses démarches administratives. Elle n'a pas envoyé les documents nécessaires au renouvellement de ses droits PCH. Son dossier est alors rejeté ;
- Une autre personne, âgée de 56 ans et atteinte d'une maladie viscérale, ne sait ni lire ni écrire et est en situation de fort isolement social. Son renouvellement de dossier de PCH est rejeté faute de réponse aux courriers ;
- Un patient, atteint de surdité et de muticité dès la naissance, âgé de 63 ans, ne sait ni lire ni écrire. Son renouvellement de PCH, forfait surdité, est rejeté faute de réponse aux courriers de la MDPH.

La perte de droits entraîne des difficultés financières importantes ou entrave les possibilités d'accéder à un service. À cet égard, la MDPH ne dispose pas de procédures spécifiques visant à cibler certaines situations à risque pour lesquelles des précautions particulières devraient être mises en œuvre.

Les délais importants de traitement des dossiers sont également à souligner. Pour les personnes en attente d'une orientation vers un service médico-social, le temps qui s'écoule entre la demande d'accompagnement et la décision de la MDPH<sup>24</sup> (plus de six mois en moyenne en 2020) est problématique. La situation du demandeur peut se dégrader dans l'intervalle – rupture du droit à l'AAH par exemple -. Il arrive même que la personne ne soit plus disposée à un accompagnement, notamment dans le cas de maladie psychique, où l'alternance entre phases de stabilisation et de décompensation peut modifier sensiblement la demande initiale.

---

<sup>24</sup> Face aux longs délais de traitement des demandes d'ouverture des droits, la MDPH et le département de l'Essonne ont signé une convention visant à améliorer le service rendu. Un plan d'actions visant à réduire ces délais a été adopté.

L'examen des décisions de refus d'accompagnement d'un SAVS illustre ces deux cas de figure : d'une part la déconnexion entre l'expression d'un besoin et l'obtention d'une orientation de la MDPH et d'autre part l'abandon de sa demande initiale par la personne. Les refus pour des motifs géographiques (domicile hors périmètre ou trop éloigné du service) sont également nombreux.

#### **Les types de refus d'accompagnement**

- 112 décisions de refus de prise en charge par un SAVS spécialisé dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique ont été examinées :
- 35 sont motivées par l'absence de notification MDPH ;
- 46 demandeurs n'ont pas donné suite à la demande, n'ont pas répondu aux demandes de contact ou ont changé d'avis ;
- 16 dossiers font état d'un éloignement géographique ou d'un domicile hors du périmètre couvert par le service (assortis ou non d'une réorientation vers un autre service).

*Source : Cour des comptes*

Ce dernier motif de refus souligne les inégalités géographiques d'accès au sein du département. Le fait de résider à proximité d'un service est un élément déterminant pour le succès de la demande. En effet, la plupart des services interviennent dans un périmètre de 10 à 20 km autour de leur siège, afin de limiter les déplacements des équipes (constituées de petits effectifs). Rares sont ceux qui ont pour champ d'intervention l'ensemble du département. En raison de l'absence de coordination des périmètres d'intervention de chaque SAVS des zones demeurent non couvertes. Associée à une spécialisation par type de handicap, cette situation aboutit à un maillage incomplet du territoire laissant sans réponse un nombre important de demandeurs.

Quand bien même le service serait en mesure d'accepter le dossier, la qualité d'intervention peut aussi dépendre de l'offre locale de professionnels susceptibles d'intervenir à domicile (Saad, infirmières libérales...). Il n'existe pas de SAVS pivot, qui pourrait faire le relais avec les acteurs du territoire et donner une certaine lisibilité à l'usager, à l'image du travail effectué par les Saad pivots mis en place récemment. La structuration d'un travail en réseau entre SAVS, comme le réseau « handicap à domicile 77 »<sup>25</sup>, serait une première étape vers une plus grande coordination et une réduction des zones non couvertes.

---

<sup>25</sup> Le réseau « Handicap à Domicile 77 » (RHD 77) regroupe le SAVS, le SAMSAH et le SSIAD.

## 2 - La fragilité de l'accompagnement par les aidants vieillissants

Le vieillissement des personnes en situation de handicap accompagnées par leurs proches, va de pair avec le vieillissement de leurs aidants, souvent les parents ou le conjoint. Ce vieillissement engendre des difficultés différentes selon les types de handicap.

Dans les dossiers étudiés de personnes souffrant d'une déficience motrice et accompagnées par un aidant indemnisé au titre de la PCH (âgé entre 60 et 80 ans), c'est la capacité de l'aidant à assurer des tâches physiques, en particulier les transferts, qui conditionne la poursuite du maintien à domicile. La perte des capacités physiques ou le décès de l'aidant, suppose d'organiser une transition vers un autre accompagnement.

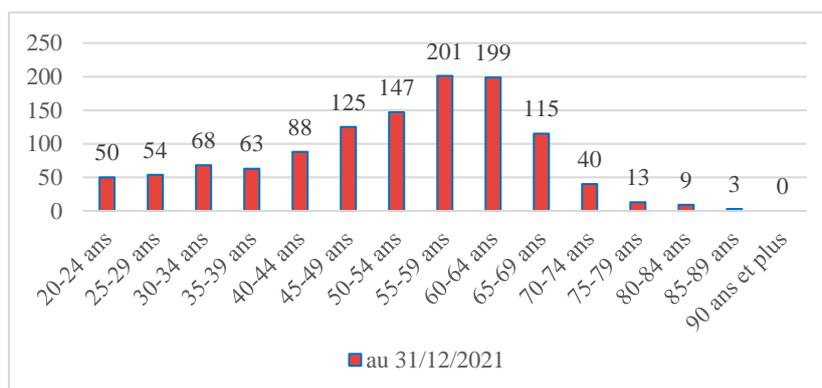
- Âgé de 59 ans, suite à une maladie dégénérative, il n'est plus en capacité de marcher. C'est son père, âgé de 78 ans, qui assure les transferts.

Dans les dossiers de personnes atteintes d'une déficience psychique ou intellectuelle et accompagnées par un aidant indemnisé par la PCH, l'équilibre apparaît très fragile. Dans sept cas sur les huit recensés, avec des aidants de plus de 60 ans, un changement d'aidant est intervenu pendant période étudiée (2016-2021), soit du fait du décès du parent aidant (quatre cas), soit du fait du vieillissement de l'aidant rendant impossible le maintien de l'aide (trois cas de relais vers la fratrie), ou d'une évolution du lien (déménagement, divorce : trois cas).

- Âgé de 46 ans et atteint de trouble psychique et déficience motrice, il était aidé par sa sœur qui avait arrêté de travailler pour s'occuper de lui. Elle est décédée en 2020, il a alors été hospitalisé en psychiatrie. À sa sortie, c'est son frère qui a pris le relais.
- Âgé de 54 ans, atteint de troubles neurologiques et se déplaçant en fauteuil roulant, il vivait chez sa mère de 80 ans. Au décès de cette dernière, il a emménagé chez sa fille. L'appartement est au deuxième étage sans ascenseur.
- Âgé de 55 ans et souffrant de troubles psychiques et cognitifs, il vivait chez sa femme qui était indemnisée au titre de la PCH. Ils ont divorcé et il vit désormais chez sa mère âgée de 75 ans.

L'étude de ces dossiers montre la très grande fragilité des situations des personnes en situation de handicap accompagnées uniquement par des aidants. Les risques sont multiples : épuisement, décès ou hospitalisation des aidants, incapacité à faire face à la dégradation de la situation de la personne accompagnée. Ces situations, non anticipées ou non étayées par un accompagnement professionnel, peuvent aboutir à des situations de crises. Aucune forme de veille n'a été mise en place pour anticiper les situations de crise malgré le nombre important d'aidants de plus de 60 ans indemnisés par la PCH (369 en 2021).

**Graphique n° 2 : nombre d'aidants financés par la PCH aide humaine par classe d'âge en 2021**



Source : SI-MDPH

### L'équipe mobile d'appui aux aidants de PSHV

Une équipe mobile dédiée à l'appui des aidants des personnes en situation de handicap vieillissantes a été constituée afin d'apporter des réponses concrètes aux aidants (familiaux ou professionnels) de personnes de 45 ans et plus souffrant de maladie mentale et psychique, reconnues par la MDPH. Labellisée « projet expérimental », l'équipe bénéficie en 2021 d'un financement conjoint de 259 000 € par an. La dotation sera portée à 310 000 € lorsque l'objectif des 60 personnes suivies sera atteint. L'équipe n'accompagne pas directement les personnes en situation de handicap et pour sa première année d'activité, l'équipe a accompagné 50 aidants âgés en moyenne de 70 ans et accompagnant des personnes en situation de handicap de 58 ans en moyenne. Les demandes consistent principalement en une aide administrative et un soutien à la recherche d'hébergement en établissement collectif.

Si l'initiative répond à un besoin, démontré par la montée en charge rapide du nombre des dossiers suivis, elle n'en constitue pas moins un risque de soustraction de moyens d'accompagnement social à leur vocation généraliste.

Il convient donc de s'interroger sur la pertinence de disperser des ressources d'accompagnement social dans une nouvelle offre d'accompagnement plutôt que d'étayer la compétence en matière de handicap des équipes de polyvalence de secteur déjà installées.

Source : Cour des comptes

### 3 - L'isolement

Selon une étude consacrée à l'Île-de-France et à la région Auvergne-Rhône-Alpes, coordonnée par la fondation nationale pour la gérontologie<sup>26</sup>, une PSHV sur trois a des difficultés à nouer des relations sociales avec d'autres personnes que son proche aidant ou sa famille. Ce cas de figure a été relevé dans 18 dossiers examinés à la MDPH de l'Essonne, concernant des personnes ayant une aide à domicile payée par la PCH mais pas d'accompagnement médico-social. L'isolement est la principale difficulté repérée. Pour les personnes avec un handicap moteur, il est le résultat de la difficulté à sortir de chez soi ou de se déplacer dans son environnement proche. Le maintien d'une vie associative et amicale devient difficile. Pour les personnes ayant des troubles psychiques ou cognitifs, le handicap lui-même peut être source de difficultés pour nouer des relations avec l'extérieur.

- Âgé de 62 ans et déficient moteur suite à un accident de la voiture, il ne peut sortir de son logement, non adapté. Son seul lien social est l'aide à domicile financée par la PCH.
- Âgé de 60 ans et paraplégique, il vit dans un logement adapté et son handicap est stable. La principale difficulté évoquée est la solitude.

### 4 - Le domicile par défaut : les situations avec un handicap lourd en attente d'un établissement

Huit dossiers, concernant tous des personnes avec une ou plusieurs déficiences sévères (polyhandicap, autisme sévère, troubles du comportement) mentionnent une situation de maintien à domicile par défaut, en attente d'une solution en établissement, avec une indemnisation des aidants familiaux dans l'intervalle.

- Cinq personnes sont décédées en 2021 ou 2022, dont deux avaient été exclues d'un établissement suite à des troubles de comportement, deux avaient une orientation vers une maison d'accueil spécialisée non suivie d'effet, et une avait finalement trouvé une place en établissement.
- Deux personnes ont obtenu une place en établissement hors Essonne (une en Belgique, l'autre dans la Nièvre après un passage en Belgique).
- Une personne, est toujours en attente, plus de cinq ans après sa demande.

---

<sup>26</sup> Les personnes handicapées vieillissantes à domicile et leurs proches aidants : études réalisées auprès des ressortissants de l'Agirc et de l'Arcco en Île-de-France et Auvergne-Rhône-Alpes, FNG, septembre 2014.

- Souffrant d'un autisme sévère et âgé de 46 ans, il a été exclu d'une maison d'accueil spécialisée et refusé dans une autre Mas suite à un séjour en accueil temporaire. La situation est décrite comme intenable à domicile. Il décède l'année suivant l'évaluation.
- Il est déficient intellectuel et bénéficie d'une orientation en maison d'accueil spécialisée : ses frères se relaient auprès de lui et sont indemnisés par la PCH dans l'attente qu'une place se libère.
- Âgée de 61 ans et souffrant de troubles psychiques, elle est venue vivre chez sa fille en Essonne en raison de sa perte d'autonomie liée au vieillissement. Orientée vers une maison d'accueil spécialisée, plusieurs séjours en établissement se soldent par des refus d'admission et par des retours au domicile de sa fille. Elle est finalement accueillie en Belgique en 2021.

L'analyse de ces dossiers montre que l'absence d'accompagnement approprié pour les cas les plus lourds induit une forte perte de chance et une dégradation de la situation. Les aidants sont fréquemment sans soutien face à des situations très complexes, tant du point de vue médical qu'éducatif. Cela peut aboutir à des situations de violences, d'enfermement à domicile et de dépérissement tant de la personne en situation de handicap que de sa famille<sup>27</sup>.

## **B - L'accompagnement par des professionnels, condition du maintien à domicile**

### **1 - La PCH, outil suffisant pour les handicaps moteur mais pas pour les personnes avec un trouble psychique ou une déficience intellectuelle**

La PCH bénéficie à 6 000 personnes en Essonne dont la majorité a plus de 45 ans. Elle finance les besoins liés à la perte d'autonomie dans quatre domaines : la mobilité, l'entretien personnel, la communication, les relations avec autrui et prend différentes formes :

- aides humaines nécessaires pour la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation, élimination, aide à la communication ...) ;
- aides techniques (matériel qui participe à la compensation du handicap) ;
- aménagements du logement, du véhicule ou surcoûts liés au transport ;
- aides animalières relatives à l'entretien d'un chien guide ;
- aides spécifiques (protections, téléalarme...) et aides exceptionnelles (surcoûts liés aux vacances adaptées...).

---

<sup>27</sup> Les services qui proposent des offres de logement accompagné (semi-autonomes) font état de situations de cohabitation familiale devenues parfois difficiles que permet de résoudre l'entrée dans la structure.

La PCH couvre bien les besoins des personnes en situation de handicap moteur, viscéral et sensoriel. L'étude des dossiers correspondants montre qu'elle permet une relative stabilisation lorsqu'elle rémunère des professionnels.

- Âgé de 62 ans, il est bénéficiaire de la PCH suite à une lésion médullaire. Elle lui permet de financer des équipements adaptés et d'indemniser sa conjointe en tant qu'aidante. La situation est stable depuis 10 ans.

En revanche, jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2023, sa mobilisation au service des personnes ayant un trouble des fonctions intellectuelles supérieures était très variable selon les territoires<sup>28</sup>. En effet, la grille utilisée pour ouvrir les droits à la PCH, la grille d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (Geva), accordait une place limitée à la fonction de surveillance, aux besoins de stimulation et d'aide à la compréhension, qui les concernent tout particulièrement. De ce fait, peu de cas d'interventions de professionnels de l'aide à domicile auprès de personnes avec des troubles psychiques ou intellectuels ont été trouvés dans l'étude des dossiers de PCH. Il n'y a actuellement pas de services d'aide à domicile capable de répondre aux besoins de ces personnes sur le département de l'Essonne. Aucun service n'est en outre labellisé Cap'Handéo<sup>29</sup>. Il existe bien un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) autisme, mais son action se rapproche beaucoup plus d'un service médico-social innovant que d'un service d'aide à domicile classique.

#### **La mutualisation des plans PCH pour la création d'un Saad particulier : « Défi autisme »**

En 2012, un groupe de parents crée l'association Défi Autisme afin de mutualiser les plans de compensation du handicap et de pouvoir accompagner leurs enfants. L'association se spécialise rapidement dans la prise en charge des situations complexes de maintien à domicile par défaut et prépare les entrées en institution. De statut « service d'aide et d'accompagnement à domicile », l'association s'écarte en réalité fortement d'un Saad classique. Elle dispose en particulier de postes de psychologues et d'éducateurs spécialisés. Son modèle de financement repose à la fois sur la mutualisation de PCH et sur l'octroi de crédits non reconductibles par l'ARS. Elle accompagne également des adultes de toute âge, dont une personne de plus de 50 ans.

<sup>28</sup> M. Daudé, H Mauss, S. Paul (Igas), *Évolution de la prestation de compensation du handicap* ; Denis Leguay, *Rapport sur l'accès à la PCH des personnes souffrant d'un handicap psychique, mental, cognitif ou de TND*, 2021 ; *Rapport de synthèse pour un décret d'adaptation du référentiel d'accès à la PCH pour les personnes en situation de handicap du fait de l'altération des fonctions mentales, cognitives ou psychiques*, UNAPEI, UNAFAM, HyperSupers TDAH, Autisme France, 2021.

<sup>29</sup> Référentiel de certification des services à la personne qui permet de mesurer la qualité de l'offre d'accompagnement et son adaptation aux besoins et attentes des personnes en situation de handicap, des personnes âgées dépendantes et leurs proches aidants.

## **2 - L'accompagnement par un service médico-social, condition du maintien à domicile des PSHV**

Parmi les 75 cas étudiés, 20 bénéficient d'un accompagnement par une structure médico-sociale : en Esat, en accueil de jour ou en hébergement temporaire, ou encore un suivi par un SAVS. Ces situations sont bien moins fragiles dans le temps que celles sans accompagnement médico-social.

Les SAVS permettent en effet de stabiliser la situation des personnes qu'ils accompagnent. L'accompagnement prodigué est à la fois social, éducatif et administratif. Sur la base du projet de vie exprimé par l'usager et de ses capacités sociales et d'autonomie, les équipes pluridisciplinaires des SAVS élaborent un projet d'accompagnement personnalisé. Dans ce cadre, les SAVS s'assurent que les droits restent ouverts, facilitent l'accès à l'ensemble des services sociaux et médico-sociaux ; réalisent si besoin une médiation avec le voisinage ; veillent au bon état et à l'adaptation du logement ; supervisent et accompagnent l'accès à des dispositifs de droit commun (associations, bibliothèques, ateliers...).

Y compris pour les personnes en situation de handicap avançant en âge, l'accompagnement par un SAVS peut servir de tremplin vers l'autonomie. Il permet par exemple, d'envisager un logement autonome.

- Âgée de 60 ans, elle est atteinte d'une maladie neuro-dégénérative. Grâce à l'accompagnement du SAVS de l'APF, son logement est adapté au fur et à mesure de l'évolution de la maladie et les plans d'aide sont régulièrement réévalués.

Une diversité d'offre de « logement accompagné » a été développée par les SAVS de l'Essonne. Cette forme d'habitat, semi-autonome<sup>30</sup>, constitue à la fois une réponse au besoin d'autonomie exprimé par certains bénéficiaires et au besoin d'accompagnement accru à domicile en raison du vieillissement, à l'isolement social de certains, aggravé par les effets du vieillissement sur leur mobilité. Cette offre rend possible la décohabitation entre parents et enfants. Elle permet des sorties d'établissement collectif en accompagnant les bénéficiaires dans l'apprentissage des différentes compétences nécessaires à la vie dans un logement autonome.

- Âgée de 62 ans, elle vivait dans une caravane lorsqu'elle est devenue hémiplégique. À la suite de son accident, elle a intégré en Ehpad pendant dix mois et ensuite un logement autonome accompagné grâce au suivi par l'association « Toit et joie ».

---

<sup>30</sup> Des espaces privatifs sont mis à disposition des personnes hébergées au sein d'un grand espace collectif.

### **3 - L'adaptation de l'accompagnement à la perte d'autonomie et l'organisation des transitions**

Les SAVS ont également un rôle d'amortisseur de la perte d'autonomie des personnes en situation de handicap vieillissantes. Dans ce cadre, ils organisent une intervention à domicile renforcée. Lors de l'apparition de troubles moteurs, les SAVS aident par exemple à structurer les dossiers d'aménagement du logement et mettent en place les aides à la vie quotidienne – portage de repas, services d'aide et d'accompagnement à domicile. En matière d'accès aux soins, ils peuvent prendre les rendez-vous médicaux, accompagner le bénéficiaire chez un professionnel de santé, réexpliquer les consignes de traitement, trouver une infirmière pour la gestion du pilulier... L'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique présente cependant une difficulté supplémentaire qu'il s'agisse de la prise de rendez-vous auprès des CMP, de l'organisation du transport jusqu'au lieu de consultation, de l'insuffisante sensibilisation des équipes de soin à ce type de handicap... La mise en place d'interventions d'un Saad peut elle-même s'avérer difficile lorsque se pose la question de la sécurité des intervenants à domicile.

Le besoin croissant de coordination médicale en faveur des personnes accompagnées a été évoqué par tous les responsables de SAVS. Les missions des équipes ont évolué de ce point de vue. Des profils différents peuvent être recrutés comme des techniciens de l'intervention sociale et familiale, qui ont une expertise dans le maintien à domicile complémentaire de celle des éducateurs spécialisés.

Même s'il est moins important que pour les personnes sans aucun accompagnement, l'isolement touche aussi les personnes suivies par un SAVS. Même avec le soutien du service, l'accès à des dispositifs de droit commun (associations culturelles, clubs de sport, ateliers...), est complexe, particulièrement pour les personnes souffrant de troubles psychiques pour lesquelles le rejet social est fréquent.

La sédentarité des personnes en situation de handicap vieillissantes à domicile est particulièrement élevée. Les activités collectives organisées par les SAVS, dans le service ou à l'extérieur, les mini-séjours de vacances, les partenariats noués avec des accueils de jour ont pour objectif d'entretenir à la fois le lien social et la mobilité des bénéficiaires.

### **Le rôle du SAVS dans l'accompagnement des PSHV**

Dans la perspective d'un accompagnement le plus personnalisé possible, le SAVS recherche pour chaque personne accompagnée la solution la mieux adaptée à ses difficultés.

- Face à des difficultés cognitives, l'équipe met en place des supports adaptés pour conforter les capacités (calendrier, etc.) et propose des activités au sein du service ou à l'extérieur (en cherchant des relais par exemple dans les services pour seniors des communes par exemple).
- Pour répondre aux problèmes médicaux croissants, le SAVS renforce les accompagnements médicaux (prise de rendez-vous, accompagnement en consultation...), sollicite des bons de transports le cas échéant, organise le passage d'infirmiers à domicile.
- Confrontés aux difficultés de déplacement des bénéficiaires, le SAVS mobilise les solutions de transport des partenaires, renforce les visites à domicile et les accompagnements par d'autres acteurs.
- En cas de difficultés liées au logement, le SAVS met en place des aides ménagères, supervise la recherche d'un logement plus adapté.
- Si les difficultés sont liées aux actes de la vie quotidienne, il met en place des aides à la toilette, des livraisons de repas, et organise si besoin le départ dans des structures plus adaptées (Ehpad, résidence autonomie...).

Pour un accompagnement approprié des problématiques rencontrées par les personnes vieillissantes, les partenariats avec des équipes spécialisées en gériatrie peuvent se révéler fructueux. Ainsi de la convention cadre de coopération signée en août 2019 entre la fondation des Amis de l'atelier et l'hôpital privé gériatrique Les Magnolias. Elle s'adresse aux personnes de plus de 55 ans accueillies dans les services ou les établissements pas ou peu médicalisés de la Fondation dont les décompensations liées au vieillissement sont manifestes ou à risque de fragilité, nécessitant des actions de prévention. L'hôpital Les Magnolias apporte notamment son expertise dans la réalisation d'évaluations gériatriques (réalisées par une équipe mobile ou au sein du pôle ambulatoire de l'établissement) et dans les actions de maintien ou de stimulation des capacités.

L'accompagnement à domicile des SAVS trouve ses limites lorsque la perte d'autonomie met la personne en danger (chutes nombreuses par exemple) ou que l'isolement la conduit à un fort repli sur soi. Dès lors, une transition vers un établissement peut être envisagée, en particulier vers les établissements pour personnes âgées. Après l'accueil en Ehpad certains SAVS s'attachent à maintenir un lien entre les éducateurs spécialisés et l'ancien bénéficiaire, voire à l'associer aux événements collectifs du service. Ce suivi informel (visites, appels téléphoniques) permet de favoriser l'intégration de la personne au sein de l'établissement d'accueil. La combinaison d'une solution d'hébergement plus sécurisée que le domicile (notamment les résidences autonomie) et d'un suivi par un SAVS peut ainsi constituer une solution adaptée pour un certain nombre de bénéficiaires vieillissants, notamment les travailleurs d'Esat à la retraite.

### M. X, ancien travailleur d'Esat en résidence autonomie

M. X souffre d'une déficience intellectuelle et de difficultés motrices. Il était logé dans un foyer d'hébergement adossé à l'Esat dans lequel il travaillait. L'arrêt de l'activité professionnelle a mis fin au logement dans le foyer d'hébergement et à l'accompagnement médico-social dont il bénéficiait jusque-là. Une tentative d'intégration dans un logement autonome a échoué. M. X, est alors pris en charge par le SAVS qui essaie de trouver une solution de logement pérenne adapté à son état (qui ne relève pas d'un accueil en Ehpad).

Le choix d'une résidence autonomie publique s'impose compte tenu de ses ressources très modestes. Le SAVS maintient son accompagnement pour sécuriser cette solution d'hébergement. En particulier, il assure le lien avec les équipes de la résidence autonomie, peu habituée au handicap, et poursuit l'accompagnement médico-social.

Ainsi, lorsque le maintien à domicile devient complexe, le SAVS prépare la transition jusqu'à un nouveau type d'hébergement.

Le tableau ci-dessous récapitule les sorties intervenues dans un SAVS entre 2019 et 2022 de bénéficiaires de plus de 45 ans, les motifs d'interruption de l'accompagnement, l'âge du bénéficiaire et la durée totale de l'accompagnement.

**Tableau n° 9 : motifs de sortie d'un SAVS entre 2019 et 2022 des personnes de plus de 45 ans**

Âge à la fin de l'accompagnement	Durée accompagnement (années - mois)	Motif de sortie
67	16,8	Décédé
67	9,9	Orientation Ehpad
60	7,1	Décédé
60	1,0	Fin d'accompagnement et projet personnalisé
57	13,1	Décédé
53	1,4	Fin accompagnement : pas de demandes
53	14,2	Arrêt à sa demande
51	6,7	Le SAVS ne répond plus aux besoins liés au vieillissement
50	6,2	Arrêt à sa demande
49	11,5	Orientation Fam
49	1,4	Fin accompagnement : pas de demandes
49	11,4	Fin accompagnement et projet personnalisé
47	3,9	Refus renouvellement MDPH
46	0,8	Arrêt à sa demande
46	4,6	Orientation foyer de vie

Source : SI-MDPH

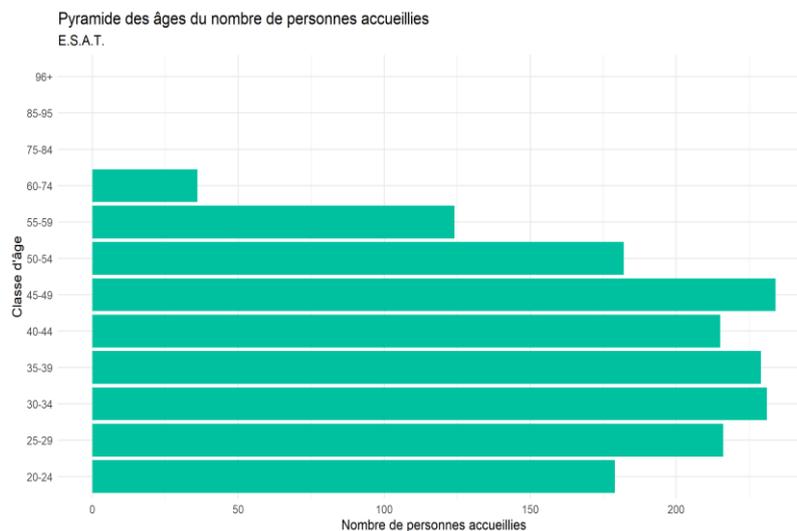
Sur les 31 sorties intervenues sur la période 2019-2022, la moitié étaient des personnes vieillissantes (de plus de 45 ans). C'est dans cette tranche d'âge que l'on trouve les trois orientations pour un établissement (Ehpad, Fam et foyer de vie). C'est également chez les plus de 45 ans qu'ont eu lieu les sorties par décès (à 57, 60 et 67 ans). Le motif « *Le SAVS ne répond plus aux besoins liés au vieillissement* » est mentionné une fois pour une personne de 51 ans.

## II - Le passage à la retraite des travailleurs d'Esat, un changement de vie le plus souvent sans accompagnement

Avec 1 700 places, l'Esat est la catégorie d'établissement médico-social qui dispose du plus grand nombre de places dans le département de l'Essonne.

La répartition des classes d'âge accueillies est homogène, même si les personnes âgées de plus de 40 ans sont majoritaires.

**Graphique n° 3 : nombre de personnes accueillies  
par classe d'âge en Esat en 2019**



Source : SI-MDPH

L'avancée en âge des travailleurs d'Esat peut nécessiter un aménagement de leur temps de travail pour prendre en compte une fatigabilité croissante, ainsi que des solutions d'encadrement pendant les périodes non travaillées. Le passage à la retraite doit être particulièrement anticipé. En effet il constitue le plus souvent une rupture avec la vie sociale et de l'accompagnement.

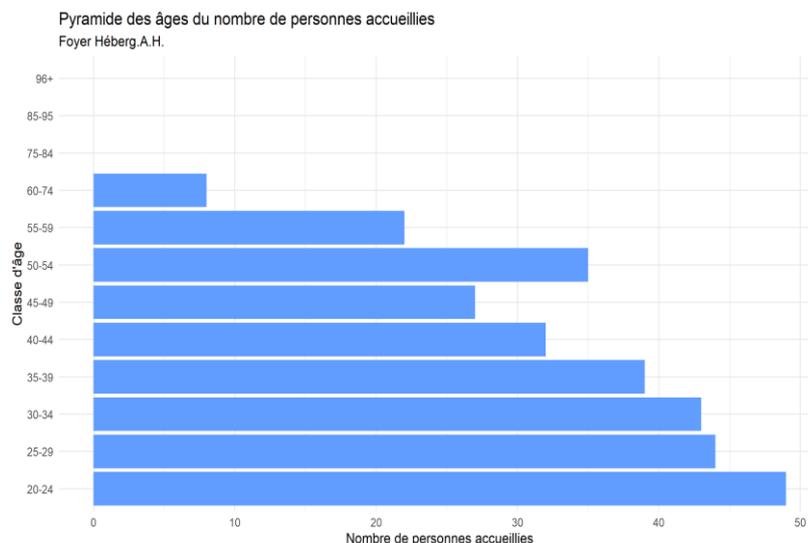
- Déficiante intellectuelle, elle est âgée de 68 ans, l'évaluation Geva note « à la suite de sa sortie d'Esat, Madame s'est retrouvée sans accompagnement. Elle a perdu toute forme de lien social »
- Elle est âgée de 58 ans, après sa sortie d'Esat, elle n'a eu aucun accompagnement pendant dix ans. Depuis un an elle est accueillie deux jours par semaine dans un accueil de jour.

Dans certains cas, le lien est maintenu avec l'Esat d'origine et un accompagnement est organisé lors du passage à la retraite.

- Elle est déficiente intellectuelle, âgée de 72 ans, elle continue de prendre ses repas à l'Esat deux fois par semaine depuis son passage à la retraite

La question se pose avec d'autant plus d'acuité lorsque les personnes sont logées en foyer d'hébergement.

#### Graphique n° 4 : pyramide des âges des personnes accueillies en foyer d'hébergement en 2019



Source : Cour des comptes d'après SI-MDPH

Le maintien de l'hébergement dans le foyer est en effet conditionné par l'exercice d'une activité en Esat. Ce changement est visible sur le graphique ci-dessus avec une forte cassure entre la classe d'âge 55-59 ans et celle des 60-74 ans. L'arrêt du travail correspond donc à un changement de lieu de vie pour la personne. Dès lors, plusieurs solutions peuvent être mises en œuvre : transformation de la place de foyer d'hébergement en foyer de vie, recherche d'un autre logement, ou retour à domicile lorsque cela est possible.

### **III - Le parcours en établissement pour adultes handicapés**

#### **A - Adaptation et difficultés rencontrées par les établissements pour personnes en situation de handicap**

Les établissements sont confrontés à la forte augmentation du nombre de personnes en situation de handicap vieillissantes accueillies et doivent adapter leur accompagnement à l'évolution de leurs besoins.

24 gestionnaires ont répondu, en tout ou partie, à un questionnaire en ligne sur les modalités d'adaptation de leur accompagnement et les difficultés rencontrées. Les répondants sont majoritairement des foyers de vie, foyers d'accueil médicalisé et foyer d'hébergement (14 sur 24).

##### **1 - Des adaptations nécessaires de l'accompagnement dans les établissements spécialisés du champ du handicap.**

Plus de la moitié des gestionnaires d'ESMS (11/21) déclarent intégrer la question du vieillissement dans leur projet associatif ou d'établissement. Un autre quart indiquent que la réflexion est en cours dans leur structure.

Les mesures les plus fréquemment mises en place par les répondants sont :

- l'adaptation du rythme de la personne<sup>31</sup> et la prise en compte du vieillissement dans son accompagnement : réduction du nombre d'activités, davantage de périodes de tranquillité, plus de temps pour réaliser certaines activités ;
- l'embauche de personnel spécialisé (aides médico-psychologiques à la place d'éducateurs spécialisés) : les personnes vieillissantes ont besoin de plus de nursing et de moins d'accompagnement éducatif<sup>32</sup> ;
- l'adaptation des locaux<sup>33</sup>, en particulier pour s'adapter à l'augmentation du nombre de déficiences et à l'apparition de déficiences motrices ;
- la formation des équipes au vieillissement, à l'évolution des pathologies et aux nouveaux outils et espaces développés dans la structure<sup>34</sup> ;
- l'approfondissement du travail partenarial : en particulier en se rapprochant des secteurs gérontologiques et sanitaires (gériatrie, psychiatrie) ;
- la préparation des transitions lorsqu'un changement d'hébergement s'impose : partenariats avec des Ehpad, des résidences autonomie, Fam ou Mas ;
- la transformation de l'offre de la structure elle-même : ouverture d'un accueil de jour pour les personnes travaillant à temps partiel en Esat, transformation de places de foyer de vie en places de Fam<sup>35</sup>.

<sup>31</sup> « Depuis quelques années, le foyer de vie est confronté à la nécessité d'adapter le rythme de vie d'un certain nombre de résidents, notamment ceux présents depuis l'ouverture de l'établissement en 1991. Aujourd'hui, il leur est proposé d'aménager leur emploi du temps et de fréquenter les ateliers à temps partiel. Cela leur permet de disposer d'une ou plusieurs demi-journées par semaine consacrées à des accompagnements, suivi médical et paramédical approprié, recherche de bien être, des temps de repos ».

<sup>32</sup> « On constate aussi dans la majorité des cas une augmentation de la médicalisation et du nursing ». « Nous miserons sur la mixité et la polyvalence au quotidien entre aide médico-psychologique et accompagnant éducatif et social (AES), aides-soignants, infirmiers, psychomotriciens et les nombreux et différents stagiaires que les résidents apprécient d'accueillir tout au long de l'année ».

<sup>33</sup> « Nous sommes actuellement en cours de travaux dans notre établissement pour adapter une partie du foyer à l'accompagnement des personnes vieillissantes et/ou en perte d'autonomie ».

<sup>34</sup> « Une attention particulière sera donnée à adapter les compétences. (...) Le médecin gériatre et l'équipe d'infirmier auront la lourde tâche de développer de la professionnalisation autour de la détection des signes avant-coureurs, l'accompagnement quotidien, dans l'adaptation des rythmes, la redéfinition du projet de vie, les soins, le suivi médical, le partenariat, la relation avec les familles (...) ».

<sup>35</sup> « Nous sommes actuellement dans la rédaction d'un projet de restructuration des deux établissements que je dirige afin de créer d'autres offres de service complémentaires à ceux qui existent et qui ont pour objectif de répondre aux adultes en perte d'autonomie. » ; « un projet d'équipe mobile médicalisée adossée sur un établissement médicalisé est projetée dans le cadre du CPOM ».

## **2 - Des difficultés administratives et de financement des adaptations au vieillissement**

Des freins et des difficultés dans l'accompagnement des personnes vieillissantes ont été rapportés.

Au titre des freins financiers sont évoqués : le financement insuffisant des places transformées pour accueillir les PSHV, les coûts élevés de l'achat de matériel et de l'adaptation des locaux, les coûts de recrutement de personnel spécialisé ou le financement de la médicalisation des foyers de vie.

Les freins administratifs concernent les difficultés à mettre en place des partenariats avec les structures sanitaires<sup>36</sup>, ou à obtenir des dérogations d'âge pour la réorientation vers certains ESMS, les importants délais de traitement de demandes d'orientation vers les établissements médicalisés, la perfectibilité du travail de coordination entre les acteurs (CMP, hôpital, CCAS, MDPH, Ssiad).

Une difficulté particulière tient à la dichotomie entre établissements médicalisés et non médicalisés.

### **Deux enveloppes différentes pour une même prestation : la différence artificielle entre établissements médicalisés et non médicalisés pour les personnes en situation de handicap vieillissantes**

L'examen d'une structure gérant deux entités sur un même site, l'une médicalisée, l'autre non, met en évidence les rigidités de la réglementation et de la tarification.

À l'origine du projet, les effectifs paramédicaux intervenaient auprès des seuls résidents du Fam. Les résidents du foyer de vie étaient suivis par des infirmières libérales, les IDE du Fam assurant la coordination. La charge de cette coordination allant croissant, le suivi paramédical du foyer de vie par les IDE du Fam a été autorisé.

De la même façon, l'accompagnement médical est assuré à hauteur de 0,5 ETP de médecin généraliste salarié, partagé entre deux médecins libéraux. Les médecins référents des résidents du foyer de vie sont des médecins de ville et sont de moins en moins nombreux pour assurer ce suivi.

<sup>36</sup> « Nous tentons de créer des partenariats avec l'intra hospitalier, ce qui n'est pas un « passe-droit » mais reste un réel parcours du combattant que ce soit vers la psychiatrie ou vers l'hôpital général qui n'est pas toujours bien formé à accompagner des personnes aussi fragiles émotionnellement et psychologiquement » (réponse à la consultation en ligne).

La différence concrète entre les publics accueillis dans les deux structures, médicalisée et non médicalisée, tient moins à la nature de leurs pathologies ou déficiences qu'à cette « consommation » de soins, tantôt réalisée à l'intérieur de l'établissement (Fam), tantôt à l'extérieur (FV). Elle traduit aussi la capacité à accompagner ou non la dépendance des uns et des autres.

Lorsque deux structures sont sur le même site, qu'elles reçoivent à peu près les mêmes publics qui finissent par avoir les mêmes besoins au fur et à mesure du vieillissement, cette dichotomie peut s'avérer problématique.

À cet égard, la position de l'ARS sur l'autorisation de la médicalisation des foyers de vie comporte des limites importantes. Alors que le département est très faiblement doté en foyers d'accueil médicalisé (deux fois moins que la moyenne francilienne), l'ARS conditionne l'ouverture de nouvelles places au maintien, par le département, d'un nombre équivalent de places de foyers de vie. Or le département est plutôt bien pourvu en foyers non médicalisés (au-dessus de la moyenne francilienne et proche du niveau français). La position de l'ARS présente ainsi l'inconvénient majeur de différer dans le temps l'ouverture effective des places médicalisées tant qu'un projet de création de foyer de vie ne s'est pas concrétisé, dans un contexte de besoin croissant de médicalisation. De plus en plus de personnes accueillies en accueil non médicalisé ont en effet progressivement besoin d'un accueil médicalisé.

## **B - Le développement d'une offre spécifique aux personnes en situation de handicap vieillissantes**

Historiquement l'offre d'accueil des personnes en situation de handicap vieillissantes en établissements pour adultes handicapés reposait sur quelques établissements spécialisés, comme la Maison Valentine, gérée par l'Adapei 91.

Créée en 2009, c'est un établissement pour adultes de plus de 45 ans souffrant de déficit cognitif. Ses 67 places sont réparties entre un établissement d'accueil médicalisé, un établissement d'accueil non médicalisé et un accueil familial.

Les personnes accueillies vivaient précédemment à domicile, souvent en compagnie de parents vieillissants. Le projet de la structure vise un accompagnement jusqu'à la fin de vie, rendu possible par la présence de quatre infirmières de jour, deux de nuit et un partenariat avec une équipe mobile de soins palliatifs.

Cette offre a récemment été étoffée grâce à l'ouverture de l'établissement d'accueil médicalisé le « Val d'Essonne » à Draveil, dédié aux personnes âgées de plus de 45 ans présentant un handicap psychique et / ou mental (40 places et 12 places en accueil de jour) ainsi qu'au déploiement de l'équipe mobile dédiée aux aidants de personnes en situation de handicap, portée par l'EPNAK et le Sega et déjà évoquée *supra*.

Le projet autorisé par l'ARS d'Ile-de-France et le président du conseil départemental de l'Essonne en juillet 2020, au bénéfice conjoint de l'EPNAK et du Sega, prévoit en outre la création de 36 places d'EAM et 48 places en EANM<sup>37</sup>. L'établissement accueillera des personnes en situation de handicap vieillissantes à partir de 45 ans. Les trois entités (équipe mobile, EAM et EANM) constitueront une plateforme spécialisée dans la prise en charge des personnes en situation de handicap vieillissantes.

Le projet a connu un retard important. Initialement prévu sur la commune de Cerny, une relocalisation a dû être décidée à Ballancourt en raison des oppositions locales à l'ouverture de ces établissements. L'ouverture devrait intervenir en 2026.

## **IV - Un accueil en Ehpad essentiellement diffus**

Le nombre de personnes en situation de handicap vieillissantes accueillies en Ehpad n'a pas pu être déterminé. En effet, le logiciel du département ne permet pas d'isoler les personnes touchant l'aide sociale à l'hébergement pour personnes en situation de handicap en Ehpad. Néanmoins, dans l'hypothèse où l'Essonne aurait des caractéristiques similaires à celles du niveau national, il est fort probable que ce nombre soit équivalent au nombre de personnes accueillies en établissement pour personnes handicapées.

### **A - Une difficulté d'accès à l'aide sociale à l'hébergement pour certaines personnes**

Le règlement d'aide sociale du département comporte une disposition qui freine l'accès aux droits pour les personnes handicapées suite à un accident de la vie.

En effet, les personnes accueillies en établissement pour personnes âgées sans handicap bénéficiant d'une dérogation d'âge se voient appliquer le régime de contribution des personnes âgées de plus de 60 ans (cas n° 1 du tableau ci-dessous), contrairement à celles bénéficiant d'une reconnaissance du handicap (cas n° 2 et 3).

---

<sup>37</sup> La nouvelle structure sera dotée, pour le versant EAM d'une enveloppe de 900 000 € et d'un prix de journée hébergement de 192 €.

**Tableau n° 10 : extrait du règlement départemental d'action sociale  
(annexe 3)**

Les 3 cas de figure	Avant 60 ans	Après 60 ans
Les personnes accueillies en établissement PA dont le handicap n'est pas reconnu mais bénéficiant d'une dérogation d'âge	Contribution du bénéficiaire à hauteur de 90 % de ses ressources et 10 % laissé au titre de l'argent de poche Mise en œuvre de l'obligation alimentaire	Contribution du bénéficiaire à hauteur de 90 % de ses ressources et 10 % laissé au titre de l'argent de poche Mise en œuvre de l'obligation alimentaire <b>Mais changement du prix de journée d'hébergement</b> Peut bénéficier de l'APA en établissement
Les personnes accueillies en établissement PA avec reconnaissance du handicap et bénéficiant d'une dérogation d'âge	Contribution de la personne à hauteur de 2,8 SMIC horaire par jour, sous réserve de lui laisser 35 SMIC horaire, Pas de mise en œuvre de l'obligation alimentaire	Contribution de la personne à hauteur de 2,8 SMIC horaire par jour, sous réserve de lui laisser 35 SMIC horaire. Pas de mise en œuvre de l'obligation alimentaire Peut bénéficier de l'APA en établissement
Les personnes de plus de 60 ans accueillies en établissement PA dont le handicap est reconnu et orienté en établissement PH après 60 ans	X	Contribution de la personne à hauteur de 2,8 SMIC horaire par jour, sous réserve de lui laisser 35 SMIC horaire, après reconnaissance du handicap avant ses 65 ans et orientation en établissement pour personnes handicapées vieillissantes (FAM PHV) Ne peut pas bénéficier de l'APA en établissement si elle bénéficie de la PCH

Source : conseil départemental de l'Essonne

Cette disposition questionne l'accès aux droits des personnes dont le handicap est survenu avant 60 ans mais n'a pas été reconnu. Le fait de n'avoir pas su ou pu entamer les démarches auprès de la MDPH avant cet âge limite les pénalise financièrement au vu du régime qui leur est appliqué (cas n° 1). Dès lors, plutôt que de faire reposer les conditions financières d'hébergement sur la reconnaissance administrative préalable du handicap, il conviendrait de systématiser l'examen d'une reconnaissance du handicap lors du dépôt d'une demande d'entrée en Ehpad sur dérogation d'âge.

## **B - Des Ehpad en difficulté dans l'accueil des personnes en situation de handicap vieillissantes**

22 gestionnaires d'Ehpad ont répondu à un questionnaire sur la prise en charge des personnes en situation de handicap vieillissantes. Les trois quarts des répondants en accueillent mais en faible nombre (entre une et trois personnes) et en diffus. Les personnes accueillies sont principalement atteintes de déficience intellectuelle. Viennent ensuite les personnes souffrant de troubles psychiques puis celles en situation de handicap moteur. Les personnes présentant un trouble du spectre de l'autisme ou des lésions neurologiques (1 sur 18) sont peu présentes. Un seul Ehpad a déclaré accueillir des personnes vieillissantes atteintes de handicaps différents.

Un quart n'a mis en place aucune organisation spécifique. Ils n'accueillent souvent qu'une seule personne en situation de handicap vieillissante.

Moins d'un quart déclare avoir organisé une formation de leur personnel au handicap. Mais les établissements sont plus nombreux (28 %) à avoir organisé des actions de sensibilisation. Ils sont encore moins nombreux (11 % seulement) à avoir aménagé ou adapté leurs locaux.

## 1 - Des difficultés d'adaptation aux besoins spécifiques des PSHV

Seuls cinq établissements (accueillant en moyenne moins de deux PSHV) ont affirmé ne rencontrer aucune difficulté dans leur accueil. Les autres (12/17) déclarent rencontrer des difficultés, principalement à l'égard des personnes atteintes de déficience intellectuelle et de troubles psychiques<sup>38</sup>.

La difficulté la plus fréquemment mentionnée concerne le manque de formation du personnel au handicap pour accompagner certains troubles complexes du comportement<sup>39</sup>, en raison notamment de problèmes de financement et de ciblage de l'offre de formation, alors même que l'ARS valide l'ensemble des demandes de formation à destination des professionnels des Ehpad de la section soin.

Le manque de personnel est également largement évoqué pour faire face à un besoin d'accompagnement plus nourri<sup>40</sup>, notamment pour accompagner ces résidents à leurs rendez-vous médicaux par exemple<sup>41</sup>.

Les mêmes difficultés d'organisation du suivi médical que celles évoquées par d'autres interlocuteurs sont signalées : rareté des professionnels de santé connaisseurs du handicap, difficultés de prise de rendez-vous auprès de psychiatres, difficultés d'hospitalisation pour les personnes souffrant de troubles psychiques. L'isolement des PSHV complexifie également l'accueil selon certaines répondants (faible réseau familial, risque dépressif majoré, manque de suivi des structures d'origine)<sup>42</sup>.

---

<sup>38</sup> « Les troubles particuliers sont différents des pathologies habituelles en Ehpad » ; « la gestion des crises de colère » (réponse à la consultation en ligne).

<sup>39</sup> « La formation initiale de beaucoup de soignant.es est largement insuffisante pour accueillir convenablement les problématiques spécifiques aux (poly)handicaps » (idem).

<sup>40</sup> « L'accompagnement demande une attention particulière et plus de temps » (idem).

<sup>41</sup> « Libérer des professionnels pour l'accompagnement aux rendez-vous médicaux tout en garantissant la pérennité de la prise en charge sur l'unité sur une même temporalité » (idem).

<sup>42</sup> « L'une des difficultés majeures dans l'accompagnement des PSH est leur grand isolement. Leurs aidants familiaux sont rarissimes par rapport au reste de la population ; le risque dépressif en est majoré. »

La difficulté à concilier des publics d'âges différents n'est citée que par deux établissements<sup>43</sup>. Cet écart d'âge peut induire un sentiment d'ennui (le rythme de l'Ehpad est en effet plus lent et les activités moins nombreuses qu'en foyer de vie) et un plus grand isolement chez les PSHV. En raison du faible ratio d'encadrement et de contraintes financières, les établissements déclarent avoir des difficultés à nourrir la vie sociale des PSHV accueillies (activités adaptées, sorties, etc.).

### **L'accueil diffus des PSHV en Ehpad : trois exemples essonniens**

Les difficultés rencontrées par les Ehpad dans l'accueil diffus des PSHV sont plus marquées pour la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques. Elles tiennent le plus souvent aux conditions dans lesquelles celle-ci est réalisée.

- Le premier Ehpad, à Épinay sur Orge, accueille deux personnes en situation de handicap vieillissantes. L'une souffre de déficience psychique et l'autre d'une atteinte motrice. Les troubles de cette dernière s'apparentent à ceux du public âgé accueilli par l'Ehpad et ne posent pas de difficultés aux équipes. En revanche, l'intégration de la personne souffrant de troubles psychiques présente une plus grande complexité. La communication est difficile et son suivi nécessite une attention plus poussée. Pour des raisons budgétaires et de pénurie de personnel, peu d'agents ont pu être accompagnés aux spécificités de cette prise en charge.
- Le deuxième établissement, à Gif sur Yvette, accueille quatre PSHV en diffus. Trois d'entre elles souffrent de troubles psychiques et une présente un handicap moteur. Si l'accueil diffus est un choix lié au projet d'établissement d'assurer le « vivre-ensemble » de tous les résidents, il se heurte à l'inadéquation des âges entre les publics PSHV et ceux de l'Ehpad d'une part et aux difficultés d'accompagnement des troubles psychiques d'autre part. Une difficulté à partager la vie collective est relevée ainsi que la nécessité d'un suivi personnalisé. Le personnel de l'Ehpad n'a pas reçu de formation spécifique sur les spécificités des troubles psychiatriques de la personne en situation de handicap vieillissante.
- *A contrario*, le troisième Ehpad, à Vigneux sur Seine, ne rencontre pas de difficultés dans l'accueil diffus d'une personne en situation de handicap présentant une déficience intellectuelle. L'établissement considère par ailleurs être suffisamment doté en personnel. L'intégration de la PSHV parmi les autres résidents est satisfaisante. L'Ehpad n'a pas rencontré de difficultés pour former son personnel au handicap et a organisé un suivi médical spécifique avec son établissement d'origine.

*Source : Cour des comptes*

<sup>43</sup> « Difficultés à accompagner certains troubles du comportement et la différence d'âge (60-70 ans) avec le public de l'Ehpad (moyenne 90 ans). »

## 2 - La nécessaire acquisition de compétences autour du handicap

Une des conditions de réussite de l'accueil en Ehpad réside dans l'acquisition d'un autre type de compétences pour le personnel. Cela passe bien sûr par les actions de formation - proposition la plus fréquemment émise - mais aussi par le renforcement du taux d'encadrement ou la possibilité de recruter des éducateurs spécialisés.

L'existence de partenariats avec le secteur du handicap permet également un regard expert sur l'évolution des situations au moment nécessaire<sup>44</sup>. Un établissement a mis en place un partenariat avec le CMP de proximité pour assurer un suivi médical des PSHV qu'il héberge. Un autre a signé une convention avec un établissement spécialisé dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap pour assurer un transfert des compétences.

Une autre solution pertinente consiste à combiner l'accueil en Ehpad avec le maintien d'un accompagnement par un ESMS du champ du handicap.

### **La prise en charge combinée entre un Ehpad et un établissement pour adultes handicapés**

Madame B. est âgée de 72 ans. Elle est accueillie en Ehpad et fréquente l'accueil de jour d'un foyer de vie, spécialisé dans le suivi d'adultes vieillissants. Le département ne souhaite pas financer à la fois un accompagnement en Ehpad et en accueil de jour d'un établissement pour adultes handicapés. Cette solution n'est possible que parce que Madame B règle elle-même son hébergement en Ehpad.

Ce type de solution combinant l'expertise du champ des personnes âgées et celles du champ du handicap semble pourtant de nature à résoudre une partie des difficultés que rencontrent les établissements pour personnes âgées dans l'accompagnement des PSHV.

## 3 - La mise en place de procédures spécifiques d'accueil pour les PSHV

Le bon déroulement de l'accueil d'une personne en situation de handicap en Ehpad est une condition de réussite de son installation. À l'inverse, un accueil mal préparé peut conduire à un syndrome de glissement.

<sup>44</sup> « Signature d'une convention entre l'établissement et un établissement spécialisé dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap afin de permettre le transfert des compétences professionnelles ».

Deux Ehpad seulement parmi les répondants ont mis en œuvre des mesures de préparation à l'entrée des futurs résidents. Le premier leur rend visite dans la structure d'origine afin d'établir un lien et propose des stages d'observation. Le second les intègre aux temps forts de son unité en période de préadmission. En aval de l'admission, il assure également la continuité du lien avec la structure d'origine<sup>45</sup>.

Si ces mesures sont encore peu mises en œuvre dans les Ehpad interrogés, ces derniers évoquent ce type de mesure dans leurs propositions : maintien du lien avec les structures d'origine, organisation de visites de préadmission au domicile de la personne ou au sein de la structure d'origine de la PSHV, accueil en hébergement temporaire avant validation d'une entrée définitive notamment.

### **C - Le modèle insatisfaisant de financement des unités PHV en Ehpad**

Selon l'état des lieux communiqué par l'ARS d'Ile-de-France, seules dix unités<sup>46</sup> accueillant des personnes en situation de handicap vieillissantes au sein d'Ehpad existent dans la région. 16 projets supplémentaires ont été autorisés et sont en cours de création, dont ceux de l'Essonne décrits ci-dessous.

Le département ne dispose à ce jour que d'une unité PSHV, celle de l'Ehpad Louise de Vilmorin (Draveil) géré par le service public essonnien du grand âge (Sega). L'établissement dispose, depuis février 2020<sup>47</sup>, d'une unité PSHV de 12 places, accueillant les personnes de plus de 55 ans, avec une orientation MDPH en Fam. Elle est implantée dans un bâtiment indépendant, accolé à l'Ehpad. Elle a bénéficié, de la part de l'ARS, d'une majoration du financement à hauteur de 20 833 € par place (soit 250 K€ au total).

---

<sup>45</sup> « *Accompagnement de la structure « handicap » du futur résident en période de pré-admission sur des temps forts dédiés (animations) sur l'unité de l'Ehpad, et continuité du lien entre les deux structures* ».

<sup>46</sup> Une à Paris, deux dans les Yvelines, une dans l'Essonne, trois dans les Hauts-de-Seine, trois également dans le Val-de-Marne, aucune en Seine-et-Marne et dans le Val-d'Oise.

<sup>47</sup> Date de l'ouverture. La décision d'autorisation remonte elle à 2012.

**L'accueil des personnes en situation de handicap vieillissantes  
par le Sega<sup>48</sup> (service essonnien du grand âge)**

Mis en place par le département de l'Essonne depuis dix ans, le Sega gère une offre publique d'ESMS constituée initialement d'hébergements pour personnes âgées et plus récemment d'établissements d'accueil médicalisé (EAM) et non médicalisé (EANM) pour personnes en situation de handicap vieillissantes.

Il gère actuellement neuf structures : sept Ehpad, un EHPA et un EANM. Il est également associé à l'EPNAK dans le projet de constitution d'une plateforme à destination des PSHV à Ballancourt présenté supra, qui associera à l'équipe mobile d'appui aux aidants de PSHV, un EANM et un EAM.

L'offre à destination des PSHV se développe au sein du groupe dans deux directions : la création d'unités dédiées au sein d'Ehpad et la création d'EAM ou d'EANM dédiés, adossés à des Ehpad, dans une logique de mutualisation des moyens.

Dans le cadre de l'AMI handicap de 2018, d'autres projets de requalification de places destinées aux PSHV portés par le Sega ont été autorisés : 13 places au sein de l'Ehpad Geneviève Laroque à Morangis, 12 places au sein de l'Ehpad Jean Sarran à Dourdan. Ces unités ne sont pas encore ouvertes. Elles bénéficieront d'une majoration de financement à hauteur de 7 000 € la place (soit 91 000 € pour la première unité et 84 000 € pour la seconde)

Deux autres projets d'unités PSHV en Ehpad, portés par d'autres gestionnaires, ont été autorisés dans le département, au sein de l'Ehpad Hippolyte Panhard (Coudray-Montceaux) géré par France Horizon et de l'Ehpad Gutierrez de Estrada (Brunoy) géré par la Société Philanthropique. Ils bénéficieront du même abondement de la part de l'ARS que ceux du Sega (7 000 € par place). Dans le cadre de l'AMI handicap de 2018, les trois opérateurs s'étaient initialement positionnés sur des extensions de places PSHV au sein des Ehpad qu'ils gèrent, mais les quatre dossiers ont été traités par l'ARS comme des requalifications en places pour personnes en situation de handicap vieillissantes. Après avoir refusé dans un premier temps, les opérateurs ont accepté cette transformation.

Les enveloppes consacrées par l'ARS et les départements à ces projets varient de façon très importante selon l'antériorité des dossiers (Louise de Vilmorin) et le fait qu'ils ont été considérés ou non comme des dispositifs innovants. On relève ainsi, dans l'état des lieux communiqué par l'ARS : 420 000 € pour une unité de 36 places à Paris en 2018

<sup>48</sup> Établissement public local social et médico-social, présidé par le président du conseil départemental.

(11 666 € la place) ; 200 000 € (partagés par moitié entre l'ARS et le département) pour 14 places dans les Yvelines en 2020 (soit 14 300 € la place) ; pas de crédits complémentaires pour 12 places dans les Hauts de Seine en 2020 et en 2022 ; 125 000 € en CNR (crédits non reconductibles) de 2013 à 2020 pour 10 places dans le Val-de-Marne (avec un complément par le département de 100 € par place au titre du tarif hébergement

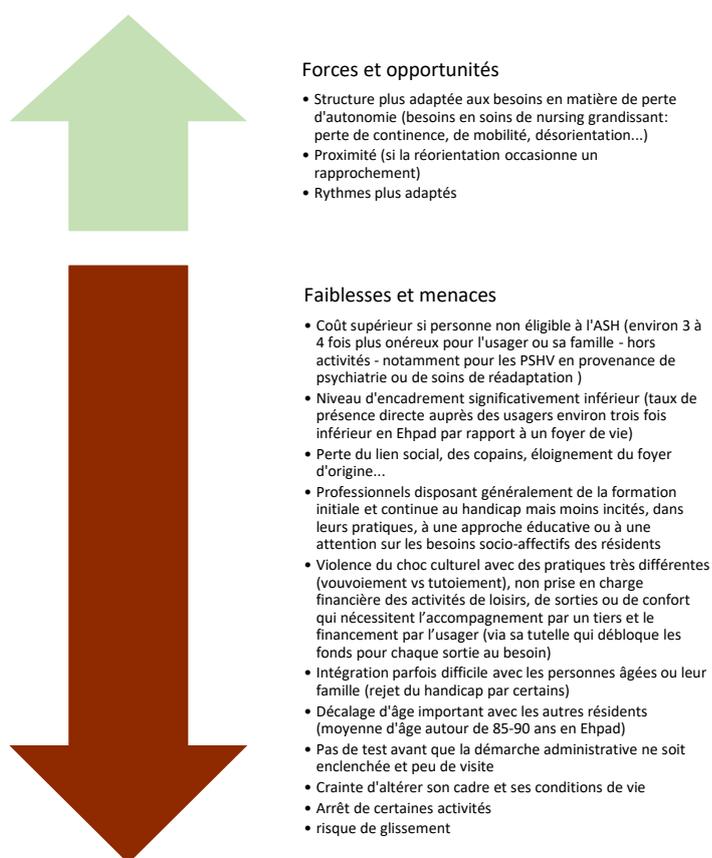
En tout état de cause, le fait que ces unités dédiées soient réservées à des personnes venant d'établissements d'accueil médicalisé (Fam et Mas) ou de foyers de vie avec une orientation Fam est problématique. En premier lieu, les établissements d'accueil médicalisés sont tout à fait adaptés pour accompagner des personnes jusqu'à la fin de vie. En second lieu, la capacité pour un Ehpad à maintenir un accompagnement de même niveau que celui des établissements pour adultes handicapés avec ce financement complémentaire de 7 000 € est réduite.

En effet, le coût moyen annuel à la place d'un Ehpad (42 705 €) est très inférieur à celui d'un établissement pour personnes en situation de handicap médicalisé : 83 891 € pour les Mas, 55 974 € pour les Fam et EAM. Pour les foyers de vie, le différentiel de coût est moins important - 47 965 €<sup>49</sup>, mais le budget des foyers ne comporte pas de volet soin. Il y a donc, pour les résidents en Ehpad issus du secteur du handicap, une diminution significative de la capacité du nouvel établissement à financer l'accompagnement à hauteur de ce qu'il était précédemment. Pour les résidents provenant de Mas et de Fam, il peut également y avoir une diminution de la prise en charge du soin.

---

<sup>49</sup> Synthèse nationale des coûts à la place des établissements et services médico-sociaux (ESMS) entre 2017 et 2020 à partir des documents comptables et budgétaires transmis à la CNSA, CNSA (2022).

### Graphique n° 5 : intérêts et préoccupations pour un usager en structure pour personne en situation de handicap d'être transféré vers un Ehpad, avec ou sans service dédié PSHV



Source : CRC Pays de la Loire, d'après témoignages recueillis auprès de l'ARS, des usagers, des professionnels d'établissements publics de santé et d'ESMS du département de Maine-et-Loire

Même si l'ARS assortit le financement de ces projets à la formation des professionnels intervenant dans ces structures, il paraît important d'être vigilant à pas systématiser le transfert en Ehpads des personnes venant de structures pour personnes en situation de handicap, d'une part pour respecter leur projet de vie, d'autre part pour s'assurer de l'adéquation de leur profil avec les capacités de l'Ehpads à les accueillir.

## **D - Le développement de solutions mixtes, solution pertinente d'accueil des PSHV**

Une solution permettant de mixer les compétences entre le champ du handicap et celui du grand âge consiste en l'ouverture de structures pour personnes handicapées adossées à des Ehpad, dans une logique de mutualisation des compétences et des moyens.

En Essonne, le Sega est engagé dans plusieurs projets de ce type :

- le foyer de vie Symphonie, d'une capacité de 15 places a ainsi ouvert en juillet 2021 à Dourdan, adossé à l'Ehpad Jean Sarran. Il accueille des PSHV de plus de 45 ans atteintes de maladies psychiques. Le foyer de vie mutualise une partie de ses activités ou de ses équipements avec l'Ehpad ;
- à Morangis, un foyer de 12 places PSHV adossé à l'Ehpad devrait ouvrir en 2024 ;
- à Angerville enfin, un projet devrait voir le jour dans le cadre de l'agrandissement de l'EHPA Sainte Cécile avec la création de 18 places PSHV, pour partie médicalisées.

## **V - Les nombreuses personnes en situation de handicap vieillissantes accueillies en Belgique, reflet des lacunes du territoire de l'Essonne**

Le département de l'Essonne est le quatrième département le plus concerné par le départ en Belgique de personnes en situation de handicap (après le Nord, la Seine-Saint-Denis et Paris). Rapporté à la population départementale, elle figure au premier rang des départements franciliens, devant la Seine-Saint-Denis, le Val d'Oise et Paris<sup>50</sup>.

Ces personnes sont le plus souvent accueillies en Belgique faute de solution en proximité de leur résidence et de leurs proches. Il s'agit majoritairement de personnes souffrant d'une maladie psychique, et leurs difficultés à trouver une solution d'hébergement ou d'accompagnement médico-social à l'issue de leur hospitalisation, lorsqu'elles ne peuvent plus vivre à leur domicile ou celui de leur famille.

---

<sup>50</sup> L'Essonne compte 361 adultes handicapés hébergés en Belgique par million d'habitants contre 337 pour la Seine-Saint-Denis, 330 pour le Val d'Oise, 225 pour Paris et 214 pour les Hauts-de-Seine.

### **Difficultés méthodologiques de la reconstitution des parcours des personnes hébergées en Belgique**

Le décompte des personnes originaires du département hébergées en Belgique demeure incertain, malgré les tentatives de rapprochement des différentes sources menées pendant l'instruction.

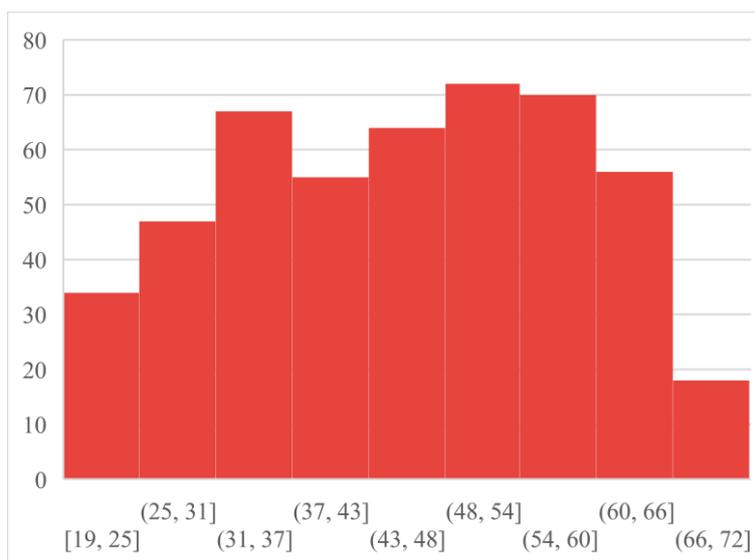
- Les établissements belges sont tenus d'adresser annuellement à l'ARS des Hauts-de-France les listes (« cadastre ») des résidents français qu'elles hébergent. Les établissements wallons ont déclaré héberger 519 ressortissants de l'Essonne au 31 décembre 2021, dont 483 en établissements pour adultes, dont 369 sur le périmètre financé par le conseil départemental.
- De son côté, la direction de l'autonomie ne déclare que 309 ressortissants ayant un droit ouvert à l'hébergement au 31 décembre 2021 (soit 60 de moins que ceux déclarés par les établissements). Ce chiffre ne concerne que les personnes hébergées en Fam ou foyer de vie pour lesquelles le département contribue. Il ne comprend pas celles orientées en Mas financées par l'assurance maladie. Il indique également avoir réglé sur l'année 2021, près de 17 109 000 € mais pour 297 personnes seulement.

Les données déclarées par les établissements, communiquées par l'ARS des Hauts-de-France, ont été utilisées par ailleurs pour interroger la base de la MDPH 91. En effet, c'est dans le dossier de la personne à la MDPH que figurent les informations sur son parcours avant son départ en Belgique. Mais la mention du séjour en Belgique ne fait pas partie des données requêtes dans l'outil de gestion Iodas.

### **A - Plus de 200 personnes en situation de handicap vieillissantes accueillies en Wallonie issues majoritairement du secteur psychiatrique**

Sur les 483 adultes originaires du département de l'Essonne, plus de la moitié (55 %) ont plus de 45 ans. Les femmes représentent 31 % de l'effectif total.

### Graphique n° 6 : pyramide des âges des ressortissants de l'Essonne en Wallonie



Source : ARS des Hauts de France (données au 31-01-2021)

Ces résidents sont répartis dans 91 établissements (au sens d'un Finess géographique), un grand nombre n'accueillant qu'un ou deux résidents de ce département. La moitié de l'effectif total est hébergée dans neuf structures (au sens de Finess juridique) : deux sociétés privées à responsabilité limitée (SPRL) et sept associations sans but lucratif (ASBL). La structure qui accueille le plus d'essonnien est la Résidence du Fort (86 personnes).

Les handicaps psychiques et intellectuels sont les déficiences principales les plus fréquentes et représentent 66 % des dossiers.

**Tableau n° 11 : typologie de l'accueil en Belgique des ressortissants de l'Essonne**

Déficiência principale	Nb de résidents	%
Handicap psychique	156	32 %
Déficiência intellectuelle	148	31 %
TSA - Troubles du spectre autistique	71	15 %
TCC - Troubles du comportement et de la conduite	51	11 %
Handicap cognitif spécifique	22	5 %
Cérébrolésé	15	3 %
Autre	9	2 %
Polyhandicap	8	2 %
Déficiência auditive grave	2	0 %
Déficiência motrice	1	0 %
<b>Total général</b>	<b>483</b>	<b>100 %</b>

Source : ARS des Hauts de France (données au 31-12-2021)

79 % des personnes hébergées ont une déficiência associée. 83 personnes cumulent, soit à titre principal, soit à titre associé, un handicap psychique et un trouble du comportement et de la conduite (TCC) ; 58 personnes un handicap psychique et une déficiência intellectuelle ; 58 également un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et une déficiência intellectuelle.

Près des deux tiers des personnes hébergées en Belgique ont une orientation vers un établissement médicalisé, de type Fam ou Mas. 37 % relèvent d'un accueil de type foyer de vie.

**Tableau n° 12 : nature de l'orientation MDPH**

Déficiência principale	Nb	%
Foyer d'accueil médicalisé (Fam)	188	39 %
Foyer de vie (FV)	181	37 %
Maison d'accueil spécialisée (Mas)	114	24 %
<b>Total général</b>	<b>483</b>	<b>100 %</b>

Source : ARS des Hauts-de-France (données au 31-01-2021)

54 % des personnes hébergées en Belgique ont pour dernière provenance un secteur psychiatrique (263 personnes) ; 28 % le secteur médico-social français et 11 % vivaient précédemment en famille. Le passage pour les PHV par le secteur psychiatrique est généralement le marqueur d'une situation complexe sans solution et d'une rupture avec le lieu de vie précédent de la PHV. L'hôpital psychiatrique est en effet souvent le dernier recours en cas d'échec de prise en charge médico-sociale pour une personne handicapée vieillissante ou sans solution à domicile. L'hospitalisation en psychiatrie se fait dans ce cas par défaut et relève médicalement d'une hospitalisation inadéquate. L'hôpital se trouve alors mobilisé pour trouver une structure médico-sociale adaptée à la situation complexe de la personne handicapée vieillissante (qui ne peut retourner dans sa structure médico-sociale d'origine ou à son domicile) et peut être amené à se tourner vers une structure hors département voire belge.

**Tableau n° 13 : lieu de vie précédent l'hébergement en Wallonie**

Lieu de vie précédent	Nb résidents
Secteur psychiatrique	263
Secteur médico-social	135
Famille	55
Secteur médico-social belge	30
<b>Total général</b>	<b>483</b>

Source : ARS des Hauts de France (données au 31-01-2021)

Ainsi, selon les données de l'ARS des Hauts de France, plus de la moitié des personnes accueillies en Belgique ont pour dernière provenance un établissement psychiatrique. Ce chiffre est en réalité plus important. Sur les 20 dossiers de résidents de la résidence du Fort répertoriés comme provenant du secteur médico-social, 18 ont eu une hospitalisation en psychiatrie en amont de leur départ.

## **B - Une offre belge qui s'adapte aux carences de l'offre du département de l'Essonne**

Sur les 82 dossiers de résidents en Belgique examinés, 64 ont pu être classés (78 %) dans un des parcours ci-dessous<sup>51</sup>. Ils montrent comment l'offre belge s'est adaptée aux carences de celle du département de l'Essonne.

### **1 - Évolution de la psychiatrie et développement de l'offre belge**

Parmi les dossiers étudiés, le parcours le plus fréquemment rencontré (31 dossiers) est celui de personnes ayant été hospitalisées plusieurs années en psychiatrie. On peut ainsi citer les cas de :

- Un homme, 68 ans, souffrant de troubles du comportement et de troubles cognitifs ; a connu 23 ans d'hospitalisation en psychiatrie entrecoupés de tentatives d'intégration d'un Esat ;
- Un homme, 65 ans, hospitalisé pendant 27 ans en psychiatrie ;
- Un homme, 64 ans, hospitalisé en psychiatrie de 1968 à 2006.

À cet égard, il semble qu'un lien direct peut être fait entre la diminution du nombre de lits d'hospitalisation à temps complet dans les établissements psychiatriques et le développement de l'offre belge.

La prise en charge du handicap psychique a été historiquement essentiellement sanitaire. La création d'établissements et de services médico-sociaux dédiés est beaucoup plus récente que pour d'autres types de handicap et les solutions en établissements ou services moins répandues.

À rebours de son origine asilaire, l'hôpital psychiatrique, qui était conçu comme un lieu de vie, a connu de profondes mutations. Depuis de nombreuses années, il a été recentré sur la prise en charge de la phase aiguë de la crise psychique et le suivi ambulatoire (consultations par exemple) des patients au plus proche de leur lieu de vie pour les maintenir en autonomie ou dans leur famille. Le nombre de lits en psychiatrie a fortement diminué mais le développement de l'offre médico-sociale spécialisée susceptible de prendre en charge les périodes d'aval, lorsque le retour à domicile n'est pas possible, n'a pas suivi le même rythme. Le développement de l'offre belge s'est fait dans ce contexte.

---

<sup>51</sup> On citera le parcours unique d'une personne, 33 ans, souffrant de troubles du spectre autistique, en Belgique depuis 2017, qui vivait dans sa famille jusqu'à son départ, qui a été scolarisée et a bénéficié de tous les soins et accompagnements disponibles lorsqu'elle vivait chez ses parents. Il constitue un exemple rare de prise en charge précoce, sans rupture, avec une démarche active des parents pour trouver une solution d'hébergement qui convienne à leur enfant en Wallonie.

**Le développement de la résidence du Fort en parallèle  
de la baisse du nombre de lits d'hospitalisation à temps  
complet de l'EPS Barthélémy Durand**

Entre 2002 et 2012, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet de l'EPS Barthélémy Durand a baissé de plus de 120 unités, passant de 520 à 400 lits.

L'établissement a donc cherché d'autres solutions pour les patients au long cours, tissant des partenariats avec des Ehpad, des établissements médico-sociaux français, mais également des établissements médico-sociaux belges.

Une convention a en particulier été signée en 2006 avec l'établissement belge la Résidence du Fort dans laquelle celle-ci s'engage à accueillir les patients adressés par l'EPS dans la mesure de ses possibilités et plus particulièrement ceux des secteurs 91 G01, G05, G06 et G07<sup>52</sup>.

Sur 36 dossiers étudiés pour lesquels le parcours initial a pu être établi, 31 (soit 86 %) avait eu au moins une hospitalisation à l'EPS Barthélémy Durand.

La question de l'insuffisance et de l'inadaptation de l'offre d'aval demeure cruciale pour l'établissement. Ainsi, en 2022, 61 patients de plus de 45 ans cumulaient chacun plus de 300 jours d'hospitalisation, faute de disponibilité d'un aval adapté.

## **2 - Les échecs du secteur médico-social français : les situations complexes**

22 situations font état d'un cumul de difficultés médicales et sociales et d'un parcours au long cours dans les institutions médico-sociales avant un départ vers la Belgique.

- Homme de 54 ans, souffrant de troubles du spectre autistique. Il est arrivé en Wallonie, en 1996, à l'âge de 29 ans, après un parcours dans plusieurs régions et établissements français. Premier contact avec le CMPP à trois ans lors de son arrivée en France ; de sept à 12 ans fréquente l'hôpital de jour de la Fondation Vallée (94) ; de 12 à 14 ans est hébergé dans un établissement sanitaire dans les Hautes Alpes ; de 14 à 15 ans dans un institut de la région de Tours ; de 15 à 20 ans dans IMPro ; de 20 à 23 ans faute de structure P. retourne dans sa famille ; de 23 à 29 ans il est admis, en externat, dans un foyer occupationnel des Ulis (horticulture).

<sup>52</sup> Ces secteurs correspondent aux périmètres géographiques des villes d'Étampes, Sainte-Geneviève-des-Bois et Longjumeau.

- Femme de 54 ans, placée en nourrice à la naissance puis prise en charge par l'aide sociale à l'enfance (Ase) jusqu'à cinq ans, fondation Vallée en internat à partir de cinq ans ; de 1987 à 1991 hospitalisation en hôpital psychiatrique puis placement familial thérapeutique jusqu'en 2004 et l'accueil en Belgique.
- Homme de 52 ans, placé en famille d'accueil dans la petite enfance, puis dans un IMPro. Il est hébergé ensuite au foyer d'hébergement Serge Dassault d'octobre 1993 jusqu'en 2014 en fréquentant deux Esat successivement, avant son départ en Belgique en 2015, à 45 ans.
- Femme de 63 ans ; sans abri, elle a d'abord été hébergée dans un foyer Adoma de l'Essonne, puis hospitalisée à Barthélémy Durand avant d'intégrer une Mas de Seine Saint Denis en mars 2011 puis de partir en Belgique en 2015 (toujours avec une orientation Mas).

Ces parcours illustrent les difficultés du secteur médico-social à assurer une continuité d'accompagnement pour certaines personnes présentant des troubles du comportement. Les établissements belges semblent, *a contrario*, réussir à stabiliser leur parcours.

### **3 - Les ruptures de parcours suite au décès d'un aidant et à l'accès difficile des établissements français passés un certain âge**

Ces dossiers concernent des personnes ayant vécu en famille (le plus souvent avec leurs parents). Ils ne mentionnent pas d'accompagnement médico-social pendant cette période. La disparition de l'aidant déséquilibre soudainement la situation. L'hospitalisation en psychiatrie, plus ou moins longue, s'achève par le départ en Belgique.

- Femme de 63 ans, souffrant de troubles du spectre de l'autisme et d'une déficience intellectuelle associée. Elle est entrée dans un établissement belge à 53 ans après le décès de sa mère, puis de son père, et l'impossibilité pour sa sœur d'assurer sa prise en charge.
- Femme de 55 ans, souffrant d'une maladie psychique et d'une déficience cognitive, arrivée en Belgique en 2017. Après avoir travaillé en milieu ordinaire puis vécu chez ses parents, sans accompagnement, elle est d'abord hospitalisée en hôpital psychiatrique au décès de ses parents puis transférée en Belgique. Elle n'avait pas de dossier MDPH avant la demande d'orientation de 2017.
- Homme de 62 ans, souffrant d'une maladie psychique, a vécu chez sa mère jusqu'en 2001. À son décès il a connu de nombreuses hospitalisations en hôpital psychiatrique pendant sept ans, jusqu'à son départ en Belgique.

Pour ces personnes, l'arrivée dans l'établissement belge s'est faite à un âge où l'intégration dans un établissement français est complexe. En effet, l'analyse des données nationales de *ViaTrajectoire* a montré que plus une personne avance en âge, plus son entrée dans un établissement du champ du handicap est difficile.

De fait, pour un accueil rapide en établissement, l'offre d'hébergement la plus disponible en Essonne est l'Ehpad. Les délais d'accès aux ESMS étant au mieux très longs, l'orientation vers un établissement belge a le mérite d'offrir une réponse rapide et spécialisée dans le champ de handicap. L'accompagnement du vieillissement semble en tout état de cause y poser moins de difficultés.

### **C - Un mode de fonctionnement des établissements belges qui s'adapterait aux besoins des personnes en situation de handicap vieillissantes**

La réalisation du diagnostic territorial du département de l'Essonne n'avait pas pour objet de procéder à une comparaison entre les accompagnements français et belges<sup>53</sup>. Néanmoins cette analyse départementale a permis de cerner une différence essentielle entre les modes opératoires français et wallons.

Cette différence porte sur la capacité de l'établissement d'accueil à s'adapter à l'avancée en âge et à maintenir l'accueil de la personne, en dépit de son changement d'orientation. Ce sera par exemple le cas d'une personne accueillie en foyer de vie qui obtient une orientation en foyer d'accueil médicalisé. La capacité d'un foyer de vie en Essonne à accompagner cette évolution est moins probable. Dans le meilleur des cas, il pourra obtenir l'aval de l'ARS et les financements de la médicalisation de quelques places.

La situation semble différente pour les établissements belges où le nombre de personnes ayant besoin d'un accueil médicalisé dans une structure qui ne le serait pas initialement dépendrait non d'une requalification des places autorisées mais de la capacité de l'établissement à se réorganiser pour accompagner ce besoin nouveau<sup>54</sup>.

---

<sup>53</sup> Ce type d'analyse relève d'autres enquêtes à réaliser ultérieurement.

<sup>54</sup> Du moins jusqu'à l'entrée en vigueur du moratoire sur l'accueil en Belgique au 28 février 2021.

## Chapitre IV

### L'accès aux soins des personnes en situation de handicap vieillissantes

#### I - Une difficulté d'accès aux soins majorée pour les personnes en situation de handicap vieillissantes

##### *Facilisoins*

*Facilisoins* expérimente, dans 30 ESMS, un nouveau modèle de financement et d'organisation de la prévention et des soins pour les personnes en situation de handicap en établissement<sup>55</sup>. L'expérimentation consiste à faire sortir du budget de l'établissement les soins de ville et les produits de santé<sup>56</sup> pour qu'ils soient financés par l'assurance maladie de droit commun. Les soins de nursing, les activités de coordination de la prévention et des soins, l'accompagnement de la déficience et de l'autonomie restent pris en charge sur le budget de l'établissement dans le cadre d'un « forfait santé ».

Les établissements expérimentateurs doivent mettre en place de nouveaux modes d'organisation et de coopération pour faciliter l'accès aux soins de ville dans des conditions de droit commun. Ils prennent en charge le transport sanitaire vers d'établissement ou le professionnel de santé<sup>57</sup> concerné.

Les établissements expérimentateurs se verront allouer une enveloppe pouvant aller jusqu'à 50 000 €.

<sup>55</sup> Arrêté du 23 décembre 2021 portant modification de l'arrêté du 22 novembre 2021 relatif à l'expérimentation nationale d'un forfait santé en ESMS.

<sup>56</sup> Médicaments et dispositifs médicaux individuels.

<sup>57</sup> L'avenant n° 9 à la convention médicale de 2016, signé en juillet 2021, autorise en outre la rémunération au praticien d'une « consultation blanche » pour le suivi médical d'une personne en situation de handicap, qui consiste en un temps de rencontre préparatoire à la prise en charge médicale proprement dite.

Trois établissements de la région Ile-de-France<sup>58</sup> expérimentent *Facilisoins*, mais aucun en Essonne. Le dispositif *Facilisoins* a vocation à remédier aux difficultés d'accès aux soins des personnes hébergées en établissement médico-social. Les personnes vivant à domicile connaissent aussi de nombreuses difficultés pour faire assurer leur suivi médical, qu'il s'inscrive dans le recours à la médecine de ville ou dans l'offre de consultations spécialisées que l'ARS développe dans la région.

## **A - Moins de médecins généralistes et des professionnels plus âgés**

La densité médicale du département est dans la moyenne régionale<sup>59</sup>. En revanche, le nombre de médecins généralistes en activité régulière a diminué de 21,5 % entre 2010-2022<sup>60</sup>. Cette baisse s'observe sur le temps long comme sur la période récente. Entre 2021 et 2022, le territoire a en effet enregistré une baisse de 3,9 % du nombre des médecins généralistes.

Dans un département à la démographie dynamique et à la population relativement jeune, les professions médicales présentent au contraire un profil plus âgé. L'âge moyen des généralistes est de 55 ans. Les plus de 60 ans représentent 46 % de l'effectif.

L'analyse des médecins traitants (dans le cadre des parcours de soins coordonnés) montrent que la population en ALD (affection de longue durée) du département est plutôt bien couverte. Elle a déclaré un médecin traitant à plus de 98 % (même si dans 15,5 % il s'agit d'un professionnel de santé hors du département).

L'offre est en revanche déséquilibrée géographiquement et la répartition géographique non homogène. 44 % des communes du département ne disposent pas de médecin généraliste (particulièrement au sud-ouest et au sud-est du département). Les professionnels de santé sont concentrés au nord du département et proches des grands axes routiers et de transports.

---

<sup>58</sup> La résidence Sénart de l'APF, à Combs-la-Ville (77), le Fam de l'Unapei à Boulogne (92), un Itep à Vitry-sur-Seine et un Ime à Boulogne de l'Ugecam.

<sup>59</sup> Observatoire de l'accès aux soins en Essonne, février 2022, CAPM de l'Essonne.

<sup>60</sup> Source : Atlas de la démographie médicale 2022, CNOM.

## **B - Une difficulté d'accès aux soins mesurée par l'enquête nationale Handifaction<sup>61</sup>**

Handifaction est un baromètre des difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de handicap. Les réponses à l'enquête 2022 (73 092) font apparaître une majorité de PSHV parmi les répondants (67 % des répondants ont entre 46 et 65 ans, 17 % des répondants ont entre 66 et 80 ans). L'âge moyen est de 55 ans et ce sont principalement des femmes (57 %) Ils vivent majoritairement en milieu ordinaire ou au sein de leur famille. Seuls 2 % vivent en ESMS et 2 % en milieu ordinaire avec accompagnement médico-social. Les handicaps moteurs et psychiques sont surreprésentés.

Les données détaillées par département sont peu nombreuses. Seul le taux de non-accès aux soins est calculé à un niveau départemental. Il est de 24 % en Essonne, de 21 % dans la région. Au niveau national, le taux de non-accès aux soins est proche de 19 %.

14 % des répondants déclarent avoir connu un refus de soin. Les motifs principaux tiennent au profil du demandeur (42 % des répondants ayant connu un refus) ainsi qu'au délai d'attente supérieur à six mois (29 %). Un quart de cette population a abandonné les soins après un refus. Les refus de soins ont d'abord lieu en médecine de ville (médecins spécialistes et généralistes) puis au sein des services hospitaliers.

## **II - Les nombreuses initiatives de l'ARS sont encore insuffisamment accessibles aux populations essonniennes**

La stratégie de l'ARS d'Île-de-France pour améliorer l'offre et l'accès aux soins des personnes en situation de handicap comporte de nombreuses initiatives mais peu en direction spécifiquement des personnes vieillissantes. Elles demeurent en tout état de cause encore peu accessibles à la population essonnienne en situation de handicap faute de porteurs de projets dans le département.

---

<sup>61</sup> Créé par l'association Handidactique et opéré depuis 2022 par la Cramif (caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France), Handifaction a recueilli un peu plus de 73 000 contributions pendant l'année 2022.

## A - Les actions de l'ARS pour permettre un accès aux soins de premiers recours

En 2016, l'ARS d'Île-de-France a élaboré un plan d'actions visant à améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap sur le territoire régional. Des expérimentations ont ainsi été déployées dans la région dans plusieurs domaines. Si le plan a été maintenu en 2020, durant la crise sanitaire, celle-ci a toutefois entraîné un retard dans la mise en œuvre de certains projets. Les années 2021 et 2022 ont été envisagées par l'ARS comme des temps de reprise des travaux et de généralisation de ces expérimentations.

Le plan s'articule autour de trois axes prioritaires : les soins somatiques, les soins gynécologiques et la santé orale.

- L'effort de développement de l'accès aux soins somatiques s'est traduit par la mise en place du dispositif HandiConsult sur le territoire francilien, financé par l'ARS depuis 2018. Inscrit dans le projet régional de santé 2018-2022, HandiConsult est conçu en partenariat avec des établissements de santé publics et privés, des établissements médico-sociaux et des médecins libéraux. Il repose sur des centres de consultations proposant aux adultes en situation de handicap, dont les besoins n'ont pas été satisfaits dans le droit commun, une offre complète de soins somatiques. Les dispositifs Handiconsult jouent également un rôle d'orientation et de coordination des prises en charge. L'expertise des dispositifs HandiConsult permet une prise en charge de l'ensemble des types de handicap.
- L'accès aux soins gynécologiques des femmes en situation de handicap constitue un second enjeu clé du plan d'actions de l'ARS. Le dispositif HandiGynéco est déployé en Île-de-France depuis 2018 également et s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de la santé sexuelle 2021-2024. Le lancement d'HandiGynéco a fait suite à une étude menée par l'ARS auprès de 1 000 femmes en situation de handicap en 2016-2017<sup>62</sup> de laquelle il ressortait que seules 58 % des femmes interrogées bénéficiaient d'un suivi gynécologique régulier. Ce taux de suivi était inférieur à celui de la population générale dix ans auparavant qui s'élevait à 77 % en 2008.
- HandiGynéco permet l'intervention de sages-femmes libérales, volontaires et formées au handicap, au sein d'établissements médico-sociaux. Il vise, grâce à des consultations longues, à faciliter le parcours gynécologique des femmes en situation de handicap et à repérer les violences dont elles peuvent être victimes. Il met également en place aux âges charnières des actions de dépistage des cancers féminins. 760 femmes en situation de handicap ont été déjà bénéficié du dispositif.

---

<sup>62</sup> Diagnostic de la filière de soins gynécologique et obstétricale accueillant des femmes en situation de handicap sur le territoire francilien.

- Enfin, deux projets ont été concrétisés en 2019 par l'ARS d'Île-de-France dans le cadre de l'axe « santé orale et handicap ». Ces derniers ont été poursuivis malgré la crise sanitaire.

Un premier projet a reposé sur l'intervention d'un chirurgien-dentiste en ESMS PH au nord de l'Essonne par le biais d'un partenariat entre l'ARS et le réseau en soins bucco-dentaires Appolline<sup>63</sup>. Elle prévoyait des actions de soin, de prévention et de dépistage mais également des actions de formation auprès des professionnels des structures visitées.

Le second projet est moins avancé. Initié en 2018-2019, en vue de la mise en place d'un dépistage bucco-dentaire *via* la télé-dentisterie des personnes en situation de handicap accueillies en ESMS, il a pris du retard en raison de la crise sanitaire. Le service d'odontologie du centre hospitalier Louis Mourier (Colombes) et le gestionnaire Avenir-APEI ont été chargés du projet.

D'autres actions, en cours, prévoient d'augmenter le nombre de chirurgiens-dentistes formés au handicap notamment dans les zones « blanches » et/ou prioritaires, de cartographier l'offre en soins bucco-dentaire accessible aux PSH dans la région en IDF, selon une graduation des soins (des soins en ambulatoire aux soins sous anesthésie générale), d'élaborer des protocoles de soins spécifiques pour les personnes en situation de handicap, de majorer le nombre de services d'odontologie qui proposent des créneaux pour les PSH nécessitant des soins sous anesthésie générale. À destination des ESMS, l'ARS prévoit également de sensibiliser les professionnels à la santé orale et la nécessité d'un suivi bucco-dentaire des usagers accueillis. Ainsi que de former un référent bucco-dentaire dans chaque ESMS handicap francilien.

## **B - Des initiatives encore peu accessibles aux PSHV du territoire essonnien**

L'Essonne n'est concernée que de manière encore trop marginale par ces actions.

---

<sup>63</sup> Appolline est un réseau de santé bucco-dentaire pour personnes fragiles (âgées et/ou handicapées) créé en 2006 par l'hôpital gériatrique Les Magnolias, le conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes de l'Essonne et la coordination gérontologique, la Harpe, centre local d'information et de coordination (Clic) du Val-d'Yvette.

En premier lieu, le dispositif Handiconsult n'est pas déployé en Essonne<sup>64</sup>. Le centre « douleur et soins somatiques » de l'hôpital Barthélémy Durand, auparavant intégré au dispositif, a été recentré sur les patients de l'hôpital. De ce fait, il ne dispose plus de financements de l'ARS. Un appel à candidatures a été lancé en août 2022 pour le déploiement de nouveaux centres dédiés Handiconsult au sein des départements franciliens non pourvus<sup>65</sup>. Toutefois, les trois projets sélectionnés par l'ARS ne concernent pas le département de l'Essonne. Aucune perspective ne semble se faire jour à brève échéance.

Par ailleurs, si le dispositif HandiGynéco a permis l'intervention de 21 sages-femmes volontaires au sein de 41 établissements médico sociaux entre 2018 et 2019, il ne concernait pas l'Essonne. En effet, le déploiement du dispositif avait été restreint à cinq départements franciliens : Paris, la Seine et Marne, les Yvelines, les Hauts-de-Seine et la Seine-Saint-Denis. Néanmoins, un appel à candidature a été lancé par l'ARS en octobre 2022 afin de déployer la démarche HandiGynéco au sein des départements franciliens non-pourvus. L'union mutualiste VYV3 Île-de-France, engagé dans ce projet dès sa création, a été retenue. En décembre 2022, 77 sages-femmes ont reçu une formation en vue d'une intervention, en 2023, dans 232 établissements médico-sociaux de la région.

En matière d'accès aux soins oraux, le projet mené par le réseau Appolline91 a bénéficié à un total de 650 personnes en situation de handicap (enfants et adultes) issues de 22 ESMS PH du nord de l'Essonne<sup>66</sup>.

Ce bilan, partiel et à actualiser, souligne néanmoins les efforts à poursuivre pour identifier les opérateurs susceptibles de porter et de relayer les initiatives de l'ARS dans le département, qui apparaît en retrait sur ces thématiques de l'accès aux soins.

---

<sup>64</sup> Trois dispositifs sont financés par l'ARS :

- Handiconsult à la Pitié-Salpêtrière (Paris) financé, ouvert en janvier 2020, offre des consultations spécialisées (dont de la gynécologie médicale) et de l'hospitalisation de jour.
- Pôle Cristales de l'EPS de Ville-Evrard (Seine-Saint-Denis), est ouvert ESMS du secteur du handicap depuis avril 2018 et propose une offre en soins très complète : médecine générale, odontologie, gynécologie médicale, endocrinologie, OPH, gériatrie, psychiatrie, soins infirmiers, podologie, vaccination, soins sous Meopa et hypnose, accueil des patients autistes et TSA. 150 conventions ont été signées avec des ESMS.
- Valconsult de l'Institut du Val Mandé (Val-de-Marne), ouvert aux ESMS du secteur du handicap depuis janvier 2020, offre un dispositif de type centre de santé pour enfants et adultes (médecine générale, neuropédiatrie, neurologie ... soins dentaires en partenariat avec le CH H. Mondor).

<sup>65</sup> La Seine-et-Marne, les Yvelines, l'Essonne, les Hauts-de-Seine et le Val-d'Oise.

<sup>66</sup> Soit près de 10% dans l'ensemble des personnes accueillies en ESMS

## Liste des abréviations

AAH.....	Allocation adulte handicapé
ACTP .....	Allocation compensatrice de tierce personne
AJ .....	Accueil de jour
AT .....	Accueil temporaire
ARS.....	Agence régionale de santé
AVC .....	Accident vasculaire cérébral
CAF.....	Caisse d'allocations familiales
CASF.....	Code de l'action sociale et des familles
CDAPH .....	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CHS.....	Centre hospitalier spécialisé
CLIC .....	Centre local d'information et de coordination
CMI.....	Carte mobilité inclusion
CNR .....	Crédits non reconductibles
CNSA.....	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPOM .....	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREAI.....	Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées
DAC .....	Dispositif d'appui à la coordination
EAM.....	Établissement d'accueil médicalisé
EANM.....	Établissement d'accueil non médicalisé
EM.....	Équipe mobile
Ehpad .....	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESAT.....	Établissement et service d'aide par le travail
ESMS .....	Établissements et services médico-sociaux
FAM.....	Foyer d'accueil médicalisé
FV .....	Foyer de vie
FH .....	Foyer d'hébergement
MAS .....	Maison d'accueil spécialisée
MDPH .....	Maison départementale des personnes handicapées
ONDAM.....	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PA .....	Personne âgée

---

PCH.....	Prestation de compensation du handicap
PCPE.....	Pôle de compétences et de prestations externalisées
PH.....	Personne handicapée
PSHV.....	Personne en situation de handicap vieillissante
PRS.....	Projet régional de santé
RAPT.....	Réponse accompagnée pour tous
RQTH.....	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
SAAD.....	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SAD.....	Service autonomie à domicile
SAMSAH.....	Service d'accompagnement médico-social pour personnes handicapées
SAVS.....	Service d'accompagnement à la vie sociale
SPASAD.....	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SSIAD.....	Service de soins infirmiers à domicile
TED.....	Troubles envahissants du développement
TSA.....	Troubles du spectre de l'autisme