

Cour des comptes



Chambres régionales  
& territoriales des comptes

ENTITÉS ET POLITIQUES PUBLIQUES

L'ACCOMPAGNEMENT  
DES PERSONNES  
EN SITUATION  
DE HANDICAP  
VIEILLISSANTES

Cahier territorial de la Marne

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 Le département de la marne : entre ruralité et concentrations urbaines</b> .....	<b>17</b>
I - Une même difficulté à appréhender les besoins entre les acteurs.....	17
II - Une population de personnes handicapées en forte augmentation .....	19
III - Et une population résidant essentiellement à domicile malgré une augmentation de l'offre en hébergement.....	23
A - Une large augmentation des places d'accueil au profit d'un public vieillissant.....	23
B - Des PSH et des PSHV très majoritairement à domicile .....	25
<b>Chapitre II Une gouvernance duale du secteur</b> .....	<b>29</b>
I - Les acteurs clés des politiques locales du handicap .....	29
A - Une gouvernance territoriale partagée qui complexifie le pilotage .....	29
B - Une nécessaire articulation de l'ARS et du département .....	35
C - La MDPH : de l'ouverture des droits à l'accompagnement individuel .....	37
II - Des stratégies institutionnelles propres qui identifient clairement la nécessaire adaptation de la prise en charge des PSHV .....	42
A - Le schéma régional de santé : vers une logique de parcours inclusif.....	42
B - Les schémas départementaux.....	45
III - Des moyens financiers importants alloués aux politiques du handicap et peu de moyens supplémentaires pour les PSHV .....	46
A - Au sein de l'ARS, des financements sous contrainte et non ciblés pour les PSHV .....	47
B - Des efforts financiers importants au profit du handicap mais sans crédits fléchés pour le département.....	51
C - À la jonction de l'ARS et du département : la conférence des financeurs, outil sous-utilisé pour la prévention de la perte d'autonomie chez les PSHV .....	56
<b>Chapitre III Les parcours résidentiels des personnes en situation de handicap vieillissantes</b> .....	<b>59</b>
I - Le parcours des personnes confrontées à la réalité de l'offre.....	59
A - Une offre en augmentation mais concentrée sur les pôles urbains.....	59
B - Et des risques de rupture de parcours pour les usagers .....	62

II - Une offre spécifique au profit des PSHV peu développée bien que bénéficiant d'initiatives locales en faveur des publics handicapés .....	63
A - L'enjeu du maintien à domicile .....	64
B - L'accueil en établissement des PSHV : une offre spécialisée réduite .....	71
C - La situation particulière des travailleurs avançant en âge en Esat .....	76
D - Une offre sous tension .....	81
III - La réponse belge et la prévention des départs.....	85
A - La quantification des départs .....	86
B - La prévention des départs en Belgique par la transposition des méthodes d'accompagnement en France.....	89
C - La démarche transfrontalière de partage de connaissance autour du handicap psychique : PSICOCAP.....	90
<b>Chapitre IV La prise en charge du soin : couvrir les besoins dans une situation de désertification de l'offre.....</b>	<b>95</b>
I - Un accès aux soins à améliorer .....	96
A - Une couverture de soins de ville inégale .....	97
B - Des consultations spécialisées et capacité d'hospitalisation.....	98
II - La stratégie de l'agence régionale de santé Grand Est : la déclinaison de la logique de parcours.....	99
A - Les orientations du projet régional de santé .....	99
B - Les actions mises en œuvre .....	99
III - Les difficultés de la prise en charge du soin dans les établissements médico-sociaux .....	101
<b>Liste des abréviations .....</b>	<b>105</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>109</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 de la formation commune aux juridictions (FCJ) des établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour 2022 concerne l'accompagnement et la prise en charge des personnes en situation de handicap vieillissantes (PSHV).

Cette enquête combine une approche géographique et organique de façon à apprécier la mise en œuvre de ces politiques au niveau du territoire départemental. L'agence régionale de santé (ARS), le centre régional d'études, d'actions et d'informations (Creai), l'association « un avenir après le travail » et des associations et établissements pour personnes âgées accueillant des personnes handicapées vieillissantes ont été interrogés.

En parallèle de cette enquête, le contrôle organique du groupement d'intérêt public (GIP) de la MDPH de la Marne et d'un établissement public de santé mentale disposant d'une maison d'accueil spécialisé (Mas) a permis d'évaluer la « qualité du service rendu aux usagers » (orientation transversale n° 5 du projet JF 2025).

Deux spécificités ont été relevées dans le département de la Marne :

- des initiatives locales dynamiques et ancrées dans le territoire : habitat inclusif, accompagnement à la retraite des travailleurs d'Esat ;
- une concentration de l'offre sur les pôles urbains au détriment des zones rurales.

Cette monographie territoriale, comprenant l'approche globale du territoire en incluant le rôle du département et de l'ARS, a fait l'objet d'un délibéré de la FCJ le 1<sup>er</sup> mars 2023.

L'enquête PSHV a été ouverte par lettre du président de la 6<sup>e</sup> chambre de la Cour adressée le 8 février 2022 à Madame Virginie CAYRÉ, directrice générale de l'agence régionale de santé Grand Est. L'entretien de début d'enquête prévu par les normes professionnelles (III-15) a eu lieu le 1<sup>er</sup> avril 2022 et l'entretien de fin d'enquête a eu lieu le 19 janvier 2023.

Les contrôles des comptes et de la gestion, inscrits au programme de la chambre régionale des comptes Grand Est et intégrant comme thématique l'enquête PSHV ont été ouverts par lettre du greffe de la chambre régionale des comptes Grand Est adressées à Monsieur Christian BRUYEN, président du conseil départemental de la Marne le 31 janvier 2022, et président de la maison départementale des personnes handicapées le 9 février 2022. Le contrôle des comptes et de la gestion de l'établissement public de santé mentale de la Marne a quant à lui été ouvert par lettre du 17 juin 2022 adressée à Madame Lucie DELECRAY, directrice par intérim. Les entretiens de fin de contrôle et d'enquête ont eu lieu les 13 juin 2022 pour la MDPH, 23 juin 2022 pour le conseil départemental, 23 novembre 2022 pour l'EPSMM et le 19 janvier 2023 avec l'ARS Grand Est.

\*

\*\*

Le projet de rapport définitif 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

## **Une population croissante dont l'évaluation reste difficile à appréhender**

La population des personnes en situation de handicap (PSH) connaît différents modes de recensement sur des outils divers. L'approche par type de handicap, âge, lieu de résidence ou droits ouverts sont autant de façons d'évaluer cette population aux enjeux très divers en fonction des parcours individuels.

Les différents outils et modalités de recueil de l'information sont incomplets et peu recoupés entre eux, laissant des zones d'inconnues dans la connaissance de cette population.

En tout état de cause, quelle que soit l'approche retenue, le constat est une augmentation des personnes et un vieillissement à l'instar de la population générale avec 55 % d'augmentation entre 2010 et 2021 des personnes ayant un droit ouvert auprès de la maison départementale des personnes handicapées de la Marne (MDPH51).

Les professionnels du secteur s'accordent pour considérer que le vieillissement des PSH débute vers 45 ans, avec des variations suivant les types de handicap et les parcours de vie. Sur cette base d'analyse, rapportée à l'ensemble de la population des PSH, les personnes en situation de handicap vieillissantes (PSHV) connaissent un accroissement encore plus important que la population des PSH, avec une augmentation de 77 % entre 2010 et 2021.

La grande majorité des personnes réside à domicile, en particulier chez les plus de 45 ans, rendant nécessaire le développement d'une offre de soutien.

L'accueil en établissement, bien que minoritaire, a connu un fort développement de son offre ces dernières années en réponse au constat fait par l'agence régionale de santé (ARS) en 2018 d'un sous équipement du département. Les usagers accueillis en établissement sont eux-aussi vieillissants, en particulier dans les établissements dits médicalisés. Cette offre se concentre essentiellement sur les pôles urbains du département contraignant le recours aux établissements et services pour les populations rurales qui représentent pourtant la moitié de la population.

### **Une stratégie d'accompagnement et des financements des acteurs pas toujours coordonnés**

Les acteurs de la gouvernance du handicap sont le département, la MDPH agissant sous la tutelle du département et l'ARS.

Chacun assure une partie de la définition et de la traduction opérationnelle de la politique d'accompagnement des PSH et PSHV sur le territoire de la Marne. La complexité de cette gouvernance duale rend difficile la poursuite d'objectifs clairs et leur déclinaison opérationnelle pour les acteurs de terrain.

Aucune stratégie spécifique à destination de cette population à la rencontre des problématiques du handicap et du grand âge n'est spécifiquement définie, les acteurs de la gouvernance préférant évoquer des logiques de parcours de soin. Or les modalités de fonctionnement et de financement en silo entre les différents âges de la vie (enfants / adultes / grand âge) complexifient cette approche.

Bien qu'assurant correctement sa mission d'information, d'orientation et d'allocation de droits, la MDPH ne peut répondre à l'ensemble des situations car elle se heurte au fonctionnement cloisonné entre handicap et grand âge et à la complexité grandissante de certaines situations.

L'effort financier réalisé envers le secteur du handicap pour la création de places ne bénéficie pas dans les mêmes proportions au secteur du grand âge qui accueille pourtant une part des PSHV.

### **Un parcours résidentiel sous tension pour une population vieillissante**

Le parcours résidentiel comprend tout autant le domicile que l'accueil en établissement médicalisé ou non.

La résidence domiciliaire représente la part la plus importante de la population des PSHV. L'enjeu des pouvoirs publics est de soutenir et maintenir cette modalité dès lors qu'elle correspond aux besoins et souhaits de l'utilisateur.

Ainsi, pour accompagner les PSHV dans le maintien à domicile, de nombreuses aides et compensations sont mises en place et financées tant pour la personne que pour les aidants qui l'accompagnent au quotidien. Si le volume financier moyen des aides techniques est divisé par deux entre 2015 et 2020, celui des aides à l'aménagement des logements reste identique avec un peu plus de 3 000 € par demande. Le volume global d'aide accordée reste stable mais augmente pour la seule population des 45-55 ans.

Le maintien à domicile des personnes nécessite un soutien aux aidants qui a été renforcé ces dernières années par le développement des plateformes de répit. Toutefois celles-ci restent limitées aux zones urbaines de Reims et Châlons-en-Champagne, renforçant le déséquilibre départemental.

La fin d'activité en établissement et service d'aide par le travail (Esat), arrivé l'âge de la retraite, est un moment particulier qu'il convient de préparer. Ainsi, l'association « un avenir après le travail » coordonne de nombreuses actions à destination des usagers et des professionnels et en partenariat avec les caisses de retraite pour informer, accompagner et éviter toute rupture de parcours.

Pour éviter l'entrée en établissement et maintenir une autonomie dans la cité, le département s'est inscrit de longue date dans le développement de l'habitat inclusif envers les PSH dont un peu plus de la moitié des bénéficiaires sont âgés de plus de 45 ans.

L'accueil en établissement représente un mode d'hébergement indispensable quand le maintien au domicile n'est plus possible ou quand le parcours de la personne est organisé autour d'une filière institutionnelle.

L'offre à destination des PSHV en établissement est très limitée sur le territoire, essentiellement au sein de foyer d'accueil médicalisé (Fam) et d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Si les premiers établissements ont bénéficié de financement à la création de places spécifiques, les seconds ont en revanche installé leurs unités à moyen constant.

L'accueil en Ehpad revêt un enjeu particulier tant les modalités de fonctionnement, le taux d'encadrement et le financement diffère d'un établissement relevant du champ du handicap. Ainsi, ce mode d'accueil doit faire l'objet de préparation en amont et de mise en place de partenariats extérieurs pour assurer aux hébergés une qualité de soins et éviter tout syndrome de glissement<sup>1</sup>.

Quelle que soit la solution résidentielle, il est noté une offre en tension sur le département avec des listes d'attentes importantes auprès des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), dont l'intervention est indispensable au maintien à domicile, et en entrée en Fam. Ces situations conduisent parfois à des solutions par défaut ou des maintiens inappropriés en hospitalisation quand le retour à domicile est compromis. Les hospitalisations inappropriées en établissement psychiatrique, faute de

---

<sup>1</sup> Le syndrome de glissement se définit comme la détérioration rapide de l'état général chez un patient âgé ou handicapé, au décours d'une affection aiguë dont trouble psychique tel que la dépression.

disposer d'un accueil en établissement médico-social représentent un surcoût en dépense publique évalué à 1,6 M€ en année pleine pour l'établissement public de santé mentale de la Marne. Au-delà du seul surcoût, ces maintiens en hospitalisation limitent les chances de réinsertion en accueil collectif pour les personnes en situation de handicap psychique.

Cette situation de tension provoque également des tensions sur l'ensemble des parcours puisque les places non libérées ne peuvent bénéficier aux jeunes adultes maintenus en établissement pour enfants, empêchant à leur tour l'accès aux établissements aux enfants en attente d'accompagnement.

Ainsi, face à cette tension, les usagers sont tentés de se tourner vers l'offre de la Belgique frontalière. La région Grand Est et le département de la Marne sont particulièrement touchés par ces départs parfois contraints. Afin de les prévenir et de maintenir les personnes sur leur territoire, l'ARS a accompagné plusieurs initiatives de transposition des « méthodes belges » en France (projet prévu en 2025) ou de connaissance des personnes en situation de handicap psychique pour mieux répondre aux besoins de manière coordonnée.

### **Le parcours de soin se heurtant à la démographie médicale du département**

Le département de la Marne connaît un déficit de médecine de ville et un déséquilibre de son offre entre les pôles urbains et les zones rurales. Ces difficultés contraignent d'autant plus le parcours de soin des PSHV que leurs besoins peuvent être plus conséquents et que les barrières liées au handicap peuvent être importantes.

Ainsi, l'ARS, dans sa stratégie de parcours de soin, a fixé des objectifs en matière de développement de la formation des soignants et de l'information aux patients (langage « facile à lire et à comprendre »). Cependant, les objectifs pour rééquilibrer l'offre sur le territoire et à destination des PSHV restent limités.

Par ailleurs, les structures médicalisées accueillant des PSHV sont restreintes dans leur offre de soins, celle-ci se limitant à des actes infirmiers et quelques actes médicaux simples. Pour favoriser l'accès au soin pour les personnes accueillies en établissement, il apparaît nécessaire de développer les possibilités d'accompagner vers les praticiens par du temps agent en interne ou l'intervention de services extérieurs formés aux spécificités du handicap vieillissant.

## Introduction

Comme pour la population générale, l'espérance de vie des personnes porteuses de handicap a fortement augmenté au cours des dernières décennies. Si ce constat a émergé 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), 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.

Cette adaptation se heurte toutefois à deux freins majeurs : 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 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 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, et l'évolution de l'offre s'inscrit dans une dynamique plus inclusive.

Cette tension sur l'offre a conduit à l'empilement des dispositifs de qualification des situations prioritaires où les ESMS ont progressivement vocation à accueillir les situations critiques ou complexes. Elle entraîne l'implication croissante des acteurs publics au processus d'admission dans les ESMS qui restent maîtres du choix des personnes accueillies et qui

déterminent le coût organisationnel et financier de l'accueil de personnes présentant les handicaps les plus sévères. Malgré cet effort, près de 7 000 adultes en situation de handicap français, principalement issus des territoires de Hauts-de-France et du Grand Est, sont accueillis dans des établissements belges, faute de solution adaptée sur le territoire français.

La personne en situation de handicap vieillissante est définie comme une personne qui a entamé ou connu la 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. Cela permet de prendre en compte l'ensemble des situations, y compris celles qui conduisent à un vieillissement précoce, même si les conditions du vieillissement sont très dépendantes du handicap et du parcours de vie de chaque personne. En accord avec le comité d'experts qui accompagne cette étude, la barrière d'âge de 45 ans a donc été retenue. Certaines analyses pourront toutefois porter sur une limite d'âge plus élevée.

L'objectif de cette enquête est de s'assurer, grâce à un diagnostic des solutions mises en œuvre sur un territoire, que les dispositifs ont été adaptés aux besoins liés à l'avancée en âge des personnes porteuses de handicap. Elle doit permettre de comprendre dans quelle mesure le vieillissement des personnes handicapées entraîne une tension sur l'offre d'accompagnement et de prise en charge, quels impacts cela a sur l'augmentation et la transformation de cette offre, et si ces évolutions ont permis d'apporter des réponses adaptées et suffisantes.

Cette monographie consacrée au département de la Marne s'appuie d'abord sur les réponses apportées à l'enquête par l'agence régionale de santé (ARS) Grand Est et le centre régional d'études, d'action et d'information (Creai) en faveur des personnes en situation de vulnérabilité, ensuite sur les contrôles des comptes et de la gestion du département de la Marne, de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de la Marne et de l'établissement public de santé mentale de la Marne (EPSMM). Enfin le rapport s'appuie sur les réponses à un questionnaire fournies par l'association « les papillons blancs de la Marne » exploitant de nombreux établissements et services à destination des personnes handicapées et aux échanges avec l'association « un avenir après le travail ».

Elle s'attache à présenter les chiffres clés du handicap sur le territoire (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.





# Chapitre I

## Le département de la Marne : entre ruralité et concentrations urbaines

### I - Une même difficulté à appréhender les besoins entre les acteurs

La bonne connaissance des données, notamment populationnelles, constitue un prérequis indispensable au pilotage de la politique du handicap, tant au niveau national que local. L'enquête s'est heurtée à la problématique de la disponibilité et de la fiabilité de ces données issues de plusieurs sources, parfois non concordantes et souvent imparfaites.

Ainsi, avant de mettre en œuvre une politique coordonnée, il est nécessaire de quantifier le besoin. Or, pour cela chaque partie prenante du secteur, dont les stratégies et actions sont présentées ci-après, dispose de statistiques et de données issues de systèmes d'information variés selon des modalités de recueil différentes (voir Annexe n° 1 :).

Il est ainsi possible d'appréhender la situation des personnes en situation de handicap (PSH) et des personnes en situation de handicap vieillissantes (PSHV) suivant différentes approches, en se basant sur les droits ouverts (données MDPH), sur les aides versées directement ou indirectement (données MDPH et département), des demandes d'entrée en établissement (données *ViaTrajectoire*), sur la population accompagnée en établissement et services (données CNSA) ou sur des études statistiques populationnelles (données Insee). Pour chacune de ces sources de données, une partie de la population peut ne pas être comptabilisée correctement d'autant plus que l'âge des personnes ou ses besoins ne sont pas toujours répertoriés.

En effet, les données de la MDPH ne sont comptabilisées de manière automatisée et informatisée que depuis 2017 au sein du département de la Marne. L'approche par les aides versées ne permet pas d'identifier les personnes qui ne recourent pas à leurs droits par choix ou par ignorance de ceux-ci. Cette approche ne permet pas non plus de connaître la population de PSH selon la typologie de handicap (principal ou associé) appelant des réponses différentes en matière d'accompagnement. De plus, les personnes de plus de 60 ans glissant dans le champ des aides aux personnes âgées (allocation personnalisée à l'autonomie à domicile ou accueil en Ehpad) sortent des statistiques du handicap ne permettant pas une exhaustivité des données concernant les PSHV.

De la même manière, la quantification de l'offre existante est difficile à évaluer tant la diversité des solutions et le cloisonnement entre elles rendent le décompte délicat. Ainsi l'offre peut être quantifiée en fonction du nombre d'établissements et services installés (données répertoire FINESS) ou par les données d'activités des tableaux de bord CNSA. Cependant dans les deux cas, ces données ne recensent qu'une partie des établissements et services (taux d'exhaustivité de 80 % des établissements ayant obligation réglementaire de renseignement).

Le fonctionnement en silo du recueil des données relatives d'une part au champ du handicap (dissocié dans sa partie enfant et adulte) et au champ du grand âge d'autre part ne permet pas, dans une vision prospective globale, d'appréhender les parcours de vie des personnes et d'anticiper les besoins pour adapter l'offre.

Néanmoins, pour la région Grand Est et le département de la Marne, l'enquête constate une volonté commune des acteurs de fiabiliser les données pour mieux répondre aux besoins selon une logique de parcours.

À ce titre, la MDPH de la Marne s'est inscrite dans une démarche volontariste d'informatisation pour le traitement de ses demandes. Ainsi, en 2015 une gestion informatisée des documents (GED) a permis d'améliorer le traitement des demandes. En 2019, un système d'information labellisé est mis en place pour la gestion des dossiers des usagers et, en 2021, un « workflow », adossé au système d'information, permet non seulement un séquençage et un suivi des dossiers en temps réel par l'ensemble des professionnels mais aussi de produire, via des requêtes spécifiques, un grand nombre d'indicateurs d'activité et des remontées directes d'informations vers le système national d'information statistique de la CNSA.

Ce système d'information largement déployé auprès de l'ensemble des antennes territoriales est partagé avec les services du département qui peuvent ainsi mieux appréhender les besoins et adapter les financements et autorisations relevant de leur ressort.

Même si l'ARS a de son côté investi le sujet des données dans le champ du handicap, les modalités de recueil sont perfectibles. En effet, 20 % des établissements ne remplissent pas leur obligation de renseignement des tableaux de bords et ces mêmes données ne sont fiabilisées que sur une approche statistique ne traitant que les atypies de renseignement. De plus, les questionnaires peuvent être validés si 80 % des données sont saisies, laissant une part importante des informations potentiellement vacantes.

Enfin, la région s'est inscrite dans la démarche Handi données, pilotée par la fédération des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (ANCreai) qui a pour vocation d'opérer la synthèse des données disponibles sur le handicap.

Sur cette base, le Creai Grand Est publie les chiffres clés du handicap par département permettant aux décideurs locaux d'adapter leurs politiques. Néanmoins cette plateforme se heurte à la fiabilité et à la temporalité des données l'alimentant.

## **II - Une population de personnes handicapées en forte augmentation**

Dans le département de la Marne, le total des personnes ayant un droit ouvert à la MDPH n'a cessé de croître sur les dix dernières années, atteignant + 46 % entre 2010 et 2020. De très fortes augmentations sont constatées, particulièrement chez les moins de 14 ans et chez les personnes de plus de 45 ans (+ 77 %) qui sont 26 997 au 31 décembre 2021. L'augmentation la plus importante concerne les 55/65 ans avec un doublement du nombre de personnes (+ 114 %).

Le rythme de progression est inégal selon les âges des bénéficiaires et les périodes. Ainsi l'évolution sur la première moitié 2010/2015 est bien plus importante que sur la période 2015/2021 avec même une diminution du nombre de bénéficiaires pour les personnes âgées de plus de 65 ans.

Sur la base d'une population totale de 578 349 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2022, un peu plus de 8 % de la population marnaise dispose donc d'un droit ouvert à la MDPH.

**Tableau n° 1 : évolution du nombre de personnes ayant un droit ouvert à la MDPH51**

	Au 31/12/2010	Au 31/12/2015	Au 31/12/2021	Évol° 2010- 2015	Évol° 2015- 2021	Évol° 2010- 2021
0-4 ans	387	426	615	10 %	44 %	59 %
5-9 ans	1 207	1 587	2 389	31 %	51 %	98 %
10-14 ans	1 141	1 966	2 554	72 %	30 %	124 %
15-19 ans	2 118	2 324	2 646	10 %	14 %	25 %
20-24 ans	1 943	2 202	2 201	13 %	0 %	13 %
25-29 ans	2 048	2 322	2 182	13 %	- 6 %	7 %
30-34 ans	2 319	2 626	2 664	13 %	1 %	15 %
35-39 ans	2 882	3 112	3 261	8 %	5 %	13 %
40-44 ans	3 297	3 994	3 985	21 %	0 %	21 %
45-49 ans	3 665	4 846	5 387	32 %	11 %	47 %
50-54 ans	3 699	5 475	6 706	48 %	22 %	81 %
55-59 ans	2 735	5 275	7 065	93 %	34 %	158 %
60-64 ans	1 360	2 587	3 264	90 %	26 %	140 %
65-69 ans	981	1 803	1 571	84 %	-13 %	60 %
70-74 ans	952	1 392	1 056	46 %	-24 %	11 %
75-79 ans	835	1 517	779	82 %	-49 %	-7 %
80-84 ans	624	1 222	610	96 %	-50 %	-2 %
85-89 ans	312	747	369	139 %	-51 %	18 %
90 ans et plus	130	279	190	115 %	-32 %	46 %
Total	32 635	45 702	49 484	40 %	8%	52 %
Total des PSH de plus de 45 ans	15 293	25 143	26 997	64 %	7%	77%

Source : MDPH51

Le nombre de bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH) a presque quadruplé en onze ans et plus que sextuplé chez les plus de 45 ans qui sont 4 159 au 31 décembre 2021 et représentent un peu plus de 60 % de l'ensemble des bénéficiaires.

**Tableau n° 2 : évolution du nombre de personnes  
ayant un droit ouvert à l'AAH**

	au 31/12/2010	au 31/12/2015	au 31/12/2021	Évol° 2010-2015	Évol° 2015-2021	Évol° 2010-2021
45-49 ans	203	710	837	250 %	18 %	412 %
50-54 ans	176	709	968	303 %	37 %	550 %
55-59 ans	136	668	1 044	391 %	56 %	768 %
60-64 ans	65	352	656	442 %	86 %	1 009 %
65-69 ans	20	153	352	665 %	130 %	1 760 %
70-74 ans	17	74	174	335 %	135 %	1 024 %
75-79 ans	8	45	59	463 %	31 %	738 %
80-84 ans	2	21	45	950 %	114 %	2 250 %
85-89 ans	1	7	18	600 %	157 %	1 800 %
90 ans et plus	0	1	6		500 %	
Total tous âges	1 770	5 463	6 885	209 %	26 %	389%
Total des PH > 45 ans	628	2740	4 159	336 %	52 %	662%

Source : MDPH51

Si l'on tient compte des seules personnes ayant un droit ouvert à la prestation de compensation du handicap (PCH) ou à l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)<sup>3</sup>, qui concernent les personnes les plus lourdement handicapées nécessitant des aides humaines ou techniques, les plus de 45 ans sont 1 671, en augmentation de 165 % en onze ans. Ils représentent près de la moitié des bénéficiaires. Cette très forte progression est concentrée sur la période 2010/2015. En effet, la création de la PCH en 2005 et son ouverture à de nouveaux handicaps a entraîné un afflux de demandes particulièrement important en début de période.

<sup>3</sup> La PCH s'est substituée à l'ACTP, qui peut toutefois continuer à être versée aux personnes qui en bénéficiaient avant 2006.

**Tableau n° 3 : évolution du nombre de personnes ayant un droit ouvert à la PCH et à l'ACTP**

	au 31/12/2010	au 31/12/2015	au 31/12/2021	Évol° 2010-2015	Évol° 2015-2021	Évol° 2010-2021
45-49 ans	273	338	301	24 %	- 11 %	110 %
50-54 ans	273	368	352	35 %	- 4 %	129 %
55-59 ans	266	373	415	40 %	11 %	156 %
60-64 ans	129	251	298	95 %	19 %	231 %
65-69 ans	33	106	185	221 %	75 %	560 %
70-74 ans	30	35	82	17 %	134 %	273 %
75-79 ans	6	17	24	183 %	41 %	400 %
80-84 ans	1	4	10	300 %	150 %	1 000 %
85-89 ans	-	-	3			
90 ans et plus	-	-	1			
Total tous âges	2 556	3 157	3 380	24 %	7 %	132 %
Total des PH > 45 ans	1 011	1 492	1 671	48 %	12 %	165 %

Source : MDPH51

Les causes de ces très fortes évolutions chez les plus de 45 ans sont multifactorielles et s'expliquent à la fois par l'augmentation du nombre d'entrants et par l'amélioration globale de l'espérance de vie de l'ensemble des bénéficiaires, dus principalement à l'amélioration du dépistage et de la prise en charge médicale. La diminution des décès des suites de traumatismes et d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) ou l'augmentation des troubles psychiques et cognitifs chez les adultes (Alzheimer, dépressions chroniques, etc.) sont également à souligner. Par ailleurs, l'amélioration de l'information permet un meilleur accès aux droits.

### **III - Une population résidant essentiellement à domicile malgré une augmentation de l'offre en hébergement**

#### **A - Une large augmentation des places d'accueil au profit d'un public vieillissant**

**Précaution méthodologique :**

Les données ci-dessous sont issues des tableaux de bords médico-sociaux de l'agence nationale pour l'appui à la performance (Anap) des établissements de santé et médico-sociaux, de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Ces données sont recueillies auprès des établissements sur une base déclarative pouvant être sujettes à aléas quant à la fiabilité des données. Les données collectées permettent néanmoins d'observer les évolutions sur la période.

Les données 2010 n'ayant pas été collectées de manière exhaustive auprès des établissements, il est proposé de ne retenir que l'année 2015 comme année de comparaison avec 2021.

Enfin, certaines données sont fournies par la MDPH51 sur une temporalité différente (2020 au lieu de 2021) sans préjudice de l'analyse des tendances d'ensemble.

Le nombre de personnes accueillies a fortement augmenté sur la période 2015-2021 sur l'ensemble des structures selon les tableaux de bords.

Cette augmentation a prioritairement concerné les personnes âgées de plus de 55 ans en particulier en ce qui concerne les services d'accompagnement médico-social adulte (Samsah).

**Tableau n° 4 : nombre et évolution des personnes accueillies en ESMS par tranche d'âge**

Âge au 31/12/N	2015						2021 (2020 pour Fam, FH et FdV)						évolution en %						
	Mas	Esat	Fam	FH	FdV	SAM-SAH	Mas	Esat	Fam	FH	FdV	SAM-SAH	Mas	Esat	Fam	FH	FdV	SAM-SAH	
20 à 24 ans	6	110	0	0		5	11	165	7	54	28	2	83	50					-60
25 à 29 ans	11	138	17	35	21	5	27	170	20	42	38	6	145	23	18	20	81	20	
30 à 34 ans	15	154	22	29	56	9	22	160	26	24	53	11	47	4	18	-17	-5	22	
35 à 39 ans	11	128	19	29	45	9	25	167	24	23	44	12	127	30	26	-21	-2	33	
40 à 44 ans	12	153	30	31	33	15	23	172	37	34	36	12	92	12	23	10	9	-20	
45 à 49 ans	13	154	22	45	35	12	28	141	25	43	39	9	115	-8	14	-4	11	-25	
50 à 54 ans	17	153	31	39	59	23	38	152	43	41	53	15	124	-1	39	5	-10	-35	
55 à 59 ans	20	71	29	47	40	1	36	114	39	38	50	27	80	61	34	-19	25	2 600	
60 à 74 ans	26	12	40	57	116	5	38	36	70	18	67	27	46	200	75	-68	-42	440	
75 à 84 ans	8	0	1	0	0	1	33	0	1			0	313	-	-			-100	
85 à 95 ans	0	0	0	0	1	0	7	0	0		1	1	-	-				-	
96 ans et plus	0	0	0	0	0	0	1	0	0			0	-	-				-	
<b>Total accueil</b>	<b>139</b>	<b>1 086</b>	<b>211</b>	<b>312</b>	<b>406</b>	<b>85</b>	<b>290</b>	<b>1 283</b>	<b>292</b>	<b>317</b>	<b>409</b>	<b>122</b>	<b>109</b>	<b>18</b>	<b>38</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>44</b>	
Total PSH > 45 ans	84	390	123	188	251	42	181	443	178	140	210	79	115	13	-5	-2	-16	88	

Source : TdB-ESMS et MDPH51, retraité Cour des comptes

La proportion des personnes âgées de plus de 45 ans progresse entre 2015 et 2021, en particulier en Mas, Fam et en Samsah. Il faut également souligner qu'au sein des Esat, si la population reste majoritairement jeune (44 ans et moins), celle des personnes âgées de plus de 60 ans augmente sur la période sous l'effet du recul de l'âge de départ en retraite.

La population des foyers d'hébergement et foyer de vie rajeunit sur la période alors même que le parcours des PSH consiste au passage de l'un vers l'autre arrivé à l'âge de la retraite, l'accueil dans les premiers étant conditionné à l'activité professionnelle et les seconds accompagnant des personnes ne pouvant pas ou plus exercer une activité professionnelle.

La proportion des plus de 60 ans augmente également très fortement au point que dans certaines Mas, comme celle de l'EPSMM, cette population représente la quasi-totalité des résidents.

**Graphique n° 1 : proportion des personnes accompagnées  
par tranches d'âge – 2015 – 2020**



Source : TdB-ESMS et MDPH51, retraité Cour des Comptes

## B - Des PSH et des PSHV très majoritairement à domicile

La très grande majorité des personnes en situation de handicap (PSH) vit à domicile et cette proportion augmente chez les plus de 45 ans sur la période 2010-2020 avec une stabilisation de la part des + de 45 ans à domicile entre 2015 et 2020.

**Tableau n° 5 : nombre et évolution des personnes handicapées  
vivant uniquement<sup>4</sup> à domicile**

	Au 31/12/2010	Au 31/12/2015	Au 31/12/2020	Evol° 2010/2020
Total PSH vivant uniquement à domicile	26 845	38 266	38 883	45 %
Dont PSH âgés + de 45 ans	14 674	24 487	25 700	75 %
Part PSH à domicile	82,3 %	83,7 %	81,6 %	- 1 %
Part des + de 45 ans à domicile	96 %	97,4 %	97,7 %	2 %

Source : département de la Marne et MDPH51, retraité Cour des Comptes

<sup>4</sup> Nombre de personnes ayant un droit ouvert à la MDPH - nombre de personnes en internat en établissement - nombre de personnes en accueil de jour ou hébergement temporaire en établissement.

Au 31 décembre 2020, 66 % des PSH adultes vivant à domicile ont plus de 45 ans (25 700 personnes). L'augmentation de la population concernée est de 75 %, en cohérence avec l'augmentation du nombre de personnes ayant des droits ouverts sur la même période.

La stabilité de la part des personnes vivant à domicile indique qu'en dépit de l'augmentation du nombre de personnes accompagnées entre 2015 et 2021, les personnes en situation de handicap privilégient le maintien à domicile, ce qui s'inscrit dans la continuité des politiques d'accompagnement mises en œuvre tant au niveau local qu'au niveau national. C'est finalement moins d'1 % des personnes handicapées qui sont accueillies en établissements.

Parmi les personnes adultes en situation de handicap vivant à domicile, les 45-60 ans représentent la plus grande part avec 45 % des effectifs recensés au 31 décembre 2020.

**Tableau n° 6 : répartition par âge des adultes en situation de handicap vivant à domicile**

	Au 31/12/2020	Part 2020 en %
20-24 ans	1 993	5,1
25-29 ans	2 021	5,2
30-34 ans	2 480	6,4
35-39 ans	3 005	7,7
40-44 ans	3 684	9,5
45-49 ans	4 998	12,9
50-54 ans	6 130	15,8
55-59 ans	6 372	16,4
60-64 ans	2 946	7,6
65-69 ans	1 581	4,1
70-74 ans	1 149	3
75-79 ans	960	2,5
80-84 ans	834	2,1
85-89 ans	490	1,3
90 ans et plus	240	0,6
<b>Total</b>	<b>38 883</b>	
Total des PSH de plus de 45 ans	25 700	66

Source : département de la Marne, retraité Cour des Comptes

---

**CONCLUSION**

---

*La population des personnes en situation de handicap du département de la Marne connaît, à l'instar de la population nationale, un vieillissement généralisé que ce soit à domicile ou en établissement.*

*La majorité des PSHV vit à domicile mais il est constaté que l'accueil en établissement se fait plus important avec l'avancée en âge.*

*La quantification de la population se heurte néanmoins à une difficile fiabilisation des données tant les sources et modalités de recueil sont multiples et non croisées entre-elles.*

---



## **Chapitre II**

### **Une gouvernance duale du secteur**

#### **I - Les acteurs clés des politiques locales du handicap**

##### **A - 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.

Ces deux acteurs institutionnels doivent individuellement définir des stratégies sanitaires et/ou médico-sociales qui s'adressent aux mêmes publics notamment les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

Ils sont par ailleurs en charge de délivrer les autorisations, tarifier et contrôler les ESMS de leur compétence exclusive ou de compétence partagée. Ainsi, des prestations médicales (temps de médecins, infirmiers et certains actes par exemple) sont financées par « le forfait soin » versé par l'ARS dans les établissements et services sociaux également sous compétence du département.

Ces répartitions de compétences compliquent la coordination des besoins notamment pour le passage du secteur enfant au secteur adulte avec un certain nombre de jeunes de plus de 20 ans maintenus dans le secteur enfant (voir *infra*) faute de places disponibles dans le secteur adulte.

De plus, la logique de répartition apparaît complexe notamment pour les parents de jeunes adultes en situation de handicap. Le parcours d'accompagnement doit être anticipé dans le temps (jeune adulte ; adulte ;

adulte vieillissant) incluant les conséquences du vieillissement pour l'ensemble de la famille et éviter de se retrouver en défaut de solution. Les parents s'inquiètent notamment des conséquences de leur propre vieillissement et disparition.

Or, la répartition des compétences et la distinction entre les ESMS, médicalisés ou non, apparaissent peu logiques et créent une inégalité entre les parents qui peuvent actionner les différents réseaux professionnels et les autres, plus démunis face à « *ce maquis de dispositifs* ».

Ainsi, dans le domaine du handicap, le secteur de l'enfance relève globalement de la compétence exclusive de l'ARS alors que le secteur adulte dépend de la compétence exclusive du département pour les établissements non médicalisés (exemple des foyers de vie). La compétence est conjointe pour les établissements d'accueil médicalisé (dénommés précédemment foyers d'accueil médicalisé Fam) mais la compétence est exclusivement sanitaire (ARS) pour les maisons d'accueil spécialisé (Mas) alors que les publics accueillis sont comparables.

La nouvelle répartition entre les établissements d'accueil non médicalisé (EANM) qui sont des « foyers » de vie ou d'hébergement et les établissements d'accueil médicalisé en tout ou en partie (EAM) n'a pas apporté la simplification attendue. Les établissements ont conservé leur dénomination de « foyer » d'accueil médicalisé (Fam) et les maisons d'accueil spécialisé (Mas) n'entrent pas dans cette répartition.

De même, les Esat qui accueillent des travailleurs en situation de handicap en journée relèvent de la compétence exclusive de l'ARS alors qu'il n'y a pas de prise en charge médicalisée<sup>5</sup>. Par contre, les foyers d'hébergement qui sont réservés à ces travailleurs relèvent de la compétence exclusive des départements. Bien que l'exercice d'une activité professionnelle soit un critère d'entrée dans ces foyers, aucun texte réglementaire n'impose au travailleur en situation de handicap de quitter son hébergement une fois admis à la retraite si son accueil n'est pas incompatible avec son état de santé. Dans la pratique, l'arrivée à l'âge de la retraite et la cessation d'activité professionnelle pour ces travailleurs est souvent synonyme de déménagement vers un autre type d'établissement, ce qui signifie un changement radical de domicile et d'environnement social.

Par ailleurs, la distinction entre les services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad) de compétence exclusive départementale et les Ssiad avec des soins infirmiers de compétence exclusive ARS n'est pas adaptée à la coordination des interventions autour de la personne âgée et/ou handicapée. Le regroupement possible de ces

---

<sup>5</sup> Bien que non médicalisés, les Esat dépendent du représentant de l'État en région car ils relèvent de la question de l'« Emploi » qui est une compétence État.

services en service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) depuis 2005 n'est toujours pas majoritaire et une nouvelle évolution est en cours vers des services autonomie à domicile (SAD)<sup>6</sup>.

Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah) proposent des prestations différentes d'accompagnement à la vie sociale mais avec une dotation soin (financement département/ARS). Cette dotation soin fait défaut aux services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)<sup>7</sup> qui gèrent un centre de ressources spécialisé dans l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes alors que les besoins de diagnostic médical sur les signes de vieillissement et la coordination du parcours de soin s'alourdissent avec l'avancée en âge de tout le noyau familial à domicile et empiètent de plus en plus sur la partie éducative.

**Tableau n° 7 : répartition des compétences ARS/Département pour le pilotage des établissements et services médico-sociaux pour adultes.**

Nomenclature des handicaps décret du 09/05/17	Type d'ESMS	Description	Compétence pour délivrer les autorisations et financement <sup>8</sup>	Coût annuel moyen national à la place <sup>9</sup>
Mas (maison d'accueil spécialisé)	Mas (maison d'accueil spécialisé)	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.	83 891 €

<sup>6</sup> Les Ssiad devraient être obligatoirement adossés à un SAAD.

<sup>7</sup> Certains ont gardé leur ancienne dénomination comme le SAVA (service d'accompagnement à la vie autonome) pour les personnes handicapées. Le SAMO (service d'accompagnement en milieu ouvert) regroupe un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) et un Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (Samsah).

<sup>8</sup> L'ARS est compétente pour la partie soins dans les établissements médicalisés.

<sup>9</sup> Source : CNSA – [Synthèse nationale des coûts à la place des ESMS entre 2017 et 2020](#)

Nomenclature des handicaps décret du 09/05/17	Type d'ESMS	Description	Compétence pour délivrer les autorisations et financement <sup>8</sup>	Coût annuel moyen national à la place <sup>9</sup>
EAM (établissement d'accueil médicalisé en tout ou partie pour personnes handicapées)	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.	55 974 €
EANM (établissement d'accueil non médicalisé pour personnes handicapées)	FV (foyer de vie) ou FO (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).	47 965 €
	FH (foyer d'hébergement)	Assurent l'hébergement des travailleurs handicapés exerçant une activité pendant la journée en milieu protégé ou ordinaire.	Compétence exclusive CD	33 619 €
	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).	14 014 €
	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	Compétence exclusive CD Financement : tarif journalier fixé par le CD	7 425 €

Nomenclature des handicaps décret du 09/05/17	Type d'ESMS	Description	Compétence pour délivrer les autorisations et financement <sup>8</sup>	Coût annuel moyen national à la place <sup>9</sup>
	Samsah (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés)	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 partagée ARS / CD. Financement : tarif journalier fixé par le département ; forfait soin annuel global fixé par l'ARS	17 133 €
	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.	

Nomenclature des handicaps décret du 09/05/17	Type d'ESMS	Description	Compétence pour délivrer les autorisations et financement <sup>8</sup>	Coût annuel moyen national à la place <sup>9</sup>
	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	13 523 €

Nomenclature des handicaps décret du 09/05/17	Type d'ESMS	Description	Compétence pour délivrer les autorisations et financement <sup>8</sup>	Coût annuel moyen national à la place <sup>9</sup>
	SAD	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. Accessibles dès l'âge de 60 ans (sauf dérogation d'âge sur accord du président du conseil départemental) pour les personnes nécessitant des un suivi médical modéré et une aide quotidienne pour effectuer les actes de la vie courante.	Compétence partagée ARS / CD. Tarification tripartite : hébergement (résident) dépendance (CD) et soins (assurance maladie). Le résident peut bénéficier de prise en charge du tarif hébergement grâce à l'aide sociale départementale.	42 705 €

Source : chambre régionale des comptes

## B - 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 du pilotage des ESMS de compétence partagée.

Dans le département de la Marne, les calendriers des documents stratégiques et programmatiques diffèrent. Ainsi, le programme régional de santé (PRS) de l'ARS Grand Est couvre la période 2018-2028, décliné en schéma régional de santé (SRS) 2018-2023, et les schémas départementaux pour les personnes en situation de handicap et personnes âgées (schémas gérontologiques) portent sur les années 2016-2021. La rédaction de nouveaux schémas est en cours pour une adoption en 2023 (période 2023-2028). Des concertations pour la rédaction des documents stratégiques sont néanmoins réalisées entre les acteurs au moment de leur préparation.

Le PRS a connu une révision en 2019 pour intégrer les évolutions du programme « Ma santé 2022 » et les schémas départementaux ont été évalués à mi-parcours. Chacun des documents intègre la dimension des enjeux liés au vieillissement des handicaps que ceux-ci soient innés ou acquis. La révision du SRS est en cours pour la prochaine période 2023-2028, ce schéma devant s'inscrire dans le PRS cadre et ses objectifs.

Ainsi, les visions et ambitions sont construites de manière cohérente en association des différents acteurs du territoire. Néanmoins les contraintes qui pèsent sur les deux pilotes sont très différentes. En effet, l'ARS établit un schéma sans connaître les moyens financiers qui pourront lui être octroyés par les lois de financement de la sécurité sociale et l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) voté annuellement par le Parlement.

*A contrario*, le département détermine son budget sur la base des objectifs qu'il s'est fixés et peut adopter des avenants et affecter les crédits correspondants en fonction des priorités énoncées.

Le rythme d'évolution et de transformation de l'offre ainsi que les contraintes des deux pilotes institutionnels ne sont donc pas nécessairement les mêmes.

Les conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens (CPOM) des organismes relevant de compétence conjointe sont tripartites. En revanche, la stratégie des deux acteurs diverge quant à la contractualisation avec les organismes dont ils assurent seuls la tutelle et qui pourtant concourent à la mise en place de la politique locale en matière d'accompagnement du handicap et du grand âge.

Ainsi, l'ARS a pour stratégie de signer des CPOM avec l'ensemble des organismes et affiche fin 2021 un taux de signature (convention ou

avenant de prolongation) de 67 % pour les structures du champ du handicap et de 52 % pour le grand âge. Ces taux passent respectivement à 93 et 62 % en prenant en compte les signatures programmées pour l'année 2022.

Le département de la Marne n'a pas souhaité s'engager dans ce mode de contractualisation pour sa politique envers les personnes handicapées. Les services ont indiqué privilégier le mode de négociation directe avec les établissements relevant de sa compétence exclusive sans procéder à une formalisation contractuelle.

## **C - La MDPH : de l'ouverture des droits à l'accompagnement individuel**

### **1 - L'information des personnes en situation de handicap, préalable indispensable pour un bon accès aux droits**

La MDPH de la Marne, créée en 2005, est installée à Châlons-en-Champagne. Elle propose neuf points d'accueil répartis sur tout le territoire départemental au sein des circonscriptions de solidarité départementales (CSD).

La maison départementale des personnes handicapées (MDPH), groupement d'intérêt public (Gip) placé sous la tutelle administrative et financière du département, « *exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap* ».

Elle est le guichet unique pour l'ouverture des droits des personnes en situation de handicap et, à ce titre, délivre notamment les orientations vers les établissements et services médicaux-sociaux (ESMS) ainsi que l'attribution d'aides individuelles ou d'allocations. « *Elle (...), assure à la personne handicapée et à sa famille l'aide nécessaire à la formulation de son projet de vie, l'aide nécessaire à la mise en œuvre des décisions prises par la CDAPH, l'accompagnement et les médiations que cette mise en œuvre peut requérir.* »<sup>10</sup>.

L'accueil se fait essentiellement sur rendez-vous suivant les horaires d'ouverture des points d'accueil, par le site internet ou par téléphone. La durée des rendez-vous est normée suivant le type de demande.

En complément, un accueil téléphonique est organisé du lundi au vendredi de 9h à 17h sans interruption (sauf situation exceptionnelle). Tous

---

<sup>10</sup> Article L. 146-3 du CASF.

les appels reçus font l'objet d'une traçabilité sur le logiciel métier. Cet accueil téléphonique est assuré par une équipe composée *a minima* de trois personnes garantissant un taux de « décroché » satisfaisant. Chaque agent reçoit entre 30 et 40 appels par jour.

La MDPH mène également des opérations de communication et de sensibilisation autour du handicap et des droits des personnes. Ainsi, différents outils sont à disposition du public comme des kits sous blister contenant les formulaires de demande, des notices d'information et une liste des pièces à fournir.

Elle réalise des actions de communication telle que la présence à la foire annuelle de Châlons-en-Champagne où une journée est intégralement dédiée à la thématique du handicap. Le site internet lancé en 2021 complète le dispositif avec la délivrance d'informations et de nombreux téléservices comme la mise à disposition d'un annuaire, de dépôt de demandes en ligne ou de contact pour information ou prise de rendez-vous.

Outre l'accueil téléphonique, les agents d'accueil de la MDPH sont polyvalents sur leurs postes et assurent également l'accueil physique ou l'information des usagers à n'importe quelle étape de la constitution du dossier. Ainsi, l'organisme veille à maintenir un niveau de formation suffisant des personnes pour assurer cette polyvalence.

Une équipe pluridisciplinaire pour l'accompagnement des usagers est constituée, encadrée par un coordonnateur. Au 31 décembre 2021, elle représente 23 personnes pour 18,7 équivalents temps plein travaillés (ETPT). L'équipe a vocation à augmenter puisque l'effectif cible est de 22 ETPT.

La construction du parcours des usagers se fait par territoire, les référents (binôme composé d'une infirmière et d'un travailleur social) ayant une connaissance fine du territoire. Chaque binôme suit les situations complexes de son territoire et fait le lien avec le chargé de mission « réponse adaptée pour tous » - RAPT - sur un second niveau d'expertise, en cas de besoin.

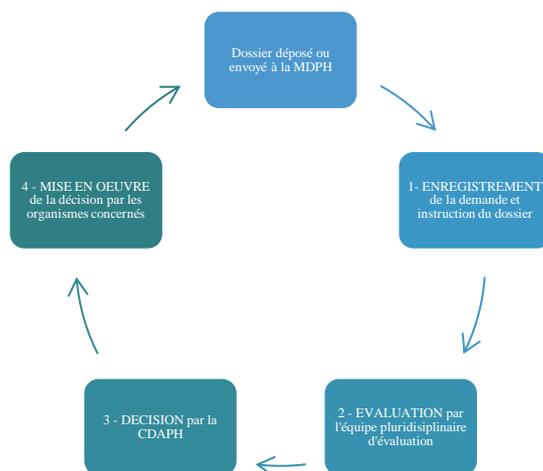
En dehors des accueils dans ses structures, la MDPH a développé un maillage territorial pour accompagner au mieux les usagers dans leur parcours en particulier en matière d'insertion professionnelle (missions locales, associations), pour la continuité des parcours avec la communauté 360 avec le secteur associatif ou enfin l'accompagnement du handicap psychique en qualité de membre de la communauté psychiatrique de territoire (CPT).

## 2 - Les demandes d'ouvertures de droits : un traitement cadré mais souffrant de la complexité des dossiers

La MDPH traite une moyenne de 32 500<sup>11</sup> demandes par an dont la grande majorité correspond à des demandes de carte mobilité inclusion (CMI), de reconnaissance de qualité de travailleur handicapé (RQTH) et d'allocation adulte handicapé (AAH).

La recevabilité des demandes est appréciée par le service accueil pour les dossiers déposés directement dans les permanences. Les dossiers réceptionnés par courrier sont enregistrés par le bureau du courrier du service d'accès aux droits. Le délai de traitement commence à courir à partir du moment de la réception. Il n'est pas suspendu en cas de dossier incomplet et il s'achève à la décision de notification à l'utilisateur.

### Schéma n° 2 : parcours d'une demande d'ouverture de droits à la MDPH.



Source : Cour des comptes

Les assistants du service social de la MDPH peuvent accompagner les personnes dans le dépôt de leur dossier. D'autres acteurs y contribuent tels que les professionnels des maisons sociales du département, les associations, les représentants légaux, les assistants de services sociaux des structures ou les associations tutélaires. Il n'existe pas de dispositif spécifique d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes, ces dernières bénéficiant du même accueil adapté à leur situation que les autres usagers.

<sup>11</sup> Entre 2016 et 2021.

Le traitement des demandes à la MDPH de la Marne suit ainsi un processus qui a été séquencé dans le progiciel métier et qui autorise chacun des trois services (relation aux usagers, accès aux droits et évaluation/compensation) à suivre les dossiers de manière dématérialisée et à savoir à tout instant où en est la demande de l'intéressé.

Point d'entrée de la MDPH de la Marne, le service relation aux usagers (composé de 8,5 ETP cibles) assure en amont l'accueil physique et téléphonique. Le service accès aux droits assure l'interface avec l'utilisateur :

- en amont de la réunion de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), il vérifie la complétude du dossier d'un point de vue administratif et prépare les dossiers pour le service évaluation/compensation chargé d'évaluer la situation de la personne handicapée au regard des éléments ainsi transmis ;
- une fois la décision de la CDAPH rendue, il assure le suivi du dossier et la notification de ses droits à l'utilisateur.

L'organisation transversale mise en place permet de respecter le délai légal de quatre mois imparti par l'article R. 241-33 du code de l'action sociale et des familles (CASF). Le délai moyen de traitement est de 2,9 mois en 2021 pour les dossiers d'adultes et 3,2 mois pour les dossiers d'enfants, en forte réduction depuis 2016.

Une cellule d'orientation et d'évaluation, composée de deux professionnels (un travailleur social et un professionnel de santé) vérifie le caractère prioritaire ou non du dossier, sa complétude et le type d'évaluation nécessaire, selon sa complexité.

La procédure simple prévoit un traitement immédiat par la cellule et transfère au service instruction pour une proposition à la prochaine réunion de la CDAPH. En cas de dossier plus complexe, la situation est renvoyée à l'équipe pluridisciplinaire territorialisée qui réalise des évaluations à domicile, en particulier pour les premières demandes de prestation de compensation du handicap (PCH) ou les demandes de renouvellement impliquant des changements majeurs par rapport à la demande initiale. Des rencontres médico-sociales peuvent être organisées dans le cadre des recours administratifs préalables obligatoires (RAPO) ou en cas de doute sur le taux d'incapacité ou une évolution de celui-ci. Dans ce dernier cas, la personne en situation de handicap peut être entendue à sa demande ou à celle de l'équipe.

En 2022, 30 % des dossiers ont été traités suivant la procédure dite « simple ».

À l'issue de l'instruction, un plan personnalisé de compensation du handicap est élaboré. Ce plan, assorti des observations formulées par la personne, est transmis à la CDAPH pour arrêter les décisions afférentes en termes d'orientation ou de prestations.

Dans le cas où le plan personnalisé ne serait pas réalisable compte tenu de la situation de la personne et de l'absence de solution immédiatement mobilisable, une réponse alternative est formulée en accord avec la personne. Cette réponse est formalisée dans un plan d'accompagnement global (PAG) s'inscrivant dans le dispositif national « réponse accompagnée pour tous » (RAPT). Le département a nommé dès septembre 2017 un référent PAG pour accompagner ces situations spécifiques.

La MDPH de la Marne fait le constat de la complexification des situations pour lesquelles l'offre actuelle ne répond plus aux besoins. Bien que le nombre de PAG reste compris entre 20 et 30 par an, il mobilise largement les acteurs (en 2021, 16 situations ont nécessité 60 réunions) et les crédits non reconductibles octroyés par l'ARS pour inciter à l'accueil des personnes en situation complexe dans les établissements ne suffisent plus pour répondre à la demande. Ainsi, en 2021, sur 35 situations étudiées lors des réunions de synthèse, seulement trois ont abouti à une solution.

Les personnes peuvent être reçues par la CDAPH en formation plénière dès lors qu'elles en font la demande au cours de l'instruction préalable. Elles peuvent également se faire représenter ou se faire assister. La participation des usagers n'a pas été remise en cause par les mesures sanitaires imposées en 2020 et 2021 puisque les séances se sont déroulées par visioconférence.

Le taux d'accord moyen sur l'ensemble des prestations oscille entre 61 et 68 % entre 2016 et 2020.

Au sein du département, les demandes relevant du champ du handicap sont traitées de manière dissociée de celles relevant du champ du grand âge.

Au 31 décembre 2021, 49 484 personnes disposaient de droits ouverts à la MDPH au sein du département dont 55 % étaient âgées de plus de 45 ans et 16 % de plus de 60 ans.

## **II - Des stratégies institutionnelles propres qui identifient clairement la nécessaire adaptation de la prise en charge des PSHV**

### **A - Le schéma régional de santé : vers une logique de parcours inclusif**

#### **1 - La stratégie régionale**

En 2014, l'ARS de Champagne-Ardenne avait identifié le vieillissement des personnes en situation de handicap comme un enjeu dans le cadre de sa stratégie de santé régionale. Sur ce constat, elle a confié à l'antenne Lorraine du Creai Champagne Ardenne la réalisation d'une étude pour identifier les besoins et l'adaptation des réponses à destination des personnes en situation de handicap vieillissantes<sup>12</sup>.

En effet, l'ARS Champagne-Ardenne avait défini dans son projet régional de santé 2012-2017 un domaine d'action spécifique autour du handicap et du vieillissement avec comme priorités la connaissance des besoins et leur évolution d'une part et, d'autre part, l'adaptation et la continuité de prise en charge des personnes handicapées et personnes âgées tout au long de la vie. Il était ainsi clairement affiché une volonté de traiter dans une logique de parcours les personnes relevant des champs du handicap et du grand âge sans dissociation.

L'étude du Creai, réalisée uniquement auprès des personnes vivant en établissement, révèle une grande disparité des besoins et attentes des PSHV suivant le type de handicap et leur parcours. L'avancée en âge est plus souvent synonyme d'intensification des besoins d'accompagnement couplée à l'apparition de besoins nouveaux en particulier chez les personnes présentant des troubles de la motricité en déficience principale ou associée à une déficience intellectuelle, ou chez les personnes en situation de handicap psychique. Néanmoins l'enquête souligne également que pour un tiers de la population étudiée, indépendamment du handicap, l'avancée en âge ne s'accompagne pas par l'apparition de nouveaux besoins ni l'intensification des besoins existants. Il ne peut donc être fait de généralité sur les situations individuelles mais il est nécessaire de considérer les parcours individuels de chaque personne pour répondre au mieux aux attentes.

---

<sup>12</sup> *L'avancée en âge des personnes en situation de handicap dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux : Identification des besoins et adaptation des réponses*, Creai Champagne Ardennes, février 2015, <https://creai-grand-est.fr/etude/pdf/etude-phv-2014>.

Concernant les typologies d'établissements d'accueil, l'avancée en âge signifie souvent un changement de lieu d'hébergement avec une forte diminution des accueils en Esat et en foyer après 55 ans et une montée d'accueil en Ehpad passé cet âge, avec, à partir de 75 ans, la présence de 60 % des PSHV accueillies dans ce type d'établissement. L'enquête souligne également une entrée très précoce en Ehpad, bien avant l'âge moyen observé pour des personnes sans handicap préexistant.

Concernant les réponses aux besoins, l'enquête souligne un déséquilibre du territoire marnais, concentrant les établissements et services dans les pôles urbains et des difficultés de financement et d'aménagement des locaux représentant un frein à l'accueil ou la mise en place d'accompagnements adaptés.

Enfin, l'enquête souligne les initiatives en place dans la région Champagne-Ardenne mais également au-delà, qui permettent d'améliorer le parcours des personnes. Le conventionnement avec des établissements et services partenaires reste la solution la plus couramment mise en place. Il permet l'intervention de services hospitalier au sein des établissements qui sont dépourvus d'offre médicalisée ou spécialisée (infirmier, consultations psychiatriques etc.). Quelques établissements ont développé des unités de petite capacité avec un projet spécifique d'accueil et une organisation plus souple. Des Esat ont mis en place des réductions de temps de travail couplés à des accueils de jour pour assurer une transition vers le passage à la retraite. L'enquête souligne qu'en dépit des adaptations d'organisations mises en œuvre, celle de l'augmentation des effectifs (soignants ou éducatifs) reste la moins prévalente en raison des contraintes de financement du secteur, alors même qu'elle permettrait une plus grande adaptation des accompagnements.

Le projet régional de santé (PRS) 2018-2028 coconstruit par l'ARS et ses partenaires et les acteurs de la santé, basé sur une évaluation des PRS 2012-2017 des trois régions réunies et un diagnostic territorial, se décompose en un cadre d'orientation stratégique (COS) à dix ans et un schéma régional de santé (SRS) à cinq ans. Publié en 2018, il a été révisé en 2019 afin de tenir compte des orientations de « Ma santé 2022 », favorisant le décloisonnement et la réorganisation des soins.

Le COS définit trois objectifs (diminuer la mortalité évitable, assurer un égal accès aux soins et promouvoir un système de santé efficient) déclinés en huit axes stratégiques. Les principaux axes concernant les PSHV sont les axes stratégiques quatre, « faire évoluer le système de santé dans une logique de parcours », selon une logique de fluidification de ceux-ci et d'offre graduée et cinq, « améliorer l'accès aux soins et l'autonomie des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de fragilité sociale », en renforçant pour les PH la prévention et l'éducation à la santé, en garantissant l'accès aux soins, en accompagnant le développement de leur autonomie dans une logique inclusive.

Le COS constate que la moyenne d'âge des personnes en situation de handicap s'accroît et identifie la nécessité de mettre « l'accent sur certaines populations (personnes handicapées vieillissantes, etc.) ». Il acte la nécessité de prévenir les ruptures de parcours accélérant la dégradation du niveau d'autonomie par la prévention, le repérage et la construction de réponses adaptées et évolutives surtout au point de passage que peut être le vieillissement du travailleur handicapé.

Le SRS 2018-2023 du Grand Est identifie dix programmes prioritaires liés au parcours de soins dont un concerne spécifiquement les personnes en situation de handicap et huit programmes liés à la transformation de l'organisation de l'offre de soin comprenant l'offre médico-sociale pour les personnes en situation de handicap. Les objectifs concernant les PSHV sont de :

- doubler le nombre de personnes bénéficiant d'un projet spécifique PSHV parmi la population de plus de 45 ans accueillie en établissements et services médico-sociaux, en développant « *au niveau de chaque département des solutions d'accompagnement pour PSHV en proximité, lisibles, complémentaires et coordonnées avec des compétences mutualisées entre structures d'un même gestionnaire et des passerelles entre les secteurs (social/médico-social) « personnes âgées » et « personnes handicapées »* » ;
- améliorer l'accès à la santé des personnes en situation de handicap, conformément à la charte « Romain Jacob », en poursuivant le recensement des bonnes pratiques, la coordination des acteurs du soin ;
- « *reconnaître et valoriser l'expertise des personnes handicapées, des aidants et leur apporter le soutien nécessaire* » en structurant une offre de répit au service des aidants (accueil temporaire, de jour, de nuit) dans une organisation territoriale structurée et coordonnée selon une dynamique partenariale entre acteurs en amont et en aval.

Ainsi, depuis le début du PRS, l'ARS a augmenté le nombre de places d'accueil de handicap adulte, pour rattraper le déficit territorial et développé des unités spécifiques d'accueil de PSHV dans les Ehpad (voir ci-dessus). Ces objectifs d'évolution de l'offre sont inscrits dans le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), outil de programmation régional et pluriannuel de l'offre médico-sociale. Il détermine les priorités de financement des créations, extensions et transformations de places en établissements et services médico-sociaux à destination des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Il envisage les opérations et leur financement pour les quatre années à venir. L'ARS l'actualise chaque année.

La démarche partenariale pour répondre aux besoins des personnes en situation de handicap vieillissantes est mise en avant dans le cadre des CPOM signés avec les établissements d'une part, et, d'autre part par la mise en place des communautés 360 qui permettent, selon l'ARS, d'accompagner la logique de parcours.

## **2 - Le département de la Marne dans le SRS**

Le SRS traite de l'intégralité de la région sans qu'il n'existe de déclinaison territoriale dans les documents stratégiques de l'ARS.

Un portrait est réalisé sur chaque territoire de santé permettant d'identifier la démographie locale ainsi que l'offre de santé tant libérale qu'en établissement et les comportements des personnes en matière de soins. Néanmoins ces portraits ne ciblent pas un département spécifique, les territoires de santé ne correspondant pas aux frontières administratives départementales.

De plus, ces portraits sont une photographie à un instant précis ayant permis de déterminer les besoins pour l'élaboration du SRS global sans qu'une mise à jour ne soit opérée.

Ainsi, il n'existe pas d'objectif spécifique au département de la Marne dans le SRS de l'ARS, celui-ci respectant son approche globalisée et transversale du parcours des patients.

## **B - Les schémas départementaux**

Les articles L. 312-4 et L. 312-5 du CASF définissent le cadre des schémas adoptés par les conseils départementaux concernant les politiques départementales en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Le schéma d'action en faveur des personnes handicapées du département de la Marne pour la période 2016-2021 a été élaboré de façon partenariale réunissant 143 acteurs de l'offre sociale et médico-sociale, sanitaire (organismes d'assurance sociale et de retraite, bailleurs sociaux, villes, communes, associations, etc.) répartis en six groupes de travail réunis sur 24 demi-journées. Il a été adopté par le conseil départemental le 4 novembre 2016.

Tenant compte du contexte socio-démographique, des données produites par la MDPH, du bilan du schéma 2005, les orientations stratégiques en faveur des PSHV et plus particulièrement de leur accompagnement ont été définies. Des fiches actions (comme la fiche 3.4.3) proposent de développer l'accueil de jour des travailleurs en Esat

hébergés en foyers en facilitant la mise en œuvre des temps partiels par le développement d'accueils de jour au sein de ces foyers, ou pour les travailleurs non hébergés en actant qu'une place d'Esat peut être occupée par plusieurs temps partiels ou en organisant le temps libre par des activités internes ou ouvertes sur l'extérieur (groupes d'entraide mutuelle, clubs du troisième âge, etc.).

La fiche 3.4.4 prévoit l'accompagnement de l'après foyer d'hébergement pour les retraités des Esat en révisant le projet de vie au moins un an avant la retraite, en redéfinissant leurs aspirations, en mettant en œuvre des temps de transition et en organisant un service de suite pour les retraités d'Esat non hébergés pour limiter le risque d'isolement.

Enfin d'autres fiches envisagent le développement d'un accueil spécifique en Ehpad surtout pour les personnes déficientes intellectuelles sur des modèles existants portés par l'association « les Papillons blancs » et le centre hospitalier universitaire (CHU) de Reims ou la diversification des solutions de soutien et de répit aux aidants.

Ces fiches définissent le public visé, le ou les pilotes, les partenaires associés et des indicateurs. Cependant l'existence de deux schémas distincts pour une population à la jonction des deux politiques locales démontre bien la difficulté pour les pouvoirs publics locaux d'appréhender la situation et de développer une offre décloisonnée en réponse aux besoins.

### **III - Des moyens financiers importants alloués aux politiques du handicap et peu de moyens supplémentaires pour les PSHV**

Les moyens financiers importants consacrés aux politiques du handicap par les financeurs ne permettent toutefois pas de faire face à une demande croissante, estimée à partir des droits ouverts par la MDPH.

Par ailleurs, peu de crédits sont fléchés au profit des PSHV et les financements accordés aux places dédiées ne sont pas ou marginalement majorés pour tenir compte des spécificités des prises en charge.

## A - Au sein de l'ARS, des financements sous contrainte et non ciblés pour les PSHV

### 1 - Le financement des établissements et services

Les enveloppes de l'ARS sont présentées au niveau régional et ne sont pas déclinées au niveau de chaque territoire dans les éléments transmis au cours de l'enquête. Néanmoins, il est constaté une augmentation des dotations régionales limitatives (DRL), destinées à financer les mesures en faveur des personnes en situation de handicap en établissement.

Sur la période, un effort est fait quant à l'installation de places nouvelles, en particulier entre 2018 et 2019. Cet effort s'est particulièrement concentré sur les places adultes dont les taux d'équipement de la région, notamment dans le département de la Marne, étaient en dessous des moyennes nationales.

**Tableau n° 8 : crédits de tarification des ESMS PH dans la région Grand Est (en milliers d'euros)**

	2017	2018	2019	2020	2021	évol°
Base au 1 <sup>er</sup> janvier N	1 020 801	1 037 163	1 054 330	1 077 175	1 097 347	7 %
+ Actualisation	7 452	9 169	7 907	10 077	8 880	19 %
+ Mesures nouvelles	8 711	6 478	10 967	10 095	12 129	39 %
<i>dont installation de places (adultes et enfants)</i>	<i>3 787</i>	<i>4 699</i>	<i>9 468</i>	<i>9 895</i>	<i>3 273</i>	<i>-14 %</i>
<i>dont situations critiques et prévention départs en Belgique</i>	<i>700</i>	<i>1 500</i>	<i>1 500</i>			
+ CNR	498	480	770	32 464	2 120	326 %
Total	1 037 463	1 053 290	1 073 976	1 129 811	1 120 476	8 %

Source : ARS Grand Est

L'instruction interministérielle du 12 avril 2022<sup>13</sup>, relative aux orientations de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées pour l'exercice 2022, prévoit une actualisation des dotations régionales limitatives (DRL) des ARS de 0,46 % pour le secteur PH et 0,47 % pour le secteur PA, ce qui est en deçà des taux précédemment pratiqués.

<sup>13</sup> N° DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/DESMS /2022/108.

Les budgets de l'ARS ne prévoient aucun financement en faveur des personnes en situation de handicap vieillissantes. Si dans les budgets de 2017 et 2020 la création de 18 et 6 places spécifiques dans des établissements relevant du champ du handicap est prévue, celles-ci ne sont pas assorties de financements dédiés.

La création de ces places à coût constant dans les établissements relevant du champ du grand âge (Ehpad) se fait également à coût constant bien que figurant dans les CPOM des structures concernées. Cette situation pénalise d'autant plus la personne accueillie et sa structure d'accueil que le calcul de financement des Ehpad se fait sur une double évaluation de la dépendance (grille Aggir) et somatique (grille Pathos) de la personne âgée de plus de 60 ans.

En cas d'entrée avant 60 ans, le résident en situation de handicap ne peut donc pas être évalué pour abonder les calculs des dotations soins et dépendance. Avant cet âge un tarif dérogatoire est appliqué, équivalent à un tarif hébergement augmenté d'un forfait dépendance correspondant environ à une dépendance moyenne. En revanche, aucun financement ne vient compenser la charge en soins de ces personnes, dont les besoins peuvent être importants et évolutifs. Ainsi, l'accueil des personnes en situation de handicap vieillissantes en Ehpad peut représenter une charge financière pour l'établissement suivant leur situation individuelle qu'il est difficile d'absorber si leur nombre est trop important.

Pour la personne hébergée, en dépit des adaptations organisationnelles réalisées l'établissement d'accueil, les montants alloués par rapport aux financements dont il bénéficiait antérieurement peuvent se traduire par un accompagnement diminué, notamment en matière éducative.

## **2 - Les crédits non reconductibles (CNR), une variable d'ajustement non pérenne et également contrainte**

Les CNR sont réservés à des opérations de soutien financier ponctuel, d'investissement ou organisationnel, limitées dans le temps. Ils ne permettent pas de faire évoluer l'offre, sauf pour des jointures éventuelles, dans l'attente de crédits pérennes sur les enveloppes budgétaires. Ils sont alimentés par des enveloppes nationales et par des marges de manœuvres régionales dégagées au cours de l'année, notamment la refacturation des séjours des jeunes adultes relevant de l'amendement Creton au département<sup>14</sup> ou encore la non réalisation d'action prévues au budget.

---

<sup>14</sup> Dans le cas où des jeunes sont maintenus au-delà de la limite d'âge dans le cadre des amendements Creton dans des établissements financés par dotation de l'assurance

Ainsi, au cours de l'année, au budget global fixé par la DRL peuvent se rajouter des financements par des CNR issus des marges de manœuvre locales.

À titre d'exemple, des CNR peuvent être alloués aux Ssiad, au titre de leurs places PH, pour du renfort humain ce qui a été le cas en 2019 (création d'une place PSH en Ssiad – 15 000 €). Néanmoins, ce mode de financement n'étant pas toujours pérennisé dans les dotations ultérieures, il ne permet pas de fidéliser le personnel dans le contexte des recrutements contraints ou encore d'assurer un accompagnement pluriannuel des personnes, faute de disposer d'assurance de financement à long terme.

#### *a) Les situations critiques et la prévention des départs en Belgique*

Des CNR sont également utilisés pour le financement des situations critiques et la prévention des départs en Belgique.

Les crédits versés dans le cadre de l'accueil des situations critiques aux établissements se concentrent essentiellement envers le secteur enfant. Au niveau de la région, les montants effectivement versés au cours des exercices 2016 à 2021 représentent des montants partant de moins de 1 M€ pour atteindre 1,7 M€ en fin de période. Dans la Marne, ces montants concernent uniquement cinq établissements par an entre 2020 et 2022 pour un montant compris entre 200 000 et 290 000 € annuels.

Les actions de prévention des départs en Belgique représentent un enjeu important pour cette région frontalière dont le déficit en places d'accueil oblige parfois au départ des personnes comme solution de dernier recours. Les financements au niveau régional sont ainsi conséquents, issus des plans nationaux, avec une moyenne d'un peu plus de 1 M€ par an en moyenne pour l'ensemble du territoire.

#### *b) Les communautés 360*

Mises en place lors de la conférence nationale du handicap le 11 février 2020, les communautés 360 ont pour objectif de proposer un parcours de soin individualisé à chaque personne suivant ses besoins par l'action partenariale décloisonnée.

---

maladie, ces derniers perçoivent en parallèle un financement de la part des services départementaux. Cette situation conduisant à des recettes supplémentaires pour l'établissement, l'ARS procède à une régularisation au travers d'une diminution des dotations versées l'année suivante.

Cette logique de parcours, un des axes fort du PRS de la région Grand Est, se traduit dans le budget de l'année 2020 par la mise en place de dix communautés pour un financement de 500 000 € de sorte à « *permettre une souplesse accrue dans le développement des solutions répondant aux besoins les plus prégnants et aux situations complexes sur chaque territoire* ». En 2021, le budget prévoit 890 196 € au titre de ces dispositifs dont 490 196 € pour l'installation des équipes territoriales et 400 000 € pour le recrutement d'assistants projets et parcours de vie.

Ces mesures s'articulent avec les mesures prises en vue de la prévention des départs en Belgique sur le territoire.

L'appel à manifestation d'intérêt (AMI) pour désigner les pilotes s'est déroulé sur le second semestre 2022.

#### *c) L'aide aux aidants*

L'aide aux aidants est identifiée par l'ARS comme un enjeu important du maintien à domicile des personnes en situation de handicap et des personnes âgées. Le financement des actions se fait donc conjointement avec une enveloppe de 17,5 M€ en 2020 répartie entre le secteur handicap (5,5 M€) et grand âge (12 M€) pour l'ensemble de la région.

### **3 - À l'échelle du département, des créations de places soutenues financièrement**

L'analyse des données de financement de la base de suivi de l'exécution et de la programmation pluriannuelle des installations et des autorisations (SEPPIA) permet d'identifier la démarche volontariste de l'ARS de créer des places dans le département de la Marne. Ces projets sont inscrits annuellement dans le PRIAC évoqué précédemment.

Ainsi, il est à noter un effort financier de création de places en mesure nouvelle de plus de 5 M€ à égale proportion entre le secteur handicap adulte et le secteur personnes âgées, finançant essentiellement des Ehpad et des Fam. Néanmoins, si l'effort financier est quasi identique pour les deux secteurs, le nombre de places créées est plus que deux fois supérieur pour le secteur grand âge que pour celui du handicap, mettant ainsi en relief les écarts importants de financement rapporté à la place.

**Tableau n° 9 : financement ARS des créations de place  
dans le département de la Marne (par année de réalisation)**

Catégorie de public		2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total général
PH Adultes	Nb Places	65	1	4	2	1	18	91
	Montant en €	1 733 428	340 934	145 873	139 178	15 000	542 060	2 916 473
Personnes âgées	Nb Places	42	30	78	45	14	32	241
	Montant en €	486 720	298 224	767 848	510 909	462 518	248 546	2 774 765
Total Marne	Nb Places	107	31	82	47	15	50	332
	Montant en €	2 220 148	639 158	913 721	650 087	477 518	790 606	5 691 238
Total Région	Nb Places	1 087	796	507	553	1 243	529	4 714
	Montant en €	21 215 846	14 711 513	8 520 242	16 355 767	19 941 491	8 811 101	89 556 260

Source : base SEPPIA de la CNSA, retraité CRC Grand Est

Sur la même période, 42 places pour l'accueil de PSHV ont bénéficié de financement de la part de l'ARS. Toutes sont localisées dans des Fam de Châlons-en-Champagne, 40 places ont été créées *ex-nihilo* en 2016 et deux autres par transformation de l'offre en 2018 pour un montant total de 1 134 291 €.

Avant 2016, toujours dans des Fam, la création de 13 places avait été financée en 2010 à Reims et huit places à Sainte-Menehould pour un montant total de 550 000 €.

Aucune place PSHV installée en Ehpad n'a fait l'objet d'un financement complémentaire au niveau du territoire de la Marne pour leur création, transformation ou fonctionnement quotidien.

## **B - Des efforts financiers importants au profit du handicap mais sans crédits fléchés pour le département**

Le département consacre des moyens financiers importants à la politique du handicap adulte. Sur la base du compte administratif 2021, les dépenses de fonctionnement correspondantes représentent près de 17 % de ses charges de gestion.

Ces moyens sont répartis suivant deux axes principaux :

- l'accompagnement en établissement représentant près de 56 % avec comme dépense principale le financement des foyers de vie et d'accueil médicalisé ;
- l'accompagnement à domicile, pour 41,2 %, avec le versement des aides et prestations de compensation, mais également le financement des services d'aide à domicile ;

Près de 3 % des dépenses sont consacrées à des dépenses diverses, en particulier à destination de la MDPH.

Les aides au financement de l'accueil des PSHV en Ehpad représentent 1,5 % des dépenses, soit un peu plus de 1 M€.

Les charges relatives à l'accueil en établissement progressent peu entre 2017 et 2021 (+ 4 %) en dépit des créations de places sur le territoire. La principale augmentation a lieu entre 2017 et 2018.

**Tableau n° 10 : budget handicap – handicap adulte - 2021**

Chap	Nature	Libellé Programme / Opération	CA 2021	Part
Dépenses Personnes Handicapées Domicile				
65	6511211	PCH + de 20	15 498 779,94	21,5 %
65	6511212	PCH - de 20	4 855 223,24	6,7 %
65	651122	ACTP	3 842 818,75	5,3 %
65	6514	Aide à domicile légale - services ménagers	355 916,36	0,5 %
65	6574	Subvention aux Saad compensation de l'avenant 43	77 603	
65	6514	Aide à domicile - portage de repas	18 331,40	0 %
65	65242	SAVS - Samsah	5 032 571,82	7 %
65	6568	Financement du Fond de Compensation du Handicap (MDPH)	10 000	0 %
		Sous total	29 691 244,51	41,2 %
Dépenses Personnes Handicapées - Établissements				
65	65242	Hébergement en Foyers d'Hébergement	7 143 159,68	9,9 %
65	65242	Hébergement en Foyers de vie et d'accueil médicalisé	31 360 340,74	43,5 %
65	65243	Hébergement en Ehpad	1 049 676,87	1,5 %
65	6522	Hébergement en Accueil familial	754 836,82	1 %
		Sous total	40 308 014,11	55,9 %
Dépenses Personnes Handicapées - Divers				
65	65738	MDPH - Subvention d'équilibre	1 133 176,61	1,6 %
014	7498	MDPH - Reversement financement CNSA	966 823,39	1,3 %
011	6228	Divers (rémunération du prestataire)	5 876,53	0 %
		Sous total	2 105 876,53	2,9 %
		Total Budget Handicap	72 105 135,15	100 %

Source : département de la Marne

## 1 - Les aides directes versées aux PSH pour compenser le handicap

Les personnes en situation de handicap (PSH) peuvent bénéficier de différents financements directs suivant leurs besoins et leur situations individuels appréciés par la MDPH.

Ces aides ont pour vocation de financer les mesures de compensation du handicap. Jusqu'en 2006, une allocation de compensation tierce personne (ACTP) était versée. À partir de cette date elle a été remplacée par la prestation de compensation du handicap (PCH) qui permet de financer des « aides humaines » et des « aides techniques ».

Comme évoqué précédemment, le nombre de bénéficiaires de ces aides croît sur la période, en particulier chez les plus de 45 ans, ce qui s'accompagne d'une progression des montants versés.

L'ACTP étant une aide ancienne, la majeure partie des bénéficiaires ont plus de 45 ans et cette aide diminue sur la période 2017-2021, progressivement remplacée par la PCH.

**Tableau n° 11 : montants de PCH adulte et ACTP versés sur la période (en M€)**

	2017	2018	2019	2020	2021	Évolution
ACTP	4,60	4,38	4,23	4,08	3,84	- 16 %
PCH adulte	11,56	12,46	13,63	14,05	15,49	+ 34 %
<b>Total</b>	<b>16,16</b>	<b>16,84</b>	<b>17,86</b>	<b>18,13</b>	<b>19,33</b>	<b>+ 20 %</b>

Source : département de la Marne, retraité CRC GE

Pour les seules PSH âgées de 45 ans et plus, la progression en volume financier est de près de 13 % sur la même période<sup>15</sup>. Cependant, une croissance du montant moyen alloué par bénéficiaire sur les tranches d'âge 60-80 ans est observée.

<sup>15</sup> Montants versés aux personnes ayant 45 ans et plus en 2017 et toujours présentes dans le dispositif en 2021.

**Tableau n° 12 : montant moyen de PCH perçu par tranche d'âge par année**

En €	2017	2018	2019	2020	2021	Moyenne individuelle par tranche d'âge
<b>45-49 ans</b>	6 750,92	5 810,68	6 242,88	5 910,27	7 233,44	6 389,64
<b>50-54 ans</b>	6 668,76	6 041,40	6 031,23	6 312,46	6 415,20	6 293,81
<b>55-59 ans</b>	6 593,92	6 279,68	6 893,95	6 692,60	6 401,91	6 572,41
<b>60-64 ans</b>	5 736,80	6 042,80	6 548,39	5 796,59	6 053,44	6 035,60
<b>65-69 ans</b>	10 470,93	8 878,18	7 490,91	7 054,44	6 657,95	8 110,48
<b>70-74 ans</b>	6 704,43	8 062,74	9 206,83	9 055,81	7 748,84	8 155,73
<b>75-79 ans</b>	6 046,79	5 783,59	7 751,29	9 028,25	8 645,69	7 451,12
<b>80-84 ans</b>	8 409,16	6 796,48	6 612,53	5 200,20	7 681,06	6 939,89
<b>85-90 ans</b>		1 408,20	15 712,56	7 444,09	3 269,11	6 958,49

Source : département de la Marne, retraité CRC GE

Arrivées à l'âge de 60 ans, les PSH ont la possibilité de demander à bénéficier de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) à domicile mais celle-ci est moins avantageuse financièrement car elle ne couvre pas jusqu'à 100 % des dépenses engagées contrairement à la PCH.

Dans le cas d'un accueil en établissement, la PCH est plafonnée à 10 %. Si l'établissement d'accueil relève du grand âge (Ehpad) l'utilisateur basculera vers le dispositif d'APA en établissement versée sous forme de dotation auprès de la structure. L'utilisateur ne bénéficiera donc plus de la PCH. Cette situation conduit à la diminution des volumes financiers dans l'enveloppe PH transférés vers l'enveloppe grand âge.

## 2 - Les charges d'accueil en établissement

Pour être valablement appréciée, la participation des usagers, allocataires de l'AAH, doit se déduire des charges d'accueil en établissement. En effet, en cas d'admission à l'aide sociale à l'hébergement en Ehpad d'une personne dont le handicap a été reconnu avant l'âge de 60 ans et/ou ayant précédemment été accueillie dans un établissement relevant du champ du handicap, 70 % de l'AAH est reversée au département. Ainsi le coût net annuel est de 27,4 M€ en 2021 avec une progression de 5,5 % sur la période.

En revanche, la charge des PSHV la plus importante dans le volume global des charges nettes, est en légère diminution sur la même période (- 1,4 %).

La diminution des charges reste néanmoins bien moins importante que la diminution du nombre de journées, alimentée par trois facteurs.

En premier lieu, par le fait que les foyers d'hébergement, qui, en 2019 et 2021, ont représenté 87 % et 84 % du nombre de journées en moins, ne poursuivent pas l'accueil, une fois atteint l'âge de retraite des travailleurs. Ainsi, ces résidents de plus de 45 ans auraient trouvé place dans les dispositifs des Ehpad et des SAVS renforcés.

En deuxième lieu, parce que les décès des personnes de plus de 45 ans ne sont pas nécessairement compensés par le même nombre de personnes de 44 ans accédant à cette tranche d'âge supérieure ou par des admissions de PSHV en provenance du domicile.

En troisième lieu, par les hospitalisations de longue durée dans des cas spécifiques, comme les foyers accueillant des personnes souffrant de handicap psychique. À titre d'illustration, pour l'année 2018, la MARPHA de Sompuis (- 951 journées) a pu connaître des hospitalisations de longues durées, les foyers accueillant des personnes présentant des problèmes psychiatriques connaissant des hospitalisations de plusieurs mois ou années. Dans ce cas, une partie des frais d'hébergement, déduction faite du forfait journalier d'hospitalisation<sup>16</sup>, reste dû à l'établissement d'accueil pendant toute la durée du séjour hospitalier.

Enfin, les dépenses en établissement couvrent également les charges des résidents hors département et Belgique (9,6 M€ en 2021). Les frais de séjour de ces derniers, quoique peu nombreux, sont plus onéreux qu'en France et les personnes connaissent moins d'absences liées aux séjours en famille du fait de l'éloignement géographique.

**Tableau n° 13 : évolution des dépenses d'hébergement des PSH prises en charge par le département (2017-2021)**

En-€	2017	2018	2019	2020	2021	2021/2017 En %
Dépenses totales tarifs journaliers	26 009 936	25 813 321	24 992 350	24 875 005	27 442 410	5,5
Nombre de journées + 45 ans	145 332	140 163	136 785	133 051	129 691	- 10,8
Coût annuel + de 45 ans	15 411 509	15 215 273	15 243 892	15 124 456	15 193 418	- 1,4
Part des + de 45 ans en %	59	59	61	61	55	

Source : département de la Marne, retraité CRC GE

<sup>16</sup> 18 € (20 € en 2022) en cas d'hospitalisation en service somatique, 13,50 € (15 € en 2022) en service psychiatrique .

**Tableau n° 14 : les dépenses nettes d'hébergement des PSH (2017-2021)**

Montant total des dépenses par type d'établissement (En €)	2017	2018	2019	2020	2021	Variation globale 2017-2021 En %
Fam	5 499 042	5 343 936	5 989 380	5 345 042	6 304 246	14,6
FV/Fam	11 304 798	11 710 805	11 185 117	11 489 856	11 148 270	- 1,4
FV	2 111 449	2 160 025	2 138 916	1 916 800	2 309 920	9,4
FV/FH	761 801	911 293	1 014 176	980 951	1 132 099	48,6
FH	6 332 845	5 687 263	5 907 779	5 142 355	6 547 874	3,4
TOTAL	26 009 936	25 813 321	26 235 368	24 875 005	27 442 410	5,5

Source : département de la Marne, retraité CRC GE

### **C - À la jonction de l'ARS et du département : la conférence des financeurs, outil sous-utilisé pour la prévention de la perte d'autonomie chez les PSHV**

Les conférences des financeurs ont été introduites par la loi d'adaptation de la société au vieillissement (dite ASV) en 2015. Elles regroupent au sein de chaque département les financeurs œuvrant dans le champ du handicap et du grand âge avec comme objectif de coordonner les actions de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de plus de 60 ans. Depuis 2019 et la loi pour l'évolution du logement, de l'aménagement et du numérique, ces conférences sont compétentes pour les questions relatives à l'habitat inclusif et leur financement.

Au sein du département de la Marne, la conférence des financeurs, regroupant les différents acteurs du territoire<sup>17</sup>, est installée depuis 2017. Selon le département, cette conférence se concentre sur le financement de projets à destination des personnes âgées et non des personnes en situation de handicap. Cette situation illustre une nouvelle fois la difficile synthèse entre les deux secteurs dont les problématiques sont conjointes. De plus, la démarche volontariste du département dans le développement de l'habitat inclusif pourrait s'inscrire dans les travaux de la conférence des financeurs pour une meilleure coordination des acteurs locaux.

<sup>17</sup> Département, ARS, MSA, caisse d'assurance retraite et de la santé au travail - CARSAT-, Mutualité Française, CPAM, Agirc-Arrco, régime social des indépendants -RSI-, agence nationale de l'habitat (ANAH).

---

## CONCLUSION

---

*Le secteur du handicap connaît une pluralité d'acteurs aux logiques et contraintes divergentes. Les établissements et services peuvent exercer leur activité sous la tutelle conjointe ou exclusive de l'ARS et du département ce qui complexifie le parcours des personnes et de leurs aidants parfois démunis.*

*La MDPH assure son rôle d'information et d'orientation des personnes. Les demandes sont instruites dans des délais courts et le travail partenarial avec les associations du secteur est organisé pour répondre aux besoins des usagers.*

*Les moyens financiers à destination des personnes en situation de handicap sont importants tant pour l'ARS que pour le département. Cependant les financements destinés à soutenir l'accueil et l'accompagnement des PSHV demeurent limités voire inexistantes comparés au volume financier d'ensemble.*

*Le fonctionnement en silo des financements et des tutelles dissociant secteur enfant et adulte d'une part et d'autre part secteur grand âge, limite la réalisation de mesures coordonnées d'accompagnement tout au long du parcours de vie des personnes.*

---



## **Chapitre III**

### **Les parcours résidentiels des personnes en situation de handicap vieillissantes**

Le parcours résidentiel des personnes en situation de handicap vieillissantes peut prendre diverses formes. Il s'entend comme le parcours à domicile, avec des aides financières, techniques et humaines comme le parcours en établissement, médicalisé ou non. Les développements ci-dessous présentent les trois parcours résidentiels d'origine des personnes en situation de handicap, puis les besoins liés à l'âge qui peuvent émerger.

#### **I - Le parcours des personnes confrontées à la réalité de l'offre**

##### **A - Une offre en augmentation mais concentrée sur les pôles urbains**

Le taux d'équipement en ESMS en 2021 pour personnes handicapées du département de la Marne est globalement supérieur aux taux nationaux en particulier pour les Esat. Cette situation s'inscrit dans une démarche volontariste de création de places en particulier sur le secteur dit « médicalisé » comme les foyers d'accueil médicalisé (Fam) et les établissements d'accueil médicalisé (EAM). Cela représente la création de six structures et 170 places entre 2013 et 2021.

**Tableau n° 15 : places en ESMS pour adultes handicapés dans la Marne en 2021 (taux équipement pour mille adultes de 20 à 59 ans)**

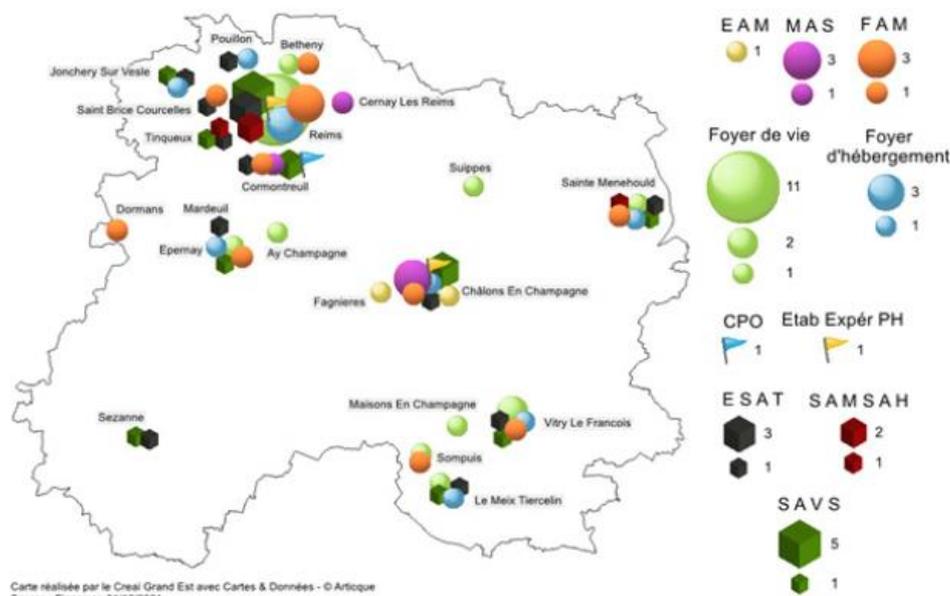
Type d'ESMS	Nombre d'établissements	Nombre de places autorisées	Taux d'équipement	Taux région GE	Taux France
Esat	14	1 183	4,3	4,2	3,6
FH	10	325	1,2	1,1	0,9
FV	21	435	1,6	1,6	1,3
Fam	12	258	0,9	0,7	0,6
EAM	2	77	0,3	0,2	0,4
Mas	5	297	1,1	1,2	0,9
SAJ					
Samsah	4	64	0,2	0,3	0,4
SAVS	17	669			
Centre Pré-orientation (CPO)	1	25			
Établissement expérimental	2	NC			
Total	88	3 333	12	11	10,5

Source : Handidonnées

En revanche, l'offre se concentre essentiellement sur la ville de Reims et en diagonale vers le sud est du département, ce qui déséquilibre le suivi des personnes localisées dans les zones rurales, en particulier le sud-ouest alors même que la densité de population est plus élevée<sup>18</sup> que dans le secteur de Sainte-Ménéhould (zone est du département).

<sup>18</sup> Densité de population entre 27,32 et 30,69 habitants par m<sup>2</sup> autour de la commune de Sezanne contre 16,29 autour de la commune de Sainte Menehould (données Insee 2018).

## Carte n° 2 : répartition géographique des structures sur le territoire



Source : les chiffres clé du handicap 2021, Creai Grand est

Les personnes en situation de handicap vieillissantes ont également accès aux établissements pour personnes âgées de la même manière que le reste de la population. Au 31 décembre 2019, le département de la Marne disposait d'un peu plus de 5 000 places autorisées. Ces places représentent un taux d'équipement rapporté à la population des 75 ans de plus de 17,7 %, ce qui est supérieur au taux régional de 14,7 %.

Le taux d'équipement en lits médicalisés pour personnes âgées dans le département de la Marne (Ehpad et soins de longues durées) est de 108 pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus, soit un taux supérieur à la moyenne nationale de 102 places<sup>19</sup>. Ce taux passe à 177 places en intégrant les accueils pour personnes âgées non médicalisées (maisons de retraite et résidences autonomie) et les places de soins infirmiers à domicile<sup>20</sup>, taux supérieur au taux régional de 147.

<sup>19</sup>Source : Taux d'équipement en lits médicalisés pour personnes âgées, Observatoire des Territoires (observatoire-des-territoires.gouv.fr), données 2017.

<sup>20</sup> Source : Insee 2019, Capacité d'accueil des personnes âgées selon la catégorie d'établissement au 31 décembre 2019.

## **B - Des risques de rupture de parcours pour les usagers**

L'un des enjeux pour les structures d'hébergement non médicalisées consiste à trouver des solutions d'aval pour les PSHV qui ont besoin d'une prise en charge adaptée à leurs nouveaux besoins en termes de rythme de vie, de nursing comme de soins. Ces solutions peuvent être trouvées en interne, ou par une réorientation vers d'autres ESMS PH ou vers le droit commun (Ehpad ou résidences autonomie). L'ARS précise que les gestionnaires sont incités à trouver des solutions de sortie, notamment en privilégiant les relations partenariales dans une dynamique de parcours afin d'améliorer les taux de rotation et de favoriser l'entrée de jeunes majeurs.

Les établissements médicalisés (Mas ou Fam) sont en mesure d'accompagner les conséquences du vieillissement. Il est d'ailleurs constaté que dans ces structures la part des résidents âgés est plus importante (voir graphique n° 3).

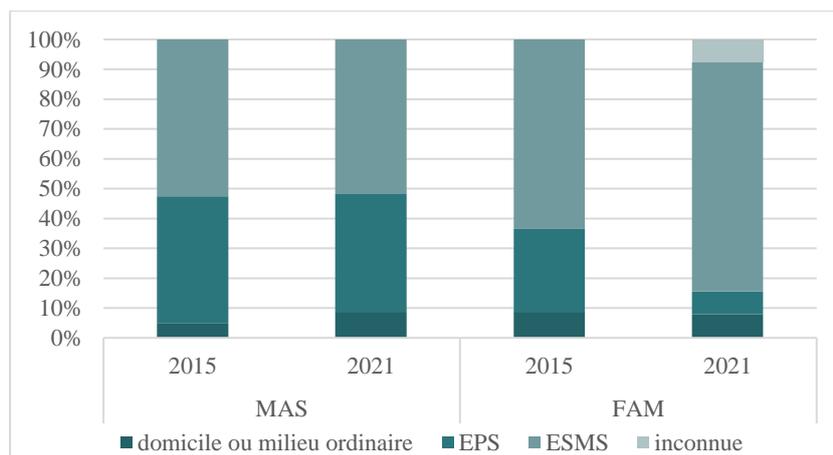
En principe, les Mas accueillent des personnes un peu plus dépendantes que la population hébergée en Fam, mais dans la pratique, les publics peuvent être sensiblement les mêmes.

En tout état de cause, l'entrée dans ce type d'établissement se fait principalement après un séjour en établissement de santé ou dans le cadre d'un parcours institutionnel précédent en établissement médico-social.

Ainsi, la part des entrants en provenance d'un autre ESMS est largement majoritaire dans les Fam et Mas en 2015 et 2021 ce qui laisse peu de place aux personnes en provenance du domicile ou du milieu ordinaire que leur handicap soit inné ou acquis.

Pour ces derniers le risque de rupture est donc important compte tenu de la tension sur les places à l'entrée (voir *infra*).

**Graphique n° 2 : provenance des usagers présents  
au 31 décembre en Fam et Mas**



Source : TdB-ESMS retraité CRC GE ; MAS : maison d'accueil spécialisée ; FAM : foyer d'accueil médicalisé

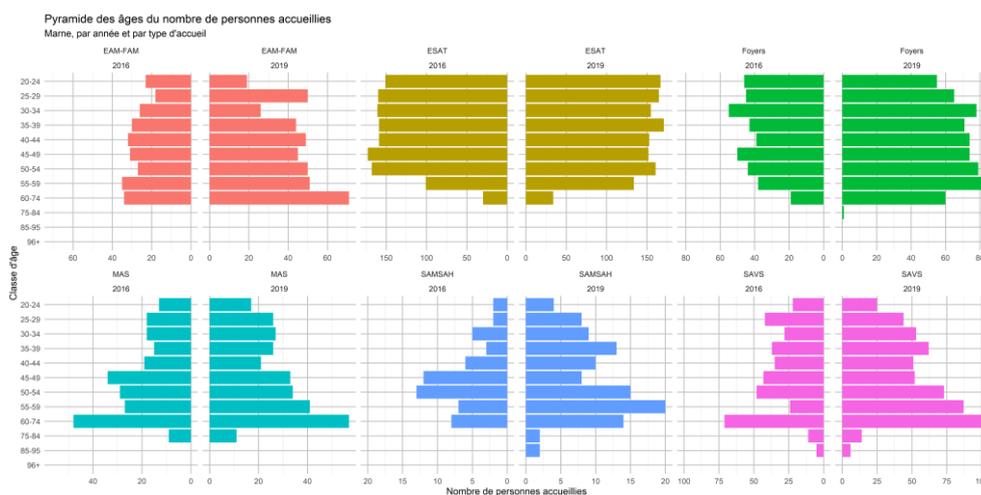
## **II - Une offre spécifique au profit des PSHV peu développée bien que bénéficiant d'initiatives locales en faveur des publics handicapés**

Au regard de la structure démographique des personnes ayant un droit ouvert à la MDPH51 et des personnes accueillies en structure, l'offre spécialisée à destination du public vieillissant est limitée sur le département.

En 2014, le Creai, dans son étude sur l'avancée en âge des personnes en situation de handicap dans les ESMS faisait le constat que la réponse apportée aux besoins évolutifs des personnes et aux nouveaux besoins se traduisait par des adaptations locales de l'accompagnement pour lesquelles les établissements eux-mêmes indiquaient rencontrer des difficultés de mise en œuvre, en particulier pour des raisons financières.

D'une manière générale, un vieillissement des personnes en situation de handicap accueillies ou accompagnées dans les ESMS du département est constaté.

### Graphique n° 3 : pyramide des âges par type d'établissement et service (2016 – 2019)



Source : TdB ESMS retraité Cour des Comptes

## A - L'enjeu du maintien à domicile

Comme démontré en début de monographie, la grande majorité des PSHV réside à son propre domicile. Tout l'enjeu de la réponse publique est donc de favoriser le maintien de cette solution en développant un accompagnement adapté à l'évolution des besoins.

Le maintien à domicile dans l'attente d'une solution d'hébergement est plus faiblement documenté que l'accueil à domicile soutenu par des aides et services, d'où la difficulté à appréhender de façon exhaustive la population concernée, son profil, la pertinence ou l'absence d'accompagnement. Le manque de places disponibles et les tensions sur les recrutements en service à domicile permettent toutefois de constater un sous accompagnement des personnes vivant à domicile.

Le parcours résidentiel à domicile peut être étayé par différentes formes de soutien :

- des aides financières pour couvrir les besoins d'aides techniques, d'aménagement du logement ou du véhicule, de charges spécifiques ou exceptionnelles ou d'aide animalière ;
- des aides humaines dispensées par des services médico-sociaux :

- aide dans les actes de la vie quotidienne (Saad) ;
- soins infirmiers (Ssiad)
- service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) en cas de jonction Ssiad et Saad) ;
- aide à la vie sociale (SAVS) ;
- suivi médical et social, (Samsah) ;
- la présence d'aidants et les solutions de répit.

### **1 - Compenser le handicap à domicile**

Comme évoqué précédemment la prestation de compensation du handicap (PCH) peut prendre la forme d'une aide financière pour l'acquisition de matériel ou l'aménagement du logement dont les montants sont encadrés.<sup>21</sup> En cas de reste à charge après attribution de la PCH les bénéficiaires peuvent solliciter le fonds départemental de compensation du handicap (FDCH) conformément à l'article L. 141-5 du CASF.<sup>22</sup>

Entre 2015 et 2020 le nombre de bénéficiaires de la PCH et le montant moyen par personne diminuent chez les PSH âgées de 45 ans et plus. Une des hypothèses d'explication est l'entrée en Ehpad des personnes avec un phénomène d'éviction de la PCH par l'APA (voir ci-dessus).

---

<sup>21</sup> L'aide technique correspond soit à un tarif de remboursement si le matériel est référencé, soit correspond à 75 % du prix dans la limite d'un plafond de 13 200 € sur une période glissante de 10 ans. Pour l'aménagement du logement, l'aide octroyée représente 100 % du coût jusqu'à 1 500 €. Au-dessus elle est au maximum de 50 % du coût dans la limite d'un plafond de 10 000 € sur une période glissante de 10 ans.

<sup>22</sup> Le décret 2022-236 du 25 avril 2022 acte l'obligation de financement des frais de compensation du handicap des usagers dépassant 10 % du montant de leurs ressources, alors que la loi du 6 mars 2020 disposait que ces versements se feraient « dans la limite des financements disponibles » des fonds départementaux.

**Tableau n° 16 : structure d'utilisation de la PCH/ACTP des plus de 45 ans (2015-2020)**

2015						
Type	PCH aide technique			PCH aménagement du logement		
personnes concernées; volume financier/ tranche d'âge	nombre de pers.	volume financier en €	montant moyen par pers.	nombre de pers.	volume financier en €	montant moyen par pers.
45-49 ans	53	68 899	1 300	22	83 031	3 774
50-54 ans	64	89 782	1 403	19	45 849	2 413
55-59 ans	77	72 948	947	27	106 477	3 944
60-64 ans	99	92 427	934	49	175 206	3 576
65-69 ans	112	64 052	572	51	190 306	3 731
70-74 ans	67	76 649	1 144	29	106 609	3 676
75-79 ans	21	25 561	1 217	11	55 676	5 061
80-84 ans	6	4 649	775	1		0
85-89 ans	7	5 392	770	3	4 068	1 356
90 ans et plus						
Total	506	500 359	989	212	767 222	3 619
2020						
Type	PCH aide technique			PCH aménagement du logement		
personnes concernées; volume financier/ tranche d'âge	nombre de pers.	volume financier en €	montant moyen par personne	nombre de pers.	volume financier en €	montant moyen par pers.
45-49 ans	62	45 644	736	25	56 574	2 263
50-54 ans	82	33 669	411	25	52 485	2 099
55-59 ans	109	61 518	564	30	102 851	3 428
60-64 ans	101	49 906	494	34	132 661	3 902
65-69 ans	54	33 267	616	15	44 844	2 990
70-74 ans	35	12 055	344	9	28 056	3 117
75-79 ans	8	1 301	163	2	5 121	2 561
80-84 ans	1	700	700			
85-89 ans	2	719	360			
90 ans et plus						
Total	454	238 779	526	140	422 592	3 019

Source : département de la Marne, retraité CRC GE

## 2 - Le difficile repérage des situations inadaptées à domicile

Appréhender le maintien à domicile faute de disposer d'une offre suffisante de places en établissement représente un enjeu. L'analyse du nombre de personnes bénéficiant d'un plan d'aide humaine supérieur à 200 heures par mois (soit six heures par jour) est un des facteurs bien qu'il ne suffise pas à déterminer le souhait des personnes, uniquement leur besoin.

Ainsi, il est relevé une constante dans le nombre de bénéficiaires de ce type de plan tant au global que chez les plus de 45 ans. En revanche, au détail, il est constaté une augmentation sur la seule tranche des 45-64 ans.

**Tableau n° 17 : personnes ayant un plan de compensation du handicap supérieur à 200 heures d'aide humaine par mois (2015-2020)**

Âge	2015	2020	Évolution en %
20-24 ans	28	24	- 14
25-29 ans	26	39	+ 50
30-34 ans	23	19	- 18
35-39 ans	19	14	- 26
40-44 ans	17	7	- 59
45-49 ans	7	10	+ 43
50-54 ans	4	14	+ 250
55-59 ans	15	16	+ 7
60-64 ans	12	14	+ 17
65-69 ans	8	7	- 12
70-74 ans	11	8	- 27
75-79 ans	4	4	-
80-84 ans			
85-89 ans	2		
90 ans et plus			
Total	176	176	
Total > 45 ans	63	63	

Source : MDPH 51, retraité CRC GE

## 3 - Les solutions de maintien à domicile et l'offre de soutien

Conformément aux souhaits des personnes, le mode d'hébergement encouragé par les pouvoirs publics est le maintien à domicile aussi longtemps que possible dès lors que les personnes ne sont pas accueillies en établissement précédemment.

Des aides financières et en nature leur sont directement versées, par le biais notamment de la prestation de compensation du handicap (PCH), dans le cadre d'un projet de vie et d'un plan de compensation élaboré par les services de la MDPH. (cf. *supra*)

Néanmoins, l'entrée en âge, l'arrivée à la retraite et la perte d'autonomie des personnes nécessitent des accompagnements spécifiques notamment des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) financés par le département. Des éducateurs spécialisés sont chargés de suivre un groupe de personnes handicapées.

Selon les services du département, 60 % des bénéficiaires des SAVS du département ont plus de 45 ans. Au 31 décembre 2021, les 15 SAVS du département de la Marne accompagnent 435 personnes de plus de 45 ans sur 706 places et quatre services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah) offrent 64 places.

Chez les plus de 45 ans, le taux de couverture des Saad est très important, à plus de 80 % voire 100 % chez les 55-59 ans et plus de 80 ans. Ces services ont pour vocation d'aider au maintien à domicile par l'aide aux tâches de la vie quotidienne (courses, ménage etc.) en complément de l'aide des aidants. Le décalage constaté est essentiellement expliqué par deux facteurs : un plan d'aide surestimé par rapport au besoin réel et une impossibilité matérielle pour les Saad de répondre à la demande (éloignement, déficit de l'offre sur le territoire, difficulté de recrutement).

**Tableau n° 18 : taux d'effectivité des plans d'aides auprès des Saad pour les 45 ans et plus (2020)**

Âge de la personne handicapée	Nombre d'heures accordées auprès d'un Saad	Nombre d'heures effectivement payées par la PCH	Taux d'effectivité des heures auprès d'un Saad en %
45-49 ans	26 585	19 058	72
50-54 ans	43 483	32 738	75
55-59 ans	53 184	54 609	103
60-64 ans	54 075	39 671	73
65-69 ans	31 221	24 168	77
70-74 ans	32 670	27 590	84
75-79 ans	5 042	3 478	69
80-84 ans	1 255	1 255	100
85-89 ans			
90 ans et plus			
Total	247 515	202 567	82

Source : MDPH 51

L'aide la plus répandue est celle délivrée par les aidants : à l'échelle nationale, 77 % des bénéficiaires d'une prestation de compensation du handicap (PCH) sont aidés régulièrement pour les activités de la vie quotidienne. Dans 90 % des cas, ils ont recours à leur entourage et, dans moins d'un cas sur deux, à un professionnel<sup>23</sup>.

La prévention de la rupture de l'aidant passe par la mise en place de structures de répit et par le développement de l'accueil de jour. Certaines structures couplent en effet accueil de jour pour la personne handicapée, et lieu d'écoute et d'appui pour l'aidant (cf. halte-répît de l'éveil, couplée aux activités de l'accueil de jour, depuis sa création en septembre 2020, à Cormontreuil).

Des cafés des aidants sont organisés par l'EPSMM pour le soutien des aidants accompagnant un parent vieillissant atteint de troubles psychiatriques sur tout le territoire en partenariat avec les centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

Enfin, le CHU de Reims a mis en place, dès 2011, une plateforme d'accompagnement et de répit aux aidants familiaux (PARAF) proposant des espaces d'échange et de soutien aux aidants mais également des accueils en séjour de répit en accueil de courte durée (parfois seulement une nuit) pour les personnes en situation de perte d'autonomie à domicile. Cependant cette offre se limite aux résidents de l'agglomération du grand Reims et ne bénéficie pas à l'ensemble du département. En 2020 une seconde plateforme de répit a été créée dans l'agglomération de Châlons-en-Champagne, au sein de l'Ehpad Sarraïl du centre communal d'action sociale (CCAS) de la commune bénéficiant ainsi aux résidents de cette partie du territoire.

En tout état de cause, le recours aux aidants comme pierre angulaire du maintien à domicile comporte un fragilité. En cas d'hospitalisation ou d'épuisement de l'aidant, d'autant plus probable dans le cas où l'aidant principal est le conjoint du même âge ou les ascendants eux-mêmes âgés, la situation de la personne évolue rapidement. Selon la direction de la MDPH, ces situations existent ponctuellement mais les solutions ne posent généralement pas de difficulté, au regard de l'offre adultes dans le département.

#### **4 - L'habitat inclusif et les accueils alternatifs**

En complément de l'offre d'accompagnement à domicile et d'accueil en établissement, le département a développé une offre d'habitat

---

<sup>23</sup> Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques -Drees-, Maud Espagnacq n° 855, octobre 2013.

inclusif alternatif ou partagé. Parmi les personnes accompagnées, 80 % sont des personnes en situation de handicap âgées de plus de 45 ans.

Il s'agit d'une colocation de personnes en situation de handicap ayant un projet de vie commun, qui a été développée sous le vocable de « familles gouvernantes » avec quatre SAVS<sup>24</sup>. Le département soutient depuis 1988 ces formes innovantes d'hébergement<sup>25</sup>. En 1992, il a mis en place un financement dérogatoire de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et, dès 2005, il a autorisé des SAVS « renforcés », dimensionnés spécialement pour la colocation inclusive, avec mise à disposition de maîtresses de maison pour animer ces lieux de vie. Quatre regroupements de logements ont été financés jusqu'en 2021, permettant d'associer l'offre résidentielle avec un accompagnement SAVS. Selon les services du département, ces services auraient un taux d'équipement 60 % plus élevé dans le département de la Marne que sur le reste du territoire national.

En 2021, cela représentait 145 places pour les personnes en situation de handicap vieillissantes.

**Tableau n° 19 : nombre de personnes accueillies dans des formes d'habitats alternatifs assimilables à des habitats inclusifs avant 2022**

	2017	2018	2019	2020	2021
PSHV	141	155	148	146	145
<b>Total PSH</b>	<b>172</b>	<b>186</b>	<b>191</b>	<b>186</b>	<b>187</b>
En %	82	83	77	78	78

Source : département de la Marne- rapports SSGAH

La loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (dite « loi ELAN »), donne une définition de l'habitat inclusif (article L. 281-2-1 du CASF) et l'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2021 a donné la possibilité aux départements volontaires de créer une nouvelle prestation individuelle : « l'aide à la vie partagée » (AVP).

Par délibération du 22 janvier 2022, le conseil départemental de la Marne, conformément aux orientations de la conférence des financeurs de l'habitat inclusif, a décidé de créer cette aide pour les personnes en situation de handicap sans limite d'âge, qui bénéficient d'un droit ouvert

<sup>24</sup> Le SAVS « Familles gouvernantes » de l'UDAF, SAVS renforcé « Résidence Magraine », SAVS renforcé « l'amitié », le SAVS renforcé « ASOMPEI ».

<sup>25</sup> Le département de la Marne a créé en 1988 à Épernay, un SAVS étant une alternative au foyer d'hébergement pour les travailleurs Esat.

par la MDPH ou d'une pension d'invalidité et pour les plus de 65 ans relevant d'un Groupe Iso Ressources (Gir) de 1 à 6. Cette « aide à la vie partagée » permettra de financer les coûts de fonctionnement d'un programme de 20 habitats inclusifs de 199 places.

Début 2022, une première initiative selon ce nouveau cadre a été mise en place par l'association Vivre et devenir dans le secteur d'Épernay. À ce titre, l'EPSMM s'est associé à l'accompagnement des personnes souffrant de handicap psychique pour leur assurer un accès aux consultations des centres médico-psychologiques (CMP) et aux centres d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP) ainsi qu'un accueil en hospitalisation en cas de nécessité liée à ces situations de crise.

Enfin, le département encourage l'accompagnement par famille d'accueil qui concerne entre 80 et 89 personnes entre 2017 et 2021 dont en moyenne 53 % sont âgées de plus de 45 ans (44 personnes en 2021). Cette solution est par ailleurs développée pour le handicap psychique avec l'EPSMM qui propose 20 places d'accueil réparties sur cinq familles. Cette offre rencontre néanmoins une difficulté grandissante de recrutement compte tenu de ses modalités de fonctionnement demandant une forte implication personnelle.

## **B - L'accueil en établissement des PSHV : une offre spécialisée réduite**

### **1 - L'offre spécifique au sein des établissements pour adultes handicapés**

Ce mode d'accueil correspond en premier lieu aux personnes préalablement accueillies dans des établissements pour personnes handicapées et pour lesquelles la solution du domicile ne peut être envisagée compte tenu de la situation individuelle et du projet de vie.

Au 31 décembre 2021, le département de la Marne disposait de 89 places autorisées pour les personnes en situation de handicap vieillissantes dans des structures spécialisées.

Ces places se répartissent comme suit :

- Un Fam pour déficients intellectuels avec pathologies subséquentes pour 40 places, situé à Châlons-en-Champagne ;
- un Fam pour personnes ayant des troubles psychiques et une perte d'autonomie physique, de 26 places, situé à Le Meix-Tiercelin ;
- le foyer d'hébergement spécialisé pour travailleurs vieillissants, qui accueille des travailleurs en Esat en fonctionnement de journée, qui

peuvent poursuivre, après leur retraite, une activité à temps partiel avec une équipe éducative adaptée. Il comprend 23 places et est situé à Sainte-Menehould :

En complément de l'accompagnement SAVS, les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), financés par l'ARS, et les services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad), financés par les aides départementales, permettent de maintenir les personnes à domicile dès lors que l'offre est en rapport avec le besoin.

Le département de la Marne dispose de 46 services de Saad et de 17 Ssiad dont 33 (25 Saad et 8 Ssiad) sont spécifiquement autorisés pour l'accompagnement à domicile des personnes en situation de handicap. Les autres services accompagnent des personnes âgées sans distinction d'existence de handicap ou non<sup>26</sup>.

Enfin, le département dispose de 382 places d'accueil à destination des personnes en situation de handicap avançant en âge réparties sur 22 établissements, essentiellement des foyers de vie, dont certains sont spécialisés telle que la maison d'accueil rurale pour personnes handicapées psychiques âgées (MARPHA) associatives située à Le Meix-Tiercelin (Association Les Antes - 21 places).

## 2 - L'accueil de droit commun : l'Ehpad

Si les PSHV peuvent intégrer l'ensemble des places d'Ehpad, sous réserve d'acceptation de leur demande, seul 1,4 % des places autorisées leur sont spécifiquement dédiées.

**Tableau n° 20 : l'offre dédiée aux PSHV en Ehpad (au 31/12/2021)**

Nombre d'établissements avec unités PSHV	4
<b>Nombre de places PSHV</b>	<b>72</b>
Nombre d'établissements avec une unité gériopsychiatrique	1
<b>Nombre de places en unité gériopsychiatrique</b>	<b>17</b>

Source : département de la Marne et EPSMM

Quatre établissements publics disposent d'une unité dédiée aux personnes handicapées vieillissantes, à savoir le CHU de Reims (20 places en collaboration avec l'Association Les Papillons blancs de la Marne), le

<sup>26</sup> Source : répertoire FINISS.

centre hospitalier (CH) d'Argonne (15 places), l'Ehpad d'Ay-Champagne (20 places) et l'Ehpad de Vienne-le-Château (17 places).

Le fonctionnement de l'unité du CHU de Reims est spécifique puisqu'il est fait en collaboration avec l'association des Papillons blancs qui met à disposition du personnel formé au handicap au sein de l'unité pour l'accompagnement des PSHV. Cependant cette unité fonctionne à moyen constant par rapport au financement normal d'un Ehpad.

En outre, l'EPSMM dispose d'une filière de psycho-gériatrie avec une unité de gérontopsychiatrie de 17 lits, créée en 2021. Néanmoins, cette unité a pour objectif d'accueillir des personnes âgées présentant des troubles psychiques survenus postérieurement aux signes du vieillissement sans notion de reconnaissance de handicap antérieur. Cette unité se complète d'une équipe mobile de gérontopsychiatrie, intervenant au sein de la quasi-totalité des Ehpad du département avec lesquels une convention a été conclue.

### **3 - Les enjeux et freins à l'accompagnement des PSHV en établissement**

L'accompagnement en EMS des personnes en situation de handicap avançant en âge se heurte à des difficultés multiples. Si ces problématiques sont bien repérées, leur amélioration nécessite des évolutions culturelles, de pratiques, parfois des moyens complémentaires voire des évolutions réglementaires.

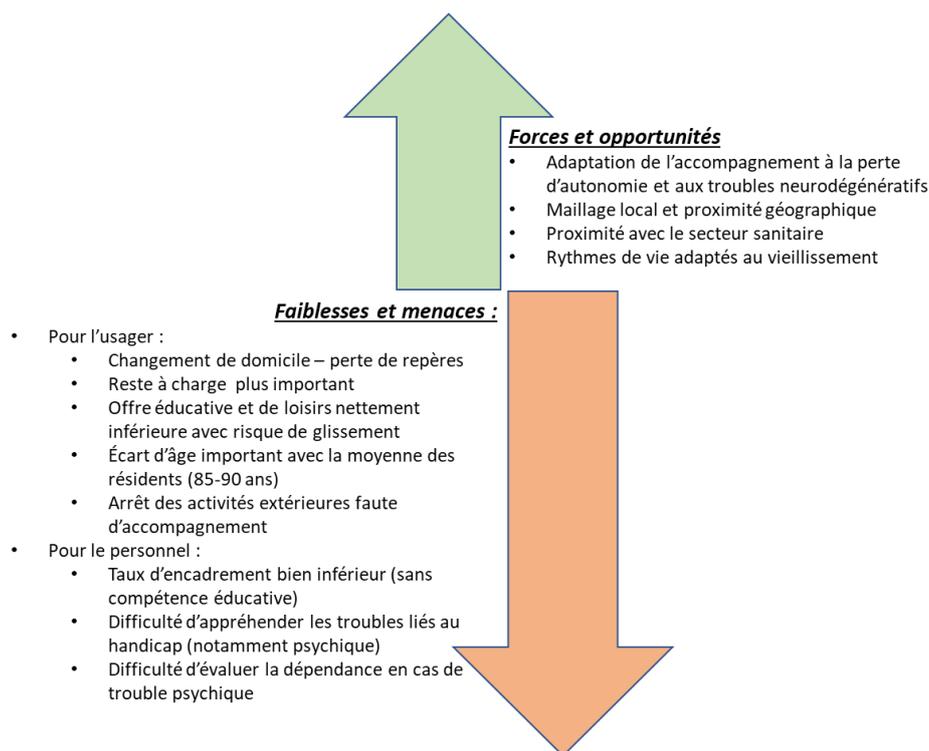
Se trouvant à la jonction entre problématiques relevant du handicap et celles relevant du grand âge, l'accueil des PSHV représente un enjeu pour le personnel et l'organisation de la structure.

Ainsi, le maintien de la personne dans un établissement pour PSH se heurte à plusieurs difficultés :

- besoin accru de formation des personnels en gérontologie en particulier sur les effets neurodégénératifs du vieillissement ;
- nécessité d'adaptation des locaux si ceux-ci ne sont pas aux normes personnes à mobilité réduite (PMR) ;
- prise en charge du soin dans les établissements non médicalisés, en particulier les consultations spécialisées ;
- nécessaire adaptation des prises en charges dans les établissements ne disposant pas d'unités dédiées PSHV ;
- risque d'éviction des plus de 60 ans pour libérer des places au profit de jeunes en attente de place (amendement Creton).

Néanmoins, l'accueil en Ehpad représente des difficultés bien plus importantes pour l'utilisateur, sa famille ainsi que la structure comme détaillé dans le graphique ci-dessous.

#### Graphique n° 4 : analyse des risques d'accueil de PSHV en Ehpad



Source : CRC Grand Est d'après contrôles organiques et questionnaire auprès des gestionnaires d'établissement

Cette situation est d'autant plus compliquée en cas d'accueil en dérogation d'âge (moins de 60 ans), soit bien plus jeune que la moyenne des admissions (85 ans) qui, au-delà de représenter un risque financier pour l'établissement (voir supra), le décalage avec les besoins et rythmes de vie des autres résidents est très important, générant *de facto* un risque de décompensation pour les sujets souffrants de troubles psychiques ou de syndrome de glissement.

Ainsi, pour répondre à la problématique de l'accueil, plusieurs initiatives ont été développées pour créer un accueil adapté tout en respectant le parcours de vie des PSHV en Ehpad ou en ESMS relevant du champ du handicap. Dans le département de la Marne, le nombre de

personnes en dérogation d'âge diminue entre 2010 et 2020 avec respectivement 76 et 30 personnes. Cependant le nombre d'entrées entre 60 et 69 ans progresse fortement (de 13 à 62 personnes), soit bien plus jeune que la moyenne d'âge à l'entrée constatée en population générale.

L'ARS et le département encouragent au développement d'approches partenariales pour adapter les accompagnements, ce qui a par ailleurs été mis en avant dans le cadre de l'étude citée ci-avant du Creai (2014).

Néanmoins, ces adaptations se font essentiellement à moyens constants ce qui peut représenter une réelle difficulté en Ehpad où le taux d'encadrement, déjà très faible, et les situations financières contraintes ne sont pas propices à la généralisation de ce type d'accueil. Or à partir de 75 ans, 60 % des PSHV résidant en établissements sont accueillies en Ehpad.

Une solution mise en œuvre dans le département (voir *infra*) réside dans le recrutement de compétence éducative spécifique afin de renforcer les équipes de l'Ehpad pour accompagner l'évolution des pratiques et proposer un accueil adapté aux PSHV. Une autre piste de réflexion pourrait être l'intervention des équipes de SAVS au sein des Ehpad, à l'image de l'intervention des équipes mobiles d'hospitalisation ou de soins psychiatriques relevant du champ sanitaire, afin d'assurer un étayage de l'accompagnement sur le volet éducatif, compétence absente au sein des Ehpad.

**L'EPSM de la Marne : accompagner le vieillissement  
au sein de la Mas**

La Mas de l'EPSM de la Marne accueille 40 résidents atteints de handicap psychique et de déficiences intellectuelles dont la majorité est âgée de plus de 60 ans. Face au défi que représente l'avancée en âge de ces personnes, présentes au sein de l'établissement depuis de nombreuses années, la décision a été prise de maintenir l'accueil et d'adapter les accompagnements par :

- la formation spécifique des personnels aux spécificités du vieillissement chez le sujet en situation de handicap ;
- le recrutement d'un médecin gériatre pour la coordination de la Mas ;
- la généralisation de la grille d'Hendersen dans le projet de vie pour détecter les signes du vieillissement et de la perte d'autonomie, indépendamment des troubles liés au handicap ;
- le développement de partenariat avec l'Ehpad de Suippes pour organiser des ateliers croisés et préparer un éventuel accueil de résident si la Mas ne répond plus à ses besoins.

En outre, l'établissement bénéficie d'une filière de psychiatrie de la personne âgée (PPA) s'appuyant sur des équipes mobiles œuvrant dans la quasi-totalité des Ehpad du département avec des partenariats parfois anciens (1983 pour la convention la plus ancienne) ainsi que sur un centre de ressources autour de la psychiatrie de la personne âgée. Enfin une unité d'hospitalisation permet d'accueillir en séjour de rupture des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques en situation de crise. Cette dernière solution représente une garantie pour les Ehpad accueillant des personnes présentant des troubles psychiatriques mais ne disposant pas du personnel en nombre et qualité suffisantes pour faire face aux situations de crises.

Ehpad du CH d'Argonne à Sainte-Menehould et Ehpad de Vienne-le-Château : un partenariat pour une compétence éducative

Le CPOM du CH d'Argonne à Sainte-Menehould pour son Ehpad ainsi que le CPOM de l'Ehpad de Vienne-le-le-château (établissements en direction commune) prévoient à compter du mois d'avril 2019 le recrutement d'un éducateur spécialisé pour préparer et accompagner les PSHV à l'issue de leur accompagnement en foyer et Esat par l'association l'Elan Argonnais.

Ce partenariat est issu du constat fait en 2017 qu'au sein de l'Ehpad du CH d'Argonne 17 des 148 résidents de l'établissement présentent des déficiences intellectuelles et étaient précédemment accueillies dans les établissements de l'association. Le constat a également été fait que ces personnes, au profil spécifique, ont des besoins d'animation et d'activité différents de ceux d'une population classique d'Ehpad.

Sur ce constat, le recrutement d'un éducateur spécialisé a été réalisé par mise à disposition depuis l'association partenaire pour assurer l'accompagnement et la continuité pour les PSHV dans leur entrée en Ehpad et en soutien à l'unité de 15 places dédiée à ces accueils. Le coût de recrutement de 46 000 € annuel est pris en charge sur le budget hébergement fixé par le département.

## **C - La situation particulière des travailleurs avançant en âge en Esat**

Le département de la Marne compte en 2022 un total de 14 Esat pour 1 183 places soit un taux d'équipement de 4,2 pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans, identique au taux régional et bien supérieur au taux national (3,6).

L'offre marnaise représente 9,5 % de l'offre régionale en termes de structures et un peu plus de 10 % en termes de places. Les établissements

sont situés dans les principales villes du département à savoir Reims, Châlons-en-Champagne, Sézanne et Vitry-le-François.

Selon les données des tableaux de bord médico-sociaux (TDB-ESMS – cf. *supra*) la population des plus de 45 ans en Esat est d'environ 35 %, stable depuis 2015. Néanmoins parmi cette population, un vieillissement s'opère puisque la population des plus de 60 ans augmente sur la période passant de 12 à 36 % entre 2015 et 2021.

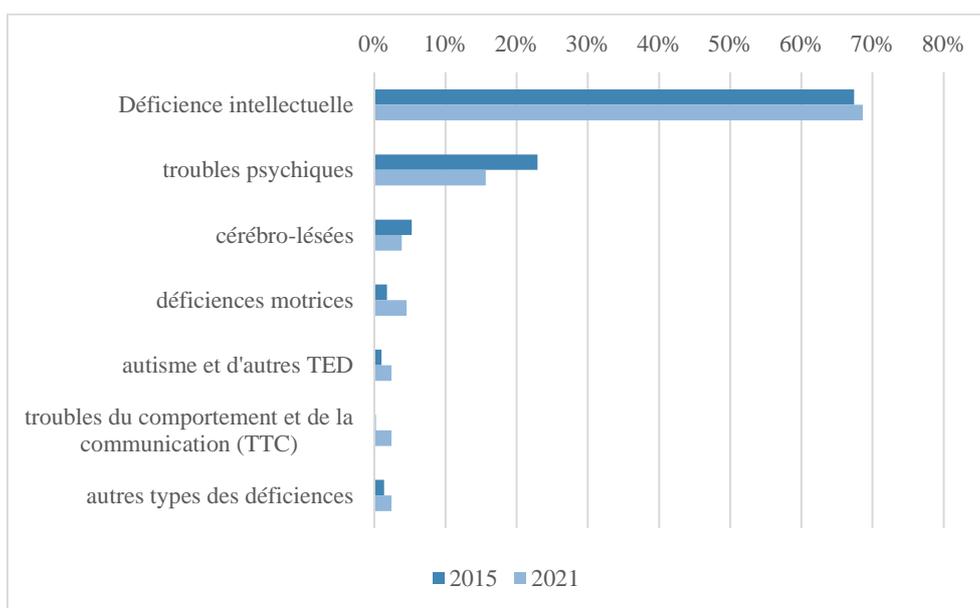
Compte-tenu de la pyramide des âges, les questions de la prise en charge des travailleurs en situation de handicap vieillissants et des sorties d'Esat vers la retraite sont au cœur des préoccupations des organismes gestionnaires.

### **1 - Les Esat : des établissements en mutation**

Il ressort des échanges avec le Creai et l'association « un avenir après le travail » que les Esat sont traversés par une évolution des attentes les conduisant à adapter leur organisation et leurs modes d'accompagnement :

- le changement du public accompagné et de ses attentes ;
- la transformation du secteur médico-social vers des approches plus inclusives.

Les personnes avec une déficience intellectuelle sont les publics traditionnels des Esat. Comme pour le niveau national, ils sont très largement majoritaires dans le département de la Marne avec près de 70 % des personnes concernées. Le handicap psychique en déficience principale est le deuxième handicap représenté au sein des Esat de la Marne mais dans des proportions bien moindres et en diminution entre 2015 et 2021. Ce handicap est souvent plus présent en handicap secondaire. Ces publics sont plus autonomes, ce qui oblige les Esat à repenser leur accompagnement, notamment en termes d'inclusion mais aussi de continuité du parcours de soins ou de formation de ses personnels.

**Graphique n° 5 : handicaps des personnes accueillies dans les Esat de la Marne**

Source : TdB-ESMS, retraité CRC Grand Est

Les modalités d'entrée en Esat évoluent sur la période. En 2015, les PSH intégraient le service depuis le domicile ou milieu ordinaire dans les mêmes proportions que depuis un établissement médico-social (46 % contre 49 %). En 2021, la tendance est très différente puisque dans 60 % des cas l'entrée se fait depuis un établissement médico-social et seulement 35 % depuis le milieu ordinaire.

Ce parcours démontre qu'en dépit de la volonté de développement de solutions inclusives, la logique de filière pour les travailleurs handicapés (TH) en milieu protégé prime sur l'inclusion en milieu ordinaire pendant l'enfance.

## **2 - L'accompagnement de l'avancée en âge des travailleurs d'Esat et la transition vers la retraite**

L'avancée en âge des travailleurs d'Esat peut nécessiter un aménagement de leur temps de travail pour prendre en compte leur fatigabilité ce qui nécessite de trouver des solutions d'accompagnement pendant les périodes non travaillées.

Dans la Marne, le temps partiel est largement répandu puisque l'ensemble des Esat le pratique.

Cette transition est inscrite dans les projets d'établissement des Esat comme par exemple celui de l'association « les papillons blancs de la Marne » qui regroupe cinq Esat pour 320 TH à Reims et Sézanne.

Dans la Marne, l'association « un avenir après le travail » soutenu par le Creai, accompagne les Esat et les TH dans la transition vers la retraite. Cette association fédère 80 % des Esat du département dont la totalité de l'offre est gérée par le secteur privé non lucratif.

Aucune disposition ne précise une limite d'âge maximale pour l'orientation en Esat. Celle-ci peut donc se poursuivre au-delà de 62 ans dès-lors qu'elle reste adaptée. Les travailleurs d'Esat peuvent, sous certaines conditions<sup>27</sup>, partir en retraite anticipée à partir de 55 ans.

La sortie d'Esat suppose, en amont, un accompagnement à la définition d'un nouveau projet de vie à la retraite mais elle n'emporte pas les mêmes conséquences selon les situations individuelles, notamment en termes de parcours résidentiel et d'autonomie.

Pour les personnes hébergées en foyer d'hébergement (FH), la retraite se traduit par une double rupture, avec l'Esat et avec le lieu de vie. En effet, les FH étant destinés à accueillir des travailleurs d'Esat, une solution d'aval doit être recherchée, en fonction du profil de la personne (EMS handicap, Ehpad, habitat accompagné). Cela signifie donc la nécessité de trouver un nouveau logement mais surtout la perte de lien social, le travail et la vie en foyer étant souvent l'unique facteur de socialisation.

Pour les travailleurs vivant en famille, souvent chez leurs parents aidants eux-mêmes vieillissants, l'augmentation des besoins en soins peut nécessiter une orientation vers une structure d'hébergement ou la recherche d'un autre mode d'hébergement.

Les réorientations vers des structures médico-sociales se heurtent au manque de places en foyer de vie (FV), Fam ou Mas comme vu précédemment.

L'accueil en Ehpad ou en résidence autonomie n'est pas adapté à toutes les situations. Il suppose en outre l'adhésion à un nouveau projet de vie et nécessite un accompagnement en amont et en aval de l'accueil.

---

<sup>27</sup> Avoir cotisé durant un certain nombre de trimestres et justifier d'un taux d'incapacité d'au moins 50 %.

Certaines structures comme la MARPHA de la Meix-Tiercelin évoquée précédemment, permettent d'organiser cette continuité d'accueil dans le même environnement. Mais ce type d'offre reste limité. L'anticipation est donc impérative pour assurer une transition adaptée vers le nouvel environnement.

Ainsi, dans le cadre de ses actions, l'association « un avenir après le travail » a développé des initiatives visant d'une part à assurer une bonne information des usagers dès 54 ans sur leur droits (logement, pension) et d'autre part à coordonner les initiatives pour assurer la transition. À cette fin les mesures suivantes ont été mises en œuvre auprès des départements de l'ante-région champardennaise, avec une prépondérance de la Marne :

- rédaction d'un guide en langage « facile à lire et à comprendre – FALC » pour informer les TH sur leur droit à pension retraite et les démarches à réaliser, souvent source d'angoisse et d'incompréhension pour eux dont les parents ne sont bien souvent plus présents pour les accompagner dans leurs démarches ;
- organisation de sessions de formation pour les futurs retraités des Esat (19 TH en 2021, 41 en 2022) ;
- depuis 2017, formation d'animateurs retraite au sein des Esat pour accompagner les TH dans leur parcours et leurs démarches sur l'ensemble des départements de l'ante-région champardennaise (16 en 2020, 23 en 2021 dont 16 dans la Marne).

La réduction du temps de travail au sein de l'Esat s'organise dans le cadre du parcours souhaité par le TH. L'association recommande un minimum de 60 % d'activité si les conditions le permettent, laissant deux journées pour mettre en place le projet de vie. Ainsi ces journées libérées peuvent servir à réaliser des démarches ou découvrir d'autres lieux de socialisation qui pourront perdurer au moment de la retraite.

#### **Exemple d'adaptation du projet de vie au moment de la retraite accompagné par l'association une vie après le travail**

Un TH exerçant en Esat, accompagné par l'association, a réduit son activité. Sur le temps libre dégagé il a pu fréquenter un atelier théâtre proposé au sein de son foyer d'hébergement. Une fois arrivé à la retraite, il a quitté son foyer et intégré un Ehpad. L'association a assuré la liaison avec l'Ehpad pour organiser avec lui son emploi du temps et ses transports pour maintenir sa participation à l'atelier théâtre.

Ainsi, le résident a appris à prendre les transports en commun pour se rendre à l'atelier théâtre une fois par semaine.

Ces initiatives permettent d'assurer une transition réussie des TH vers la retraite et de prévenir les ruptures de parcours. Cependant tout l'enjeu repose sur la bonne volonté des acteurs. Le risque posé est qu'en cas d'évolution de santé des personnes en Ehpad notamment, les mesures mises en place en autonomie (transports en commun – voir *supra*) ne puissent perdurer, privant de facto la personne de son lien social. Seul le relais par un personnel dédié (interne ou externe à l'établissement) pouvant assurer les transports permettrait de maintenir ce lien social extérieur.

De plus, le bénéfice des formations pour les travailleurs en Esat nécessite l'implication des structures pour le financement car celles-ci ne peuvent être prises en charge par les droits à la formation des travailleurs qui, bien que cotisant pendant toute la durée de leur vie active, consomment peu leurs droits.

Toutes ces initiatives pourraient ainsi intégrer les démarches de la « communauté 360 » dont la mise en place est en cours au niveau des ARS et des départements (voir *supra*).

## **D - Une offre sous tension**

La tension sur l'offre s'évalue grâce à la connaissance des besoins non satisfaits, par type d'établissement, par type de handicap et par âge, voire par territoire infra départemental.

### **1 - Des besoins non satisfaits dans tous les types d'établissements...**

Dans le département de la Marne, le module handicap de *ViaTrajectoire* a été déployé dès 2017 avec le soutien de la MDPH qui a assuré la formation des gestionnaires à l'utilisation de l'outil.

Après chaque CDAPH, l'envoi des flux est automatisé et les ESMS reçoivent toutes les orientations qui les concernent et dont ils devront assurer le traitement. La MDPH a procédé à la reprise des stocks de décisions, dont le volume diminue considérablement entre début 2018 et début 2022.

Fin 2021, la plateforme *ViaTrajectoire* recense un nombre de demandes non satisfaites important en particulier en Esat (plus de 1 750 demandes) et en SAVS (plus de 1 500 demandes) potentiellement pour les mêmes personnes. Bien que l'écart avec les autres types d'accompagnement soit moins important chez les personnes en situation de handicap âgées de plus de 45 ans, les demandes d'entrée en Esat (près de 750) et d'accompagnement en SAVS (plus de 800) sont majoritaires.

Il faut, par ailleurs, souligner que contrairement aux données nationales, les demandes de SAVS, dans le département de la Marne, croissent avec l'avancée en âge en particulier chez les 45-60 ans, à l'approche de la cessation d'activité en Esat. Si les demandes au niveau national sont également importantes sur cette tranche d'âge, elles le sont tout autant au début de la vie professionnelle entre 20 et 30 ans.

Il convient toutefois de souligner qu'une partie des personnes disposant d'une orientation ne souhaite pas la mettre en œuvre pour différentes raisons (demandes de précautions notamment), en particulier pour le handicap psychique, par crainte d'un « effet filière » vécu comme stigmatisant. Si leur proportion n'est pas connue à ce jour, une exploitation fine des données figurant dans *ViaTrajectoire* devrait permettre, à l'avenir, de les repérer.

L'analyse des demandes formulées dans *ViaTrajectoire* montre également une tension sur les demandes d'entrée en Mas et Fam avec des pics observables autour de 45-55 ans. Les demandes non satisfaites d'entrée dans ces types d'établissements sont d'environ 300 fin 2021 et plus de 400 pour les foyers de vie. Les données disponibles ne permettent cependant pas de distinguer les doublons de demandes dans le stock.

## **2 - ... conduisant à des maintiens en hospitalisation inadaptés...**

La tension sur les places d'hébergement en établissement conduit parfois à des maintiens en hospitalisation faute de disposer d'une solution appropriée à domicile. Cette situation se retrouve en particulier dans le cas des personnes en situation de handicap psychique dont l'hospitalisation suite à une situation de crise se prolonge faute de disposer d'une solution d'accompagnement en établissement appropriée à sa situation.

L'exemple de l'EPSMM permet de mettre en évidence la charge financière que cela représente sur les finances publiques (tout financement confondu).

Entre 2017 et 2019, le nombre de patients dont le séjour a duré plus de trois mois, six mois ou même une année a augmenté progressivement. Il a légèrement diminué en 2020 et plus fortement en 2021 avec la fermeture d'une unité de long séjour.

L'âge moyen des patients en hospitalisation longue est supérieur à 45 ans et progresse dès lors que la durée d'hospitalisation s'allonge. Parmi les personnes accueillies depuis plus de trois mois, 10 % sont en attente d'une place en structure médico-sociale adaptée. Ce chiffre s'amenuise à six mois et un an ce qui démontre que les solutions d'hébergement adapté, même si elles tardent, sont trouvées pour les personnes concernées.

Le taux d'hospitalisation longue durée, (nombre d'hospitalisations longue durée rapporté au nombre total de patients en hospitalisation temps plein au cours de l'année), est stable quelle que soit la durée considérée<sup>28</sup>.

Début octobre 2022, l'établissement recensait 134 patients relevant d'une prise en charge autre qu'en secteur psychiatrie en attente d'une solution, dont une quarantaine en attente d'une place en structure médico-sociale (Ehpad, Mas, Fam, foyer belge) et 30 pour les services de long séjour.

Cette situation limite les possibilités d'accueil en hospitalisation de long séjour, dont auraient pourtant besoin 37 patients actuellement en unité de court séjour. Elle représente également un coût pour la structure et plus largement pour la société.

En effet, une journée au sein de l'établissement représente un coût de 274 €<sup>29</sup> alors qu'un accueil en Mas représente un coût journalier de 230 €, 153 € pour une journée en Fam et 124 € pour une journée en Ehpad<sup>30</sup>. Ainsi, si les personnes orientées en établissement médico-social pouvaient bénéficier d'un accueil dans une structure *ad hoc*, l'économie pour les finances publiques pourrait s'élever à 134 752 € par mois, soit sur une année complète près d'un 1,6 M€ pour les seuls patients de l'EPSM de la Marne.

Au-delà du surcoût financier que représente ces hospitalisations inadaptées, le maintien en structure sanitaire prolongé représente un risque d'aggravation des situations individuelles et peut être de nature à compromettre les possibilités d'insertion dans un collectif médico-social.

---

<sup>28</sup> Taux d'hospitalisation longue durée : nombre de séjours supérieurs à 90, 180 et 365 séjour rapporté au nombre total de séjours.

<sup>29</sup> Coût unité d'œuvre « hébergement temps complet » issu du retraitement comptable (RTC) 2019.

<sup>30</sup> Analyse des coûts des établissements et services médico-sociaux, CNSA, données 2020.

**Tableau n° 21 : détail évaluation surcoût hospitalisation longue durée  
(octobre 2022)**

	<b>Orientation Fam</b>	<b>Orientation Mas</b>	<b>Orientation Ehpad</b>	<b>Total</b>
<i>Nombre patients</i>	13	12	16	41
<i>Coût théorique journalier accueil (en €)</i>	153	230	124	-
<i>Surcoût journalier théorique (en € - base RTC 274 €)</i>	121	44	150	-
<i>Surcoût total mensuel (en € - base 30 jours)</i>	47 052	15 898	71 801	134 752
<i>Surcoût total annuel (en €)</i>	528 432	193 428	873 584	1 595 444

Source : CRC Grand Est

L'économie en termes de finances publiques pourrait être plus importante encore en cas de sortie vers un domicile en milieu ordinaire et l'appui de services adaptés puisqu'un accompagnement par un service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (Samsah) ne représente qu'un coût de 17 000 € annuel (soit 46 € par jour), ce qui, par ailleurs, correspondrait aux aspirations des personnes à disposer de leur propre domicile.

### **3 - ...et qui pénalisent l'ensemble du circuit**

Les établissements pour enfants en situation de handicap peuvent accueillir des jeunes jusqu'à l'âge de 20 ans. L'article 22 de la loi du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social a modifié l'article 6 de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975, en créant un amendement dit « Creton », qui permet le maintien dans un établissement social et médicosocial, des enfants handicapés ayant atteint l'âge limite autorisé, en attente d'une place en structure pour adultes, afin d'éviter des ruptures d'accompagnement et les retours à domicile sans activité ni accompagnement médico-social.

Les jeunes majeurs maintenus en service enfants en attente d'une place en établissement et service adulte bloquent à leur tour les demandes d'entrée en établissement des enfants. Ainsi, en 2021, la MDPH51 estime à 700 le nombre de demandes d'enfants non satisfaites pour une capacité d'accueil de 1 400 fonctionnant au maximum de ses capacités, voire en surcapacité.

Ce défaut de réponse a pour conséquence la mise en place de mesures palliatives insatisfaisantes au regard des besoins des enfants.

Par ailleurs, le maintien de personnes en hospitalisation par défaut d'offre d'aval adaptée ne permet pas de libérer des lits de psychiatrie pour les personnes nécessitant une prise en charge médicalisée. Cela conduit ponctuellement à accueillir en sureffectif dans les unités d'admission psychiatriques pour répondre à la demande.

### **III - La réponse belge et la prévention des départs**

La région Grand Est est l'une des régions les plus marquées par les départs de personnes handicapées vers la Belgique.

Le SRS 2018-2023 intègre des objectifs opérationnels d'amélioration de l'accès aux soins, de mobilité des patients transfrontaliers franco-belges, respectant une logique d'efficience, de complémentarité et de maîtrise de la dépense. Ces objectifs s'inscrivent dans des accords-cadres. Le ratio de personnes handicapées accueillies en Belgique par rapport à la capacité d'accueil du département d'origine est inscrit dans le SRS au titre des principaux indicateurs de suivi, avec une cible 2023 de diminution.

Un des sous-objectifs du schéma est de garantir la qualité de la prise en charge des personnes handicapées dans les établissements médico-sociaux wallons. Sa réalisation s'appuie sur un accord-cadre franco-wallon qui vise d'une part à assurer un meilleur accompagnement des personnes handicapées françaises dans les établissements de Wallonie, et d'autre part à renforcer la fonction de contrôle de ces structures et de protection des personnes accueillies.

C'est dans ce cadre que l'ARS Grand Est assure des audits communs avec l'Agence wallonne pour une vie de qualité (AVIQ) lorsqu'une structure wallonne accueille majoritairement des ressortissants français originaires de la Marne ou plus largement de la région Grand Est.

De son côté, le conseil départemental encadre les départs par un contrôle accru des demandes au sein d'une commission spécialement formée et impose aux établissements d'accueil sur le territoire belge un conventionnement de sorte à s'assurer d'une qualité d'accompagnement et d'une maîtrise des impacts financiers pour la collectivité prenant en charge les frais de séjour.

## A - La quantification des départs

Le fait que la Marne soit un des départements les plus concernés par le départ de patients vers des sites d'accueil spécialisés en Belgique s'explique par la fermeture ces dernières années de structures et surtout par la difficulté d'un accueil en structure locale d'aval.

La Belgique présente une approche du handicap plus globalisée, favorisant une prise en charge des personnes en situation de handicap plus globale et qualitative (capacité à accompagner les polyhandicapés notamment). Ce mode de fonctionnement est le fruit de process d'ouverture et d'agrément des établissements qui se distinguent du modèle français, où l'impulsion des associations (elles-mêmes structurées autour de types de handicaps) garde un rôle moteur, expliquant une approche décloisonnée qui fait le choix de plus de spécialisations.

Le département a adopté en 2017 un dispositif spécifique pour un hébergement hors de France dans son règlement départemental d'action sociale (RDAS), précisant notamment les modalités de conventionnement et le dispositif de prise en charge financière par l'aide sociale. Les accueils sont formalisés avec les établissements *via* des conventions cadres et conventions individuelles.

Les demandes sont accordées après un examen approfondi de chaque cas individuel, dans le cadre du projet de vie de la personne et à la condition qu'aucune solution de proximité ne soit adaptée. Des rencontres régulières sont organisées avec les structures bénéficiant d'une convention afin d'évaluer les situations des marnais.

Les établissements conventionnés font l'objet de visites préalables de personnels de la MDPH pour agréer les places concernées.

De son côté l'ARS s'est fixé comme objectif dans son PRS de « garantir la qualité de la prise en charge des personnes handicapées dans les établissements médico-sociaux wallons » avec la signature d'un accord-cadre franco-wallon et l'organisation de visites sur site. Ainsi, lorsqu'une structure accueille majoritairement des ressortissants français originaires de la région Grand Est, l'ARS Grand Est est déclarée compétente pour réaliser des audits en collaboration avec les autorités wallonnes.

Sur 80 personnes adultes accueillies en établissement en Belgique en 2020, la MDPH recense 31 personnes en situation de handicap de plus de 45 ans, pour 27 sur 65 en 2015. En 2021, ce sont 72 personnes qui ont bénéficié d'un accueil en Belgique (soit 0,15 % du total de personnes ayant un droit ouvert à la MDPH51 au 31 décembre 2021).

**Tableau n° 22 : personnes accueillies en Belgique 2015-2020**

Type de prise en charge par défaut	Âge des personnes accueillies dans un établissement en Belgique	
	En 2015	En 2020
Âge		
20-24 ans		2
25-29 ans	4	9
30-34 ans	17	15
35-39 ans	9	15
40-44 ans	8	8
45-49 ans	2	4
50-54 ans	9	11
55-59 ans	7	7
60-64 ans	3	4
65-69 ans	5	4
70-74 ans	1	1
75-79 ans		
80-84 ans		
85-89 ans		
90 ans et plus		
Total	65	80

Source : MDPH de la Marne

Porteur de la filière psychiatrique du Groupement hospitalier universitaire de Champagne (GHUC), l'EPSMM enregistre 73 départs vers la Belgique (51 hommes et 22 femmes) sur la période 2017-2022. 69,9 % de ces patients sont hospitalisés en moyen/long séjour et 30,1 % en court séjour. Les plus de 45 ans, soit 38 patients, en représentent 52 % avec une prédominance de la tranche d'âge des 45 à 59 ans (34 départs soit 47 % du total global). Les moins de 45 ans sont au nombre de 35, dont 15 de moins de 30 ans.

**Tableau n° 23 : tranche d'âge des départs de l'EPSMM**

Age	Nombre de patients
< 30 ans	15
30 – 44 ans	20
45 – 59 ans	34
60 – 66 ans	4

Source : EPSMM

**Tableau n° 24 : nombre de départs de l'EPSMM par année**

Année	Nombre de patients
2017	13
2018	9
2019	17
2020	13
2021	14
2022	7
Total	73

Source : EPSMM

Il ressort de l'enquête de terrain auprès des interlocuteurs de la MDPH, qu'un départ vers des établissements en Belgique ne représente pas toujours un choix par défaut, significatif d'un manque de places adaptées sur le territoire français. Certaines situations ont pu trouver une issue par un accueil dans un établissement belge du fait de la proximité géographique et la qualité de service rendue.

Les éléments communiqués par l'EPSMM tendent toutefois à démontrer que les motifs de départ sont directement liés à l'absence de structure adaptée en France et à l'échec d'un accueil en foyer (foyer d'accueil médicalisé – Fam-, foyer de vie). Huit patients se sont dirigés vers un établissement belge qui disposait d'une structure adaptée au syndrome de Korsakoff<sup>31</sup>. L'analyse doit toutefois être nuancée par le fait que pour 30 départs (soit 41 % du total), le motif de départ n'a pas pu être indiqué par l'établissement faute de disposer d'une base de suivi formalisée.

<sup>31</sup> Forme de démence alcoolique, le syndrome de Wernicke-Korsakoff (SWK), une maladie neurodégénérative causée par une grave carence en vitamine B1 qui endommage certaines régions du cerveau.

Outre une proximité territoriale, l'absence de places d'aval sur le territoire et la spécificité des patients présentant des polyhandicaps dont des handicaps psychiques, conduisent ainsi l'EPSMM à proposer des accueils en Belgique pour ses patients sans solution.

Pour éviter de rester sans solution face aux besoins des patients, l'établissement s'est par ailleurs inscrit dans divers projets de prévention et d'offres d'accompagnement alternatives.

## **B - La prévention des départs en Belgique par la transposition des méthodes d'accompagnement en France**

Articulé au moratoire sur la capacité d'accueil des adultes handicapés français dans les établissements wallons, signé en février 2021 et décliné localement, un « plan Belgique » de prévention des départs non souhaités en Belgique, figure parmi les objectifs de la MDPH, comme des acteurs locaux de la prise en charge et de l'accompagnement du handicap. Ce modèle inclut la création de solutions d'accueil de proximité, qui semblent néanmoins peiner à voir le jour.

L'ARS Grand Est a lancé en 2021 un appel à manifestation d'intérêt (AMI) pour la « prévention des départs en Belgique ».

À travers un partenariat entre l'EPSM de la Marne, la MDPH, l'association L'Amitié et le réseau belge Abilis, des alternatives dans le parcours des personnes en établissements sanitaires et médico-sociaux ont été engagées afin de prévenir les risques de rupture, susceptibles d'engendrer des départs en Belgique.

Dans ce cadre, une équipe mobile sanitaire d'appui aux établissements médico-sociaux (formée auprès d'Abilis avec échanges de pratiques, voire des temps de professionnalisation en Belgique) a été constituée intervenant dans plusieurs établissements de la Marne, dont la Mas Le Pré Saint-Jacques de l'EPSMM. Cette équipe, portée par l'association L'Amitié travaille à la stabilisation des personnes handicapées psychiques en proposant des séjours d'apaisement et d'évaluation en dehors des structures. L'objectif est de limiter le recours à l'hospitalisation, et d'éviter les ruptures de parcours.

La MDPH, l'EPSMM et l'association L'Amitié sont par ailleurs associés à un projet de création par le réseau Abilis d'une maison d'accueil temporaire « situation de crise » de six places et d'une maison d'accueil et de stabilisation de six places.

L'objectif est de pouvoir offrir aux personnes accueillies en structure médico-sociales ou en hospitalisation longue durée, des séjours

en cas de crise, pour apaiser la situation, puis des séjours de durée moyenne pour une stabilisation permettant de travailler le projet d'accueil de la personne dans une autre structure ou d'aider la structure existante à adapter son accompagnement pour mieux répondre aux besoins des personnes.

L'enjeu est de permettre aux structures en difficulté face à un résident ou un patient de développer un accompagnement sur-mesure, à la manière de l'accueil belge, pour répondre au mieux aux besoins et éviter les impasses de prise en charge conduisant à un départ en Belgique.

L'EPSMM porte la mise en œuvre du projet, l'achat et les travaux de structure. Le réseau Abilis assurera quant à lui l'exploitation du lieu, sur financement délégué de l'ARS Grand Est.

Cette dernière a alloué une enveloppe budgétaire de plus de 800 000 € pour ce projet qui est en phase de concertation et de discussion sur son lieu d'implantation.

Un démarrage est prévu pour l'année 2025, sauf si une implantation temporaire était trouvée dans l'intervalle.

Deux points de vigilance ont été soulignés dans l'analyse de ce projet :

- la nécessité de s'assurer que tous les acteurs du territoire impliqués dans le projet respectent leurs engagements et que les personnes réalisant des séjours de rupture ou d'adaptation au sein de ce nouveau service puissent bénéficier d'une place en sortie et garantir ainsi la fluidité des parcours en amont comme en aval. Sur ce point, le travail partenarial avec l'équipe mobile est primordial ;
- la garantie de la pérennité du service si le partenaire belge Abilis assurant toute l'exploitation souhaite se désengager du projet. En ce sens, l'EPSMM devra s'assurer d'un transfert de compétences entre le partenaire belge et les équipes de l'établissement pour permettre la continuité des accompagnements.

### **C - La démarche transfrontalière de partage de connaissance autour du handicap psychique : PSICOCAP**

Un projet de coopération Interreg France-Wallonie-Flandre, dénommé PSICOCAP (pratiques et statistiques intégrées et comparées sur le handicap et le handicap psychique), a permis de développer sur la période 2020-2022 un pôle transfrontalier franco-belge d'observation et d'analyse du handicap psychique et des pratiques pertinentes de prise en charge.

Des journées d'étude sur le handicap psychique complètent ce dispositif en offrant des moments d'échanges et de formation entre les membres et intervenants pour mieux faire connaître la maladie psychique et le handicap.

Piloté par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) Grand Est et l'Institut Wallon de l'Évaluation, de la Prospective et de la Statistique (IWEPS), ce projet, financé par le fonds européen de développement régional (FEDER), associe six partenaires financeurs et couvre la province belge de Namur et les départements français des Ardennes et de la Marne (17 073 km<sup>2</sup> et une population de 1,3 M d'habitants). Le budget des partenaires financeurs porte sur une enveloppe de 950 000 €.

Les phases de diagnostic ont démontré des préoccupations communes entre les territoires observés :

- la difficulté d'appréhender les données concernant la maladie et le handicap psychique ;
- la démographie médicale et l'accessibilité aux soins psychiatriques en milieu rural ;
- la méconnaissance de la maladie psychique auprès des acteurs sociaux, médico-sociaux et même sanitaires ;
- les difficultés de communication entre les différents intervenants et auprès des personnes ayant un handicap psychique ;
- la complexité de l'organisation sanitaire, médico-sociale et sociale pour le soin et l'accompagnement des personnes ayant une maladie psychique.

À fin 2022, les travaux de l'observatoire des données ont permis d'harmoniser les approches et de définir une série de fiches et d'indicateurs socio-sanitaires des populations et territoires concernés. La partie relative à l'offre de soins n'est pas encore finalisée.

L'observatoire des pratiques a axé ses travaux sur le recensement et l'organisation de six rencontres transfrontalières des acteurs intervenant dans les domaines du soin, de l'accompagnement, du logement et de l'insertion professionnelle. L'importance du parcours de la personne handicapée, du diagnostic au soin ainsi que les lieux de vie et d'accompagnement thérapeutique, ont notamment été mis en avant.

Les journées d'études sur le handicap psychique, organisées à Reims du 8 au 10 septembre 2022 ont regroupé plus de 500 participants. Elles ont permis, outre le développement d'un réseau des acteurs, des temps d'échanges autour de l'apport de connaissances et de la présentation de dispositifs d'accompagnement du handicap psychique.

Parmi les constats relevés, les partenaires belges du projet PSICOCAP n'appréhendaient pas l'importance des départs de patients de la France vers la Belgique, du fait d'une prise en charge réalisée dans le cadre d'une prestation commerciale hors du champ sanitaire et médico-sociale belge.

Au final, le projet collaboratif PSICOCAP a répondu à ses objectifs initiaux et doit désormais s'engager dans le temps. Malgré une certaine ressemblance des territoires sur le plan socio démographique, les approches quantitatives et qualitatives des travaux ont mis en évidence une diversité de pratiques qu'il convient de prendre en compte pour développer des actions territoriales efficaces.

---

## CONCLUSION

---

*Si le domicile est le premier lieu de résidence des personnes en situation de handicap vieillissantes, son maintien doit être accompagné par des aides financières destinées au financement des aides humaines et aides techniques. Ainsi, les prestations de compensation du handicap (PCH) croissent sur la période pour soutenir ce maintien à domicile.*

*Cette solution domiciliaire s'accompagne également par le développement d'une offre d'habitat inclusif, tradition ancienne sur le département.*

*L'aide aux aidants représente également un enjeu puisque sur eux repose souvent toute l'articulation de la solution. Des formations et une offre de soutien se développent sur la période. Des plateformes de répit sont créées mais celles-ci se concentrent sur les deux principaux pôles urbains du territoire, ne bénéficiant pas aux populations rurales.*

*L'accompagnement en établissement représente une solution, en particulier quand les usagers sont inscrits dans un parcours institutionnel depuis l'enfance. Les établissements dits « médicalisés » connaissent un fort vieillissement de leur population alors que les établissements non médicalisés voient la population PSHV diminuer. Le report se fait par l'entrée en Ehpad, dispositif de droit commun qui peut présenter des difficultés et conséquences importantes pour l'utilisateur et les professionnels si cet accueil n'est pas accompagné par des aménagements organisationnels ou le développement de partenariats extérieurs.*

*La tension sur l'offre en établissement montre que toutes les demandes ne peuvent être satisfaites. Si l'utilisateur est inscrit dans un parcours institutionnel depuis l'enfance, il aura plus de facilités à intégrer un établissement à l'âge adulte. Cela pose des difficultés pour les personnes nécessitant des entrées en cours de vie ou à l'issue d'un séjour hospitalier, en particulier en cas de handicap psychique. Cette situation peut conduire à la mise en place de plan d'aide à domicile très important et coûteux, au maintien en hospitalisation ou au transfert en Belgique.*

*Dans le cas du maintien inapproprié en hospitalisation, le surcoût en termes de dépenses publiques est évalué pour une année pleine à l'EPSMM à près de 1,6 M€.*

*Pour prévenir les départs en Belgique non souhaités, l'ARS a pris des mesures préventives, soutenues financièrement. Ces actions portent sur la création d'une offre locale permettant l'adaptation des prises en charges en cas de crise et sur le développement d'une plateforme transfrontalière destinée à accroître les connaissances sur les besoins des personnes en situation de handicap psychique et adapter l'offre en réponse.*

---



## **Chapitre IV**

### **La prise en charge du soin :**

### **couvrir les besoins dans une situation**

### **de désertification de l'offre**

L'espérance de vie des PSH est fortement conditionnée par la possibilité d'accéder à des soins, et par la qualité et l'adaptation des prises en charge. Plusieurs études<sup>32</sup> ont mis en évidence les difficultés qu'elles rencontrent, qu'elles vivent à domicile ou en établissement<sup>33</sup>. Les raisons en sont multiples : conditions socio-économiques défavorables, problèmes d'accessibilité, absence de prise en charge adaptée ou politiques des établissements pour les personnes accueillies en institutions. Sont particulièrement concernés les soins somatiques courants (dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques) ainsi que la prévention et le dépistage des cancers.

Avec l'avancée en âge, la question du soin devient d'autant plus prégnante que la perte d'autonomie liée au handicap s'accroît et que des pathologies liées au vieillissement apparaissent. L'identification des signes du vieillissement pathologique, les conséquences de l'avancée en âge sur le handicap et les besoins de prise en charge spécifiques qui pourraient en résulter sont toutefois peu documentés. Ils sont en outre particulièrement dépendants du type de handicap et du parcours de soins et de vie de la personne.

---

<sup>32</sup> Accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap en France : une exploration de l'enquête Handicap-Santé-Ménages », L'accès aux droits et aux soins des PSH et des personnes en situation de précarité, P. Denormandie et M. Cornu Pauchet, juillet 2018

<sup>33</sup> Le baromètre de l'accès aux soins HANDIFACTION montre ainsi que 15 % des PSH ont eu des difficultés d'accès à un soignant au troisième trimestre 2021.

L'OMS définit trois catégories du vieillissement<sup>34</sup> :

- le vieillissement habituel avec les risques de développer des pathologies dues à l'usure et liées à l'avancée en âge ;
- le vieillissement réussi avec le maintien des capacités et de l'autonomie, et de faibles risques de développer des pathologies ;
- le vieillissement pathologique avec de nombreux facteurs de risques et des pathologies précoces (divers troubles somatiques – affections cardio-vasculaires et psychiques, dépressions par exemple).

Les personnes en situation de handicap sont concernées par les trois types de vieillissement. Afin d'accompagner leur avancée en âge, les politiques publiques de santé doivent donc promouvoir :

- des actions de prévention promotion et éducation à la santé pour retarder les effets de l'avancée en âge ;
- l'organisation du parcours de santé global des PSHV à domicile comme en établissement (accès aux diagnostics et aux soins) en soins somatiques et psychiatriques ;
- les partenariats avec la médecine de ville, les Ssiad, les Saad, les équipes mobiles de soins, l'hospitalisation à domicile (HAD) ou dans les ESMS non médicalisés.

## I - Un accès aux soins à améliorer

L'accès au soin des personnes handicapées vieillissantes porte à la fois sur la prévention, le dépistage, ainsi que le diagnostic et les soins somatiques (médecine générale et spécialisée) et psychiques.

Il concerne les personnes vivant en établissement ou à domicile. Pour ces dernières la situation des « perdus de vue » qui ne bénéficient plus d'aucun suivi est par définition peu ou pas documentée et préoccupante.

Il existe des différences d'accès au soin selon les types de handicap. Les personnes porteuses de handicaps psychiques accèdent plus difficilement aux soins somatiques en raison de problèmes de communication, de difficultés à exprimer leur douleur et de problèmes comportementaux. Ces difficultés sont renforcées lorsque des problèmes sociaux ou de précarité y sont associés, voire lorsque le handicap n'est pas ou mal diagnostiqué. Les personnes qui ne peuvent pas ou plus se déplacer (dont une partie au moins des personnes en situation de handicap vieillissantes) rencontrent quant à elles plus de difficultés pour accéder à la prévention comme aux soins.

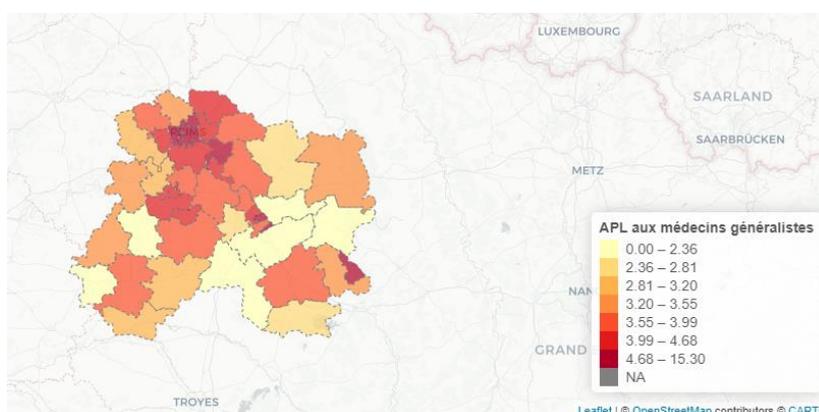
---

<sup>34</sup> Typologie reprise dans *le vieillissement des personnes handicapées mentales*, G. Zribi

## A - Une couverture de soins de ville inégale

Si l'offre de soins en médecins généralistes est globalement supérieure à la moyenne nationale avec un taux d'accessibilité potentielle localisée (APL) de 4,26 consultations par an par habitant contre 3,85, la situation est très inégale sur le département. En effet, l'accès aux soins est très concentré sur l'axe Reims – Châlons-en-Champagne, avec quelques accès facilités sur les communes de Sézanne et Vitry-le-François.

### Carte n° 3 : accessibilité potentielle localisée par habitant en 2021



Source : ATIH, soins et territoires

L'accès aux soins infirmiers est également inégalitaire dans le département avec une concentration sur la partie nord-ouest du département et un nombre d'équivalent temps plein d'infirmier diplômé d'État libéral (IDEL) pour 100 000 habitants largement inférieur à la moyenne nationale (121,73 contre 156,07). Cette offre conditionne pourtant le maintien à domicile pour assurer la continuité des soins, notamment en sortie d'hospitalisation.

L'ARS est chargée de favoriser une meilleure répartition géographique des médecins libéraux pour que tous les habitants accèdent aux soins dont ils ont besoin. Pour cela, elle a défini des zones permettant de graduer le niveau d'accès aux soins du territoire et ainsi déterminer notamment les types d'aides financières qui pourront être accordés :

- les zones d'intervention prioritaire (ZIP), qui représentent les territoires les plus durement confrontés au manque de médecins, sont éligibles à l'ensemble des aides de l'ARS et de l'assurance maladie ainsi qu'aux exonérations fiscales ;
- les zones d'action complémentaire (ZAC) sont moins touchées par le manque de médecins mais des moyens doivent être mis en œuvre pour éviter que la situation ne se détériore.

Le zonage de médecine générale est effectif depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022. La majorité du territoire marnais est concernée par l'une ou l'autre de ces catégories à l'exception de l'agglomération de Reims. Le sud et l'est du département sont identifiés comme prioritaires.

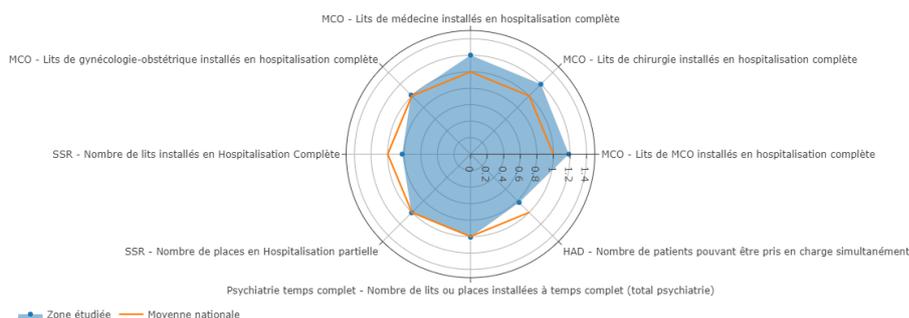
La bonne articulation de l'hôpital avec la médecine de ville est un des facteurs de réussite des sorties d'hospitalisation. Les établissements de santé ont pour la plupart organisé des cellules « sorties complexes » ou identifié des référents, notamment en lien avec leur service social.

## B - Des consultations spécialisées et capacité d'hospitalisation

Le territoire marnais bénéficie d'une offre hospitalière disparate. Si l'offre médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) semble supérieure à la moyenne nationale, l'offre en soins de suite (SSR) et en hospitalisation à domicile (HAD) reste bien en deçà des moyennes. De plus, la concentration sur les agglomérations rémoise et châlonnaise conduisent la population à se tourner vers les départements limitrophes voire parisiens pour leur parcours de soins (taux de fuite important sur la partie sud du département).

De plus, bien que l'équipement en lits de psychiatrie soit conforme aux moyennes nationales, le nombre de psychiatres libéraux et psychologues<sup>35</sup> est quant à lui bien inférieur laissant un suivi à domicile difficile à organiser. L'accès aux soins en santé mentale pour les patients à domicile repose donc essentiellement sur les CMP/CATTP plus que sur l'offre en médecine libérale.

**Graphique n° 6 : répartition de l'offre hospitalière en 2021  
(département de la Marne)**



Source : soins et territoires, ATIH

<sup>35</sup> Six médecins psychiatres et 25 psychologues pour 100 000 habitants contre des moyennes nationales de 9,5 et 37 en 2019.

Lors de l'enquête et de la rencontre des différents interlocuteurs, aucun n'a indiqué l'existence de dispositif de type handiconsult destiné à faciliter l'accès aux consultations spécialisées pour les personnes en situation de handicap.

## **II - La stratégie de l'agence régionale de santé Grand Est : la déclinaison de la logique de parcours**

### **A - Les orientations du projet régional de santé**

Le PRS 2018-2023, et le SRS 2018-2023 qui en découle, fixent comme objectif stratégique n°5 l'amélioration de « l'accès aux soins et l'autonomie des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de fragilité sociale dans une logique inclusive » évoqué précédemment (voir Chapitre II II -A -).

Cet axe se décline suivant les populations visées dans une logique de parcours, filigrane de l'ensemble du projet. Ainsi les objectifs liés à la préservation de l'autonomie des personnes âgées intègrent la problématique du vieillissement des personnes en situation de handicap.

Au-delà de cet axe stratégique ciblé, le projet comprend donc des objectifs destinés aux personnes, aux professionnels et aux aidants avec en particulier :

- le développement de l'offre de répit et repérage des situations au domicile des personnes ;
- la formation des acteurs en santé en formation initiale ou formation continue à l'accueil en soins des personnes en situation de handicap, repérage des situations difficiles ;
- le développement d'informations en langage FALC autour des maladies rares ;
- la généralisation dans l'ensemble des établissements de santé de projets de prise en charge adaptée à destination des personnes en situation de handicap.

### **B - Les actions mises en œuvre**

Dans son bilan intermédiaire de PRS, l'ARS indique la mise en œuvre de plusieurs mesures pour le territoire de la Marne :

- la mise en place de consultations dédiées aux personnes en situation de handicap à Reims (CHU et Polyclinique Bezannes), l'accompagnement en FIR pour l'ensemble de la région représente 1,5 M€ entre 2018 et 2021 ;
- le déploiement de la plateforme « handiconnect » à destination des professionnels de santé pour aider à l'amélioration des pratiques ;
- le développement de l'habitat inclusif (voir *supra*) ;
- l'installation d'une plateforme de répit à Châlons-en-Champagne (financement 100 000€).

### **Dispositif Handi-cap, Polyclinique Reims-Bezannes**

En décembre 2021, le groupe privé lucratif Courlancy a ouvert un service de consultations pluridisciplinaires dédié aux personnes souffrant de handicap lourds (troubles du spectre autistique, déficience intellectuelle et/ou polyhandicap etc.) sur son site de Bezannes (Reims). Ce service, nommé « Handi-cap », est installé pour trois ans de 2021 à 2023, accompagné par des financements de l'ARS à hauteur de 145 000 € annuels (FIR). Il repose sur un parcours spécifique des personnes en situation de handicap pour la réalisation de consultation mais également en cas d'hospitalisation.

Après un bilan d'orientation avec les personnes accompagnant la PSH (médecin traitant, aidant, structure d'accueil), une consultation est proposée soit sur site et le cas échéant, en téléconsultation ou à domicile/établissement. Une sédation légère par gaz « MEOPA<sup>36</sup> », peut être envisagée pour accompagner la personne dans son parcours de soin et réduire les appréhensions. Si un séjour hospitalier est nécessaire, il est organisé sous la supervision du médecin coordinateur de parcours.

Ce projet a été porté par une équipe interne à l'établissement privé et ne concerne que la zone urbaine de Reims, s'ajoutant ainsi à l'offre du CHU. Le premier bilan doit être établi au 31 janvier 2023 par la clinique.

L'ARS ne dispose pas de stratégie en matière d'implantation de ce type de service sur le territoire et leur création repose donc sur les initiatives locales que l'agence soutient quand un projet construit lui est soumis.

---

<sup>36</sup> Mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote

### **III - Les difficultés de la prise en charge du soin dans les établissements médico-sociaux**

#### **Point de vigilance**

Le terme de médicalisation est souvent utilisé pour justifier les parcours des usagers dont la perte d'autonomie requiert des soins de nursing grandissants. Ce terme apparaît cependant pour partie galvaudé. Son utilisation inadaptée pourrait conduire à des erreurs d'interprétation. Les ressources médicales des ESMS dits « médicalisés » (Fam, Mas, Ehpad) sont en pratique très faibles (voire nulles). Cette « médicalisation » renvoie en réalité à deux dimensions :

- une dimension de coordination : les seules ressources médicales affectées à cette mission correspondent à une quotité de temps de travail généralement très faible (inférieur à 0,5 ETP). Cette coordination ne permet aucunement d'assurer en direct les soins et actes médicaux. C'est une intervention précieuse pour les soignants mais par nature indirecte pour les usagers ;
- une dimension de financement : les établissements dits « médicalisés » renvoient au type de financeur en l'occurrence l'ARS. Les ESMS « non-médicalisés » sont en principe financés par le département. Certains ESMS sont financés par les deux acteurs. Dans ce cas, la part « soins » de ces financements est alors portée par l'ARS.

La médicalisation des ESMS ne garantit donc pas un accès aux soins facilité pour ses occupants. Les professionnels soignants composant ces structures sont majoritairement des aides-soignants ou des aides-médico-psychologiques. Leurs missions principales consistent à assurer les gestes de la vie quotidienne (toilette, repas, aides aux transferts fauteuil/lit, etc.) et non la réalisation d'actes médicaux. Leur prédominance est toutefois cohérente avec la prise en charge de la dépendance de ce public, au quotidien, dimension de la prise en charge la plus lourde. La perte d'autonomie est associée à des besoins croissants en soins de la vie quotidienne. Cet aspect est plus prégnant dans les structures dites « médicalisées ». Cependant ces soins ne comprennent pas les soins plus ponctuels de spécialistes, soins néanmoins récurrents pour certains ou encore les actes médicaux divers.

La prise en charge du soin des personnes en situation de handicap dans les établissements médico-sociaux repose sur de nombreux acteurs : soignants salariés, médecine de ville et hôpital. Elle se heurte à de multiples difficultés, en lien notamment avec la démographie médicale.

Ces difficultés sont renforcées par le fait que les secteurs sanitaire et médico-social se connaissent mal. Le niveau de médicalisation ou l'absence de médicalisation des ESMS sont en outre mal repérés ou mal interprétés par le secteur sanitaire qui oriente des personnes vers ces établissements en sortie d'hospitalisation ou présente des réticences à l'accueil en cas de situation de crise, estimant que la médicalisation des établissements est suffisante pour répondre à la phase aiguë.

Cette situation peut d'autant plus se rencontrer en cas de handicap psychique qui, bien que stabilisé, peut entraîner des situations de crise auxquelles les soignants d'établissement médico-social, en particulier les Ehpad ne peuvent faire face compte tenu des moyens à leur disposition (taux d'encadrement et capacité de prescription médicale).

Par ailleurs, il est souvent difficile pour les établissements d'organiser le parcours de soins des résidents, en particulier en Ehpad, car les visites médicales en cabinet de ville pour les personnes souffrant de troubles du comportement nécessitent un accompagnateur et l'établissement n'a bien souvent pas la possibilité de libérer du temps soignant pour effectuer ces sorties. À l'inverse, il a parfois été installé des cabinets de consultations au sein des établissements avec comme objectif de faire venir les praticiens spécialisés au sein des structures pour que les résidents puissent réaliser leurs soins. Néanmoins, confrontés à la démographie médicale de spécialistes, les équipements installés sont souvent restés inutilisés comme cela a pu être constaté à l'EPSMM pour un fauteuil dentaire. De plus, la venue d'un spécialiste au sein de l'établissement revient à imposer un praticien aux résidents pour leur parcours de soin ce qui contrevient au principe du libre choix du praticien pour ces personnes.

Les besoins exprimés par les établissements ne reposent donc pas sur le développement de la médicalisation de leurs établissements mais sur le déploiement de l'offre éducative et paramédicale spécialisée (éducateurs en Ehpad, psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes) et également sur le fait de pouvoir disposer d'un encadrement suffisant pour organiser le parcours de soin des personnes accueillies dans de bonnes conditions d'accompagnement et de sécurité sur les lieux de consultation.

---

**CONCLUSION**

---

*L'accès aux soins somatiques des PSHV se heurte à la difficulté de la démographie médicale et de l'offre de soin du territoire de la Marne, non seulement déficitaire mais également concentrée sur les pôles urbains.*

*La stratégie de l'ARS repose sur la facilitation de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap par l'amélioration des pratiques et de l'information. Cependant aucune action ne porte sur la facilitation des accompagnements vers les professionnels de santé spécialisés depuis le lieu d'hébergement compte tenu de leur répartition inégalitaire sur le territoire.*

---



## Liste des abréviations

AAH.....	Allocation adulte handicapé
ACTP.....	Allocation compensatrice de tierce personne
AJ.....	Accueil de jour
AMI.....	Appel à manifestation d'intérêt
ANAP.....	Agence nationale pour l'appui à la performance
ANCreai.....	Association nationale des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
APA.....	Allocation personnalisée à l'autonomie
APL.....	Accessibilité potentielle localisée
AT.....	Accueil temporaire
ATIH.....	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ARS.....	Agence régionale de santé
AVC.....	Accident vasculaire cérébral
AVIQ.....	Agence wallonne pour une vie de qualité
AVP.....	Aide à la vie partagée
CAF.....	Caisse d'allocations familiales
CASF.....	Code de l'action sociale et des familles
CATTP.....	Centre d'activités thérapeutiques à temps partiel
CDAPH.....	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CGCT.....	Code général des collectivités territoriales
CHS.....	Centre hospitalier spécialisé
CLIC.....	Centre local d'information et de coordination
CMI.....	Carte mobilité inclusion
CMP.....	Centre médico-psychologiques
CNR.....	Crédits non reconductibles
CNSA.....	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COS.....	Cadre d'orientation stratégique
CPOM.....	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPT.....	Communauté psychiatrique de territoire
Creai.....	Centre régional d'études d'action et d'information en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

---

CSD.....	Circonscription de solidarité départementale
CSP .....	Code de la santé publique
CTA.....	Centre territorial d'appui
DAC .....	Dispositif d'appui à la coordination
DREES .....	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRL.....	Dotation régionale limitative
EAM.....	Établissement d'accueil médicalisé
EANM.....	Établissement d'accueil non médicalisé
EM.....	Équipe mobile
Ehpad .....	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPSMM.....	Établissement public de santé mentale de la Marne
Esat.....	Établissement et service d'aide par le travail
ESMS .....	Établissements et services médico-sociaux
ETPT .....	Équivalent temps plein travaillé
FALC .....	Facile à lire et à comprendre
Fam .....	Foyer d'accueil médicalisé
FCJ .....	Formation commune aux juridictions
FDCH.....	Fonds départemental de compensation du handicap
FEDER .....	Fonds européen de développement régional
FIR .....	Fonds d'intervention régional
FdV .....	Foyer de vie
FH .....	Foyer d'hébergement
GED .....	Gestion informatisée des documents
GHUC .....	Groupement hospitalier universitaire de Champagne
GIP .....	Groupement d'intérêt public
GIR.....	Groupe iso ressources
HAD .....	Hospitalisation à domicile
IDEL .....	Infirmier diplômé d'État libéral
IME .....	Institut médico-éducatif
IWEPS .....	Institut Wallon de l'Évaluation, de la Prospective et de la Statistique
LFSS .....	Loi de financement de la sécurité sociale
MAIA .....	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MARPHA.....	Maison d'accueil rurale pour personnes handicapées psychiques âgées
Mas.....	Maison d'accueil spécialisée
MDPH .....	Maison départementale des personnes handicapées
ONDAM.....	Objectif national des dépenses d'assurance maladie

---

ORS.....	Observatoire régional de la santé Grand Est
PA .....	Personne âgée
PAG.....	Plan d'accompagnement global
PARAF.....	Plateforme d'accompagnement et de répit aux aidants familiaux
PCH.....	Prestation de compensation du handicap
PCPE.....	Pôle de compétences et de prestations externalisées
PFR .....	Plateforme d'accompagnement et de répit
PMR .....	Personne à mobilité réduite
PSH .....	Personne en situation de handicap
PSHV .....	Personne en situation de handicap vieillissante
PRS .....	Projet régional de santé
PSH .....	Personne en situation de handicap
PSHV .....	Personne en situation de handicap vieillissante
PSICOCAP...	Pratiques et statistiques intégrées et comparées sur le handicap et le handicap psychique
RAPO.....	Recours administratif préalable obligatoire
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
SAMO .....	Service d'accompagnement en milieu ouvert (regroupe un SAVS et un Samsah)
SAVA.....	Service d'accompagnement à la vie autonome
SPASAD .....	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SAVS .....	Service d'accompagnement à la vie sociale
Ssiad.....	Service de soins infirmiers à domicile
SRS .....	Schéma régional de santé
TH .....	Travailleur handicapé
TED.....	Troubles envahissants du développement
TSA.....	Troubles du spectre de l'autisme
ZAC.....	Zone d'action complémentaire
ZIP.....	Zone d'intervention prioritaire



## **Annexes**

Annexe n° 1 : les données sources de l'enquête.....	110
Annexe n° 2 : les dispositifs d'accompagnement.....	111

## Annexe n° 1 : les données sources de l'enquête

Pour connaître la population porteuse de handicap, cette étude s'appuie sur des données issues des systèmes d'information des MDPH qui recensent le nombre de personnes qui se sont vues ouvrir un droit. Les systèmes d'information des MDPH sont toutefois de performance inégale et ne permettent pas toujours de disposer de données fiables. À compter de 2017, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a organisé leur harmonisation en définissant des fonctionnalités communes. La montée en puissance de ces mesures est progressive et hétérogène. En outre, le codage de chaque dossier par handicap n'est pas encore effectif de façon homogène sur tout le territoire.

Pour connaître les personnes sur listes d'attente en ESMS, il existait jusqu'à récemment des outils de suivi des décisions d'orientations prises par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) propres à chaque MDPH, souvent hérités des COTOREP et de qualité inégale. Le déploiement d'une solution informatique nationale, *ViaTrajectoire* (module handicap), initiée par la CNSA est effectif depuis 2020, dans le cadre d'un pilotage stratégique partagé entre les ARS et les départements. Elle doit permettre de disposer d'informations actualisées sur la mise en œuvre des décisions dans les établissements et services médico-sociaux. La MDPH transmet les informations relatives à la personne et celles concernant le ou les établissements et services ou catégories d'établissements et services mentionnées dans la décision d'orientation, vers *ViaTrajectoire*. Le ou les établissements et services médico-sociaux concernés renseignent alors les suites données à la décision de la MDPH. L'accès à cet outil pour les personnes handicapées et leur famille sera possible *via* le portail usager en cours de déploiement.

Cet outil n'est pas encore utilisé de façon homogène dans tous les départements ni par tous les ESMS. De plus, le système de requêtes est complexe et les données sont encore à fiabiliser.

TDB-ESMS : l'outil tableaux de bord de la performance en ESMS doit être rempli par les organismes gestionnaires afin de fournir une vision globale et annuelle de la situation de chaque établissement ou service et d'être un support au dialogue de gestion avec les autorités de tarification et de contrôle. Bien que son remplissage soit obligatoire depuis 2019, les données qui y figurent ne sont pas exhaustives et sont par ailleurs déclaratives.

L'outil FINISS, géré par les ARS, identifie les places une fois qu'elles sont installées avec une codification par type d'établissement. Il comporte un code clientèle 702 « Personnes handicapées vieillissantes » mais ce code n'est pas interrogeable en première intention et nécessite des retraitements.

La plateforme Handi données recensant de manière centralisée différentes données issues des enquêtes CNSA, Drees, TdB-ESMS et des financeurs (HAPI, FINISS). Développée initialement en région Nouvelle Aquitaine, la région Grand Est s'est rapidement intégrée à la démarche pour proposer une information aussi complète que possible.

## **Annexe n° 2 : les dispositifs d'accompagnement**

Plusieurs dispositifs sont destinés à traiter des situations les plus complexes, soit pour trouver des solutions aux problématiques de rupture de parcours, soit pour assurer la coordination des prises en charge. L'empilement et la complexité de l'articulation des différents dispositifs de coordination les rendent difficilement lisibles par les publics concernés comme par les professionnels. Le risque est en outre réel de voir une même situation traitée par plusieurs opérateurs.

La démarche « Une réponse accompagnée pour tous » qui fait suite au rapport Piveteau « Zéro sans solution » de 2016 a été généralisée le 1er janvier 2018. L'objectif est de proposer une réponse individualisée à chaque personne handicapée dont la situation le nécessite, notamment et prioritairement les personnes sans solution ou en risque de rupture. Cette réponse peut impliquer la coordination de plusieurs accompagnements, dans différentes structures et secteurs (éducatif, médico-social, sanitaire, aide sociale, etc.). Elle permet de proposer à la personne un accompagnement global, adapté à ses besoins et conforme à son projet de vie. Elle s'appuie sur le dispositif d'orientation permanent prévu à l'article 89 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Lorsqu'une proposition d'orientation ne peut pas se concrétiser, en raison de l'inadaptation des réponses ou de l'indisponibilité d'une offre satisfaisante, une réponse alternative formalisée dans un plan d'accompagnement global (PAG) est prévue, sous la houlette de la MDPH. Si besoin, un groupe opérationnel de synthèse (GOS) regroupant la MDPH et les organismes et professionnels concernés peut intervenir pour la mise en œuvre du PAG.

Les « Communautés 360 » entendent s'inscrire dans la continuité de la RAPT et des organisation « 360 COVID » qui ont permis de développer des coordinations entre acteurs et avec les personnes en situation de handicap et leurs aidants. Le cahier des charges des communautés 360 issu de la circulaire N° DGCS/SD3/2021/236 du 30 novembre 2021 en précise les missions et objectifs :

- organiser des solutions concrètes répondant aux aspirations des personnes en situation de handicap et leurs aidants en première intention dans le droit commun ;
- repérer les personnes sans solution pour leur proposer des réponses concrètes dans le cadre d'un plan d'actions coconstruit avec les acteurs du territoire et en premier lieu les associations de représentants des personnes en situation de handicap ;

- être un levier d'innovation et de transformation de l'offre de droit commun et spécialisée, en initiant des solutions nouvelles pour les besoins non couverts et en tant que force de proposition auprès des institutions.

Elles sont financées par l'ARS qui peut également allouer une enveloppe de crédits non reconductibles pour mettre en œuvre concrètement l'agencement de solutions.

La communauté rassemble autour d'un organisme porteur qui emploie des conseillers en parcours, les acteurs du territoire qui s'engagent collectivement à lever les freins et mettre en œuvre des actions concrètes pour fluidifier les parcours des personnes. Ces conseillers en parcours s'assurent de la réponse concrète aux personnes en situation de handicap, en recherchant des solutions à partir des attentes et besoins exprimés, en utilisant, en premier ressort des solutions du droit commun. Joignable grâce à un numéro vert, la communauté 360 doit garantir une réponse aux problématiques des PH et de leurs aidants, liées à l'accès aux soins, au répit, ou aux interventions renforcées en cas de situations complexes ou critiques. Le premier niveau de réponse est de type informatif et peut concerner tous sujets, le deuxième niveau nécessite une réponse coordonnée sur le parcours, le troisième niveau concerne l'identification d'un besoin non couvert sur le territoire pour lequel l'équipe de coordination devra coconstruire une réponse ad hoc.

Le cahier des charges précise l'articulation avec le dispositif d'orientation permanent de la MDPH et souligne que le succès de la démarche en dépend. La communauté 360 intervient en prévention de risque de rupture de parcours et élabore un plan d'action avec les acteurs du territoire. Les situations pour lesquelles une solution peut être proposée rapidement sans passer par un PAG sont traitées dans le cadre de la communauté 360. Si nécessaire, elle actionne la MDPH pour l'élaboration d'un PAG.

Les Pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) qui viennent compléter la palette de l'offre médico-sociale sont des outils de lutte contre les situations sans solution, grâce à l'organisation d'un accompagnement adapté aux besoins des personnes handicapées par la mobilisation collective des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux exerçant sur un territoire. Placés sous la responsabilité des ARS ils doivent être rattachés à un ESMS. À partir du plateau technique d'un établissement, il s'agit d'offrir un accompagnement à domicile dans l'attente éventuelle d'un accueil dans un établissement adapté, en recourant aux prestations de professionnels libéraux intervenant au domicile du bénéficiaire ou en cabinet, ou en salariant des professionnels pour l'évaluation des situations et la recherche de solutions auprès d'ESMS.

Les ARS sont chargées de la mise en œuvre des dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes (DAC) qui s'adressent aux professionnels de santé et du champ social et médico-social ainsi qu'à toute personne en situation complexe, quel que soit son âge ou sa pathologie, nécessitant une coordination de parcours ponctuelle ou durable, en particulier à domicile. Ils réunissent en une seule entité juridique l'ensemble des dispositifs de coordinations existants (réseaux de santé, MAIA, CTA, PTA) et leurs équipes. Le DAC pourra faire appel aux communautés 360. Il reçoit trois missions (article L. 6327-2 du CSP) :

- assurer la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels qui comprend notamment l'accueil, l'analyse de la situation de la personne, l'orientation et la mise en relation, l'accès aux ressources spécialisées, le suivi et l'accompagnement renforcé des situations ainsi que la planification des prises en charge. Cette mission est réalisée en lien avec le médecin traitant, conformément à son rôle en matière de coordination des soins ;
- contribuer avec d'autres acteurs et de façon coordonnée à la réponse aux besoins des personnes et de leur aidant en matière d'accueil, de repérage de situations à risque, d'information, de conseils, d'orientation, de mise en relation et d'accompagnement ;
- participer à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé.